



HAL
open science

Développement des conditions de construction et de préservation de la santé au travail des personnels hospitaliers : rôle des facteurs de conversion dans le pouvoir d'agir

Olivier Lhospital

► To cite this version:

Olivier Lhospital. Développement des conditions de construction et de préservation de la santé au travail des personnels hospitaliers : rôle des facteurs de conversion dans le pouvoir d'agir. Psychologie. Université de Bordeaux, 2021. Français. NNT : 2021BORD0350 . tel-03604847

HAL Id: tel-03604847

<https://theses.hal.science/tel-03604847v1>

Submitted on 10 Mar 2022

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.

THÈSE PRÉSENTÉE
POUR OBTENIR LE GRADE DE

**DOCTEUR DE
L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX**

ECOLE DOCTORALE SOCIETES, POLITIQUE, SANTE PUBLIQUE

SPECIALITE : ERGONOMIE

Par Olivier LHOSPITAL

**DEVELOPPEMENT DES CONDITIONS
DE CONSTRUCTION ET DE PRESERVATION DE LA SANTE AU TRAVAIL
DES PERSONNELS HOSPITALIERS
ROLE DES FACTEURS DE CONVERSION DANS LE POUVOIR D'AGIR**

Thèse réalisée sous la co-direction des Professeurs
Alain GARRIGOU (Université de Bordeaux) et
Christine LAGABRIELLE (Université de Toulouse Jean Jaurès)

Soutenue le 02 décembre 2021.

Membres du jury :

Pr. Valérie SAINT-DIZIER DE ALMEIDA, Université de Lorraine, Rapporteur
Pr. Philippe SARNIN, Université Lumière Lyon 2, Rapporteur, Président du jury
Pr. Christine VIDAL-GOMEL, Université de Nantes, Examinatrice
M. Johann PETIT, Institut National Polytechnique de Bordeaux, Examineur
Pr. Isabelle BALDI, Université de Bordeaux, Invitée
Pr. Alain GARRIGOU, Université de Bordeaux, Directeur
Pr. Christine LAGABRIELLE, Université de Toulouse, Co-directrice

A Sandrine,

A Thomas, Manon et Anna

A mes parents, mes sœurs

A mon grand-père Armand Lhospital
(1917-1985)

Développement des conditions de construction et de préservation de la santé au travail des personnels hospitaliers

Rôle des facteurs de conversion dans le pouvoir d'agir

Résumé :

La santé au travail est un sujet abordé par de nombreuses disciplines. L'ergonomie se saisit de cette thématique en proposant une approche basée principalement sur la possibilité pour le travailleur de se dégager des marges de manœuvre participant à la construction de l'équilibre entre le pouvoir agir, le pouvoir penser et le pouvoir débattre, générateurs du développement de la santé au travail. La psychologie du travail, notamment la clinique de l'activité, soutient cette approche par un focus particulier sur le pouvoir d'agir.

L'approche par les capacités, proposée par Sen, donc empruntée aux sciences économiques, est utilisée dans cette recherche pour investiguer la construction et le développement de la santé au travail pour le personnel hospitalier et notamment les infirmiers. Peu de travaux en ergonomie ont été proposés sur l'utilité et l'efficacité de cette approche pour appréhender la santé. Forte de ce constat, cette recherche propose de découvrir l'approche par les capacités et de s'interroger sur son efficacité en tant qu'outil d'intervention sur la problématique de la santé au travail.

Le développement et la construction de la santé au travail ont été investigués à la fois, pour l'enquête de terrain, par les outils de l'ergonomie et de la psychologie du travail : les entretiens, les observations et les autoconfrontations, et les résultats analysés ont été soumis au regard de l'approche par les capacités. Deux services de chirurgie digestive ont été sélectionnés pour les enquêtes de terrain, sur la population particulière des infirmiers (IDE). La recherche de terrain a consisté à observer l'activité générale d'une IDE de matin et d'une d'après-midi puis de les soumettre à un entretien d'explicitation des résultats obtenus. L'analyse approfondie du travail est passée par des enregistrements vidéo de situations de travail spécifiques. Ils ont été suivis par des autoconfrontations simples puis certaines vidéo ont été proposées au collectif de travail pour des autoconfrontations croisées.

Il en ressort que même si l'approche par les capacités n'offrent pas d'outils d'investigation opérationnels sur le terrain, elle permet une lecture approfondie de l'activité de travail. Le développement et la construction de la santé au travail passerait par la possibilité de mobiliser des capacités selon des processus particuliers. Aussi, il devrait nourrir le pouvoir d'agir et participer à la réalisation d'une activité constructive autant que productive.

Mots clés : Approche par les capacités, Environnement capacitant, Santé au travail

Development of Conditions for the Construction and Preservation of Health at Work for Hospital Staff

The role of conversion factors in the power to act

Summary :

Occupational health is a subject examined by many disciplines. Ergonomics addresses this theme by proposing an approach based mainly on the possibility for the worker to build their own margins for maneuver. These margins for maneuver help construct the balance between the power to act, the power to think and the power to debate, generators of the development of health at work. Work psychology, especially the clinic of activity, supports this approach with a particular focus on the power to act.

The capabilities approach, proposed by Sen, and borrowed from economics, is used in this research to investigate the construction and development of occupational health for hospital staff, especially nurses. Few studies in ergonomics have been proposed on the usefulness and effectiveness of this approach for understanding health. Based on this observation, this research proposes to discover the capabilities-based approach and to question its efficacy as an intervention tool on the issue of occupational health.

The development and construction of health at work were both investigated using a field survey, by the tools of ergonomics and work psychology: interviews, observations and self-confrontations, and the results were analyzed using the capabilities approach. Two digestive surgery departments were selected for the field surveys, on the specific population of nurses (Infirmière Diplômée d'Etat, IDE). The field research consisted of observing the general activity of a morning and afternoon IDE and then conducting an interview explaining the results obtained. The in-depth job analysis went through video recordings of specific work situations. They were followed by simple self-confrontations then some videos were proposed to the work group for cross self-confrontations.

Results showed that even if the capabilities approach did not offer operational investigative tools in the field, it allowed a thorough reading of the work activity. The development and construction of health at work would require the possibility of mobilizing capacities according to particular processes. Also it would nourish the power to act and participating in carrying out a constructive as well as a productive activity.

Keywords: Capabilities Approach, Enabling Environment, Occupational Health

Unité de recherche Equipe EPICENE, INSERM U1219, Université de Bordeaux – Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement – 146, rue Léo Saignat – 33000 Bordeaux

« La libertat qu'ei lo camin »

(« *La liberté, c'est le chemin* »)

Nadau (*De cap tà l'immortelà*, 1978)

REMERCIEMENTS

En tout premier lieu, je désire adresser mes plus sincères remerciements à Alain Garrigou et Christine Lagabrielle. Alain Garrigou pour avoir accepté cette direction malgré ses multiples occupations : enseignement, recherche, engagement associatif... toujours avec enthousiasme et le souci d'élever ceux qui lui sont associés. Il m'a aussi permis, tout au long de cette direction, de développer mes propres capacités à pouvoir le suivre malgré le nombre incalculable d'idées qu'il peut proposer à la minute... Christine Lagabrielle pour avoir accepté cette codirection malgré les grands changements vécus au niveau professionnel, l'occupant plus que de mesure. Merci à Christine d'avoir manifesté son soutien, elle a la grande capacité à croire en vous plus que vous n'êtes capable de le faire pour vous-même, et de vous le manifester avec une bienveillance encourageante. Merci !

Je désire également remercier le Pr. Patrick Brochard et le Pr. Isabelle Baldi de m'avoir soutenu dans ce projet, en me poussant à y aller, en me donnant d'allier vie professionnelle et vie de doctorant et en me procurant une structure d'accueil. Ces soutiens multiples furent indispensables pour mener ce projet à son terme. Je pense également au Dr. Catherine Verdun-Esquer et Nathalie Gréard avec qui nous partageons un vif intérêt pour la santé au travail des agents du CHU de Bordeaux.

J'associe à ces remerciements tous mes collègues Intervenants en Prévention des Risques Professionnels et médecins du travail qui ont accepté que je mette à part un tout petit temps de mon activité au début de cette aventure pour ce projet personnel. Ils m'ont soutenu et même parfois inspiré lors d'échanges sur des situations rencontrées à l'hôpital. Merci !

Je souhaite remercier les responsables de l'activité de Chirurgie digestive du CHU de Bordeaux, le Pr. Chiche, le Pr. Rullier et le Pr. Laurent qui ont accepté que les services dont ils ont la supervision soient, pour parties, mes terrains d'investigation. A ce titre, je désire manifester mes plus sincères remerciements aux équipes des deux services de Chirurgie digestive dans lesquels je suis intervenu pour leur accueil, leur participation, leur soutien, leur curiosité... sous l'orchestration de Mme Cécile Verdier (Cadre paramédical de santé en Chirurgie hépatobiliaire) et Mme Karine Balmont (Cadre paramédicale de santé en Chirurgie colorectale). Merci !

J'aimerais, à titre tout à fait personnel, adresser par ailleurs, mes remerciements les plus chaleureux au Pr. François Daniellou, qui en 1998 m'a introduit à l'ergonomie, discipline qui m'était jusqu'alors inconnue. Il a participé à mon reclassement professionnel sans cesser de croire en moi. Merci !

Pour finir, je ne peux conclure sans mentionner mes soutiens les plus fidèles et quotidiens : mon épouse Sandrine et mes enfants : Thomas, Manon et Anna. Ils ont été présents tous les jours pour m'encourager, sans forcément bien saisir le sens de ce que je faisais... mais toujours positifs et enthousiastes ! C'est dans l'intimité du foyer que naissent les plus grandes réalisations. Ils sont et demeureront ma force et ma joie ! Merci !

Table des matières

Introduction	17
1. Particularités de la thèse.....	18
2. Enjeux de la thèse.....	19
3. Objectifs de recherche.....	20
4. Délimitation du champ de recherche.....	21
5. Présentation du plan de la thèse.....	21
Partie 1 - Contexte de la recherche	23
1. Introduction : Une tradition d'interventions ergonomiques à l'hôpital.....	23
1.1. Histoire et évolution de l'hôpital.....	23
1.2. Changements et défis.....	24
2. L'ergonomie en milieu hospitalier.....	27
2.1. Entre ergonomie à l'hôpital et ergonomie hospitalière : comprendre et analyser le travail.....	27
2.2. Pratique de l'ergonomie à l'hôpital.....	30
Chapitre 1. La santé et le travail à l'hôpital	33
1. Santé et travail à l'hôpital.....	33
2. Quelques indicateurs de santé au CHU de Bordeaux.....	33
3. Préservation de la santé et prévention primaire.....	34
4. Rôle du Service Santé Travail Environnement dans la préservation de la santé.....	35
Partie 2 – Cadre théorique	37
Chapitre 2 – Orientation de la recherche	37
1. Ergonomie et psychologie du travail.....	37
1.1. Les apports de l'ergonomie.....	37
1.1.1. Sujet et subjectivité en ergonomie.....	39
1.2. Les apports de la psychologie du travail.....	40
1.3. Cliniques du travail et clinique de l'activité.....	41
Chapitre 3 – L'activité du point de vue de l'ergonomie et de la clinique de l'activité	45
1. Travail prescrit et travail réel.....	45
2. L'activité de travail.....	46
3. Processus de création.....	48
4. Reconception du travail.....	49
5. Stratégies d'action.....	50
6. Marges de manœuvre.....	51
7. Régulations.....	53
8. Performance organisationnelle et performance individuelle.....	55
Chapitre 4 – Santé et travail	58
1. La santé et la santé au travail.....	58
1.1. Santé et normalité.....	60
2. Modèles de la santé au travail.....	61
2.1. Le courant de l'Institut pour la Recherche Sociale (ISR).....	63
2.2. Le courant de l'adéquation personne-environnement (APE).....	63
2.3. Le courant de la structuration du travail.....	65
2.4. L'approche par les ressources.....	66
2.5. Le courant « gestion préventive du stress » (GPS).....	67
2.6. Proposition d'un modèle triaxial.....	68
3. Proactivité et reconnaissance : Moteurs de la santé.....	69
4. Santé au travail et activité communicationnelle.....	69
Chapitre 5 - Pouvoir d'agir dans le travail	72

1.	Développement et autonomie dans le travail.....	73
1.1.	De la recherche de solutions à la construction de l'autonomie.....	75
2.	Pouvoir d'agir et notions connexes.....	75
2.1.	Le genre professionnel dans le pouvoir d'agir	77
2.2.	Le style professionnel.....	78
2.3.	Débats et empêchement dans le travail	78
2.4.	Pouvoir d'agir : prémices à l'approche par les capacités	79
2.5.	Le pouvoir d'agir et marges de manœuvre	79
Chapitre 6 – Des compétences aux environnements capacitants : l'approche par les capacités pour envisager la santé au travail.....		82
1.	Approches multidisciplinaires et positionnement du travail de recherche	82
2.	Approche par les compétences.....	83
2.1.	Définitions multiples des compétences	83
2.2.	Les compétences au travail : Savoirs et expérience au travail.....	85
3.	L'approche par les capacités	90
3.1.	Sen et la liberté individuelle.....	90
3.2.	Les capacités.....	90
3.3.	Les capabilités	97
3.4.	Les ressources	99
3.5.	Les facteurs de conversion	102
3.6.	Les environnements capacitants.....	104
3.6.1.	Définition de l'environnement capacitant	104
3.6.2.	Environnement capacitant et accès à la ressource.....	106
Chapitre 7 : L'autoconfrontation comme outil pour l'investigation approfondie de l'activité....		107
1.	Introduction.....	107
2.	De l'observation à l'autoconfrontation.....	107
3.	De la compréhension de l'action au développement du sujet	108
4.	Activité cognitive dans l'activité.....	109
5.	Une méthodologie de co-analyse.....	109
6.	L'autoconfrontation pour construire le genre et le style professionnels	110
7.	Un outil pour l'activité future.....	111
8.	Les autoconfrontations simples et croisées.....	111
9.	Opérationnaliser l'autoconfrontation	112
Partie 3 – Problématique		115
Chapitre 8 : Construction de la problématique et enjeux de la recherche		115
1.	L'activité questionnée par l'approche par les capacités	115
2.	Questions de recherche	117
3.	Le modèle théorique de recherche.....	119
4.	Appréhender les capacités au travail : tentative méthodologique.....	121
5.	Approche pluridisciplinaire	123
Partie 4 - Cadre méthodologique.....		126
Chapitre 9 : Choix méthodologique : vers une méthodologie qualitative		126
1.	Introduction.....	126
2.	Population concernée	127
3.	Description de l'intervention.....	127
3.1.	Explicitation du choix méthodologique – Schéma d'intervention sur le terrain.....	128
Partie 5 – Partie empirique		130
Chapitre 10 – Le CHU de Bordeaux et la santé au travail		130
1.	Présentation du CHU de Bordeaux.....	130
2.	La santé au travail au sein du CHU de Bordeaux.....	131

2.1.	Données générales	131
3.	Les services investigués sur le terrain	133
3.1.	Le service de Chirurgie colorectale et pariétale	134
3.1.1	Histoire du service	134
3.1.2.	Activité du service	134
3.1.3.	Le personnel rattaché au service.....	135
3.1.4.	L'organisation du service.....	138
3.1.5.	L'architecture du service	140
3.1.6.	Les données de santé du service	141
3.2.	Le service de Chirurgie hépatobiliaire et transplantation hépatique	141
3.2.1.	Histoire du service	141
3.2.2.	Activité du service	142
3.2.3.	Le personnel rattaché au service.....	143
3.2.4.	L'organisation du service.....	145
3.2.5.	L'architecture du service	147
3.2.6.	Les données de santé du service.....	147
4.	Synthèse des données de santé pour les deux services.....	148
Chapitre 11 – Construction et réalité du travail infirmier en service de Chirurgie digestive (Colorectale et Hépatobiliaire)		150
1.	Objectifs, méthodes et données communes	150
2.	Données communes au service de Chirurgie colorectale et au service de Chirurgie hépatobiliaire	150
2.1.	Les principales activités de l'IDE	150
2.1.1.	La visite médicale au cœur du sens de l'action	150
2.1.2.	Les transmissions en amont de l'action	151
2.1.3.	La préparation des traitements.....	152
2.1.4.	Les tours : collecte d'informations et réponses aux besoins	152
2.1.5.	Les pansements : acte technique de choix pour l'IDE	153
2.1.6.	Le travail administratif.....	153
2.2.	Présentation du déroulement théorique de la journée d'une IDE	154
2.3.	Les espaces de travail	155
3.	Observations générales et activité réelle de travail.....	156
3.1.	Observations en Chirurgie colorectale et pariétale	156
3.1.1.	Observation du travail de l'IDE de matin	156
3.1.2.	Observation du travail de l'IDE d'après-midi.....	164
3.2.	Observations en Chirurgie hépatobiliaire et transplantation hépatique.....	172
3.2.1.	Observation du travail de l'IDE de matin	172
3.2.2.	Observation du travail de l'IDE d'après-midi.....	178
3.3.	Synthèse et perspectives.....	185
3.3.1.	Remarques méthodologiques	185
3.3.2.	Une forte variabilité de l'activité.....	186
3.3.3.	Des marges de manœuvre possibles pour des régulations nécessaires	186
3.3.4.	Conception/design du travail	188
3.3.5.	Positionnement professionnel	189
Chapitre 12 - Réalité du travail et convocation des ressources opératoires au service du pouvoir d'agir 190		
1.	Objectifs et méthode.....	190
2.	Convocation des ressources opératoires en Chirurgie colorectale.....	190
2.1.	Les ressources opératoires mobilisées dans l'activité de l'IDE de Chirurgie colorectale	190
2.1.1.	Les ressources externes.....	191
2.1.2.	Les ressources internes	197

2.1.3.	Ressources opératoires et travail empêché dans l'activité de d'IDE de Chirurgie colorectale.....	202
3.	Convocation des ressources opératoires en Chirurgie hépatobiliaire	206
3.1.	Les ressources opératoires mobilisées dans l'activité de l'IDE de Chirurgie hépatobiliaire	206
3.1.1.	Les ressources externes.....	206
3.1.2.	Les ressources internes	210
3.1.3.	Ressources opératoires et travail empêché dans l'activité de d'IDE de Chirurgie hépatobiliaire.	214
4.	Synthèse : Les ressources opératoires dans l'activité de l'IDE.....	218
4.1.	Mobilisation des ressources opératoires pour les IDE de Chirurgie colorectale	218
4.2.	Mobilisation des ressources opératoires pour les IDE de Chirurgie hépatobiliaire....	220
5.	Convocation des ressources en Chirurgie colorectale et en Chirurgie hépatobiliaire : comparatif des sollicitations	223
Chapitre 13 - Construction des capacités et mise en œuvre des capacités : le rôle des facteurs de conversion		226
1.	Objectifs	226
2.	Méthode.....	226
3.	Résultats.....	227
3.1.	Résultats des autoconfrontations simples et croisées en Chirurgie colorectale et pariétale	227
3.1.1.	Les facteurs de conversion dans l'activité de l'IDE de Chirurgie colorectale et pariétale	227
3.1.2.	Synthèse	236
3.2.	Résultats des autoconfrontations simples et croisées en Chirurgie hépatobiliaire et transplantations hépatiques	238
3.2.1.	Les facteurs de conversion dans l'activité de l'IDE de Chirurgie hépatobiliaire et transplantations hépatiques	238
3.2.2.	Synthèse	244
3.3.	Comparaison des résultats entre le service de Chirurgie colorectale et pariétale et le service de Chirurgie hépatobiliaire et transplantations hépatiques.....	245
Partie 6 - Discussion générale		246
1.	Synthèse des résultats principaux de la recherche	246
1.1.	Des observations générales à l'éducation du patient	246
1.2.	L'approche par les capacités pour outiller l'organisation	248
2.	Les données du terrain, l'analyse de l'activité et le modèle de Sen	250
2.1.	Les données du terrain pour éclairer l'activité de l'IDE	250
2.2.	L'analyse de l'activité et l'approche par les capacités	253
2.3.	Le modèle de Sen dans l'analyse ergonomique du travail.....	256
3.	Choix des outils d'investigation : Articulation entre autoconfrontation et problématique ..	259
3.1.	Analyse ergonomique du travail et approche par les capacités pour investiguer le travail	259
3.2.	Les autoconfrontations pour éclairer les questions de recherche.....	260
4.	Approche par les capacités et santé au travail	261
4.1.	Processus de conversion et de transformation au cœur de la construction et la préservation de la santé au travail.....	262
5.	Regards de l'ergonomie et de la psychologie du travail sur l'approche par les capacités.....	264
6.	Modèle de recherche et approche par les capacités	266
7.	Réflexions et perspectives sur la recherche.....	269
7.1.	Approche par les capacités et pratique de l'ergonomie	269
7.2.	Approche par les capacités et projet de recherche au CHU de Bordeaux	269

Conclusion	271
Bibliographie.....	273
Annexes	288
Table des Annexes	289
ANNEXE 1 – Entretien d’autoconfrontation 1.....	290
ANNEXE 2 – Entretien d’autoconfrontation 2.....	307
ANNEXE 3 – Entretien d’autoconfrontation 3.....	318
ANNEXE 4 – Entretien d’autoconfrontation 4.....	328
ANNEXE 5 - Autoconfrontation simple – IDE de Chirurgie Colorectale et Pariétale.....	338
ANNEXE 6 - Autoconfrontation simple – IDE de Chirurgie Hépatobiliaire et Transplantations hépatiques	348
ANNEXE 7 - Autoconfrontation croisée – IDE de Chirurgie Colorectale et Pariétale.....	360
ANNEXE 8 - Autoconfrontation croisée – IDE de Chirurgie Hépatobiliaire et Transplantations hépatiques	375

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Travail prescrit – Travail réel d’après François Daniellou (1996).	45
Figure 2 : Situation non contrainte. Action possible sur les objectifs et les moyens. (Guérin, Laville & Daniellou, 1991).	54
Figure 3 : La gestion de la performance (Bescos et al., 1997).....	56
Figure 4 : Les indicateurs de l’activité (Bourgeois et Hubault, 2005).	56
Figure 5 : Evolution de l’intérêt pour la santé en relation avec le travail – Lagabrielle (2021).....	58
Figure 6 : Représentation simplifiée du modèle princeps du courant de l’Institut pour la Recherche Sociale (adaptée de French & Kahn, 1962, p. 2).....	63
Figure 7 : Représentation simplifiée du modèle princeps de l’Adéquation Personne-Environnement (adaptée de French et al., 1982, p. 3).	64
Figure 8 : Représentation schématique du modèle « Effort – Récompenses » (Siegrist, 1996) dans le cadre conceptuel du courant de l’Adéquation Personne-Environnement.	65
Figure 9 : Représentation simplifiée du modèle princeps du courant de la structuration du travail (adaptée de Hackman & Oldham, 1976, p. 256).	66
Figure 10 : Représentation schématique du modèle de Karasek, seconde version (adaptée d’après Karasek & Theorell, 1990).....	66
Figure 11 : Représentation schématique du modèle princeps de la gestion préventive du stress (adaptée d’après J.C. Quick, et al., 1997, p. 42).	67
Figure 12 : Modèle triaxial de la santé au travail (Pavageau, 2005).	68
Figure 13 : Pouvoirs d’agir et marges de manœuvre.	79
Figure 14 : Facteurs influençant le contenu et l’acquisition de l’expérience (Fernagu-Oudet, 2004).	88
Figure 15 : L’approche par les capacités (adapté de Bonvin et Farvaque, 2006).	95
Figure 16 : Le processus de l’approche par les capacités (Fernagu-Oudet, 2018).....	96
Figure 17 : La part de création au sein de l’activité ouvre un espace de réflexivité qui produit la capacité (Begon & Mairesse, 2013).	98
Figure 18 : Approche par les capacités comme processus (Fernagu-Oudet, 2014 b).	102
Figure 19 : Dynamique des capacités (Fernagu-Oudet, 2014 a).	103
Figure 20 : Modèle théorique de recherche – Approche de la santé au travail par les capacités.	121
Figure 21 : Action pluridisciplinaire Ergonome-Psychologue du travail.....	124
Figure 22 : Méthodologie d’investigation sur le terrain.....	129
Figure 23 : Chirurgie colorectale – Répartition des âges des IDE – Equipe fixe – 2019.....	136
Figure 24 : Chirurgie colorectale – Répartition de l’ancienneté des IDE – Equipe fixe – 2019.	137
Figure 25 : Chirurgie colorectale – Répartition des sites d’origine des IDE de jour – Equipe fixe.....	137
Figure 26 : Chirurgie Colorectale – Répartition des sites d’origine des IDE de nuit – Equipe fixe.	138
Figure 27 : Chirurgie colorectale - Répartition des horaires de travail de jour en semaine.	138
Figure 28 : Chirurgie colorectale - Répartition des horaires de travail de jour le week-end.	139
Figure 29 : Plan du service de Chirurgie colorectale et pariétale.	140
Figure 30 : Indicateurs de santé – Chirurgie colorectale 2013-2017.....	141
Figure 31 : Chirurgie hépatobiliaire – Répartition des âges des IDE – Equipe fixe – 2019.	143
Figure 32 : Chirurgie hépatobiliaire – Répartition de l’ancienneté des IDE – Equipe fixe – 2019.....	144
Figure 33 : Chirurgie hépatobiliaire – Répartition des sites d’origine des IDE de jour – Equipe fixe. .	144
Figure 34 : Chirurgie hépatobiliaire – Répartition des sites d’origine des IDE de nuit – Equipe fixe. .	145
Figure 35 : Chirurgie hépatobiliaire - Répartition des horaires de travail de jour en semaine.	145
Figure 36 : Chirurgie hépatobiliaire - Répartition des horaires de travail de jour le week-end.....	146
Figure 37 : Plan du service de Chirurgie hépatobiliaire.	147
Figure 38 : Indicateurs de santé – Chirurgie hépatobiliaire 2013-2017.	148
Figure 39 : Répartition des âges des patients – Chirurgie colorectale – 06/06/2018 – Secteur 1.	157

Figure 40 : Représentation des différentes phases effectuées lors d'un tour pour chaque patient – Chirurgie colorectale et pariétale.	158
Figure 41 : Temps passé par chambre par l'IDE de Chirurgie colorectale.	162
Figure 42 : Répartition des occurrences des temps d'actions - Chirurgie Colorectale - IDE de matin - 06/06/2018 - Secteur 1.	163
Figure 43 : Répartition des occurrences d'actions de 0 à 30 secondes - Chirurgie Colorectale - IDE de matin - 06/06/2018 - Secteur 1.	163
Figure 44 : Lieux fréquentés par l'IDE de matin de Chirurgie colorectale – Observation du 06/06/2018.	164
Figure 45 : Répartition des âges des patients – Chirurgie colorectale – 13/06/2018 – Secteur 1.	165
Figure 46 : Représentation des différentes phases effectuées lors d'un tour de distribution – Chirurgie colorectale et pariétale.	167
Figure 47 : Temps passé par chambre par l'IDE d'après-midi de Chirurgie colorectale.	170
Figure 48 : Répartition des occurrences des temps d'actions - Chirurgie colorectale - IDE d'après-midi - 13/06/2018 - Secteur 2.	170
Figure 49 : Répartition des occurrences d'action de 0 à 30 secondes - Chirurgie colorectale - IDE d'après-midi - 13/06/2018 - Secteur 2.	171
Figure 50 : Lieux fréquentés par l'IDE d'après-midi de Chirurgie colorectale – Observation du 13/06/2018.	171
Figure 51 : Répartition des âges des patients – Chirurgie hépatobiliaire – 06/06/2018 – Secteur 1.	173
Figure 52 : Temps passé par chambre par l'IDE de Chirurgie hépatobiliaire.	176
Figure 53 : Répartition des occurrences des temps d'actions - Chirurgie hépatobiliaire - IDE de matin - 28/06/2018 - Secteur 1.	177
Figure 54 : Répartition des occurrences d'action de 0 à 30 secondes - Chirurgie hépatobiliaire IDE de matin - 28/06/2018 - Secteur 1.	177
Figure 55 : Lieux fréquentés par l'IDE de matin de Chirurgie hépatobiliaire – Observation du 06/06/2018 – Secteur 1.	178
Figure 56 : Répartition des âges des patients – Chirurgie hépatobiliaire – 04/07/2018 – Secteur 2.	179
Figure 57 : Temps passé par chambre par l'IDE d'après-midi de Chirurgie hépatobiliaire.	183
Figure 58 : Répartition des occurrences des temps d'actions - Chirurgie hépatobiliaire - IDE d'après-midi – 04/07/2018 - Secteur 2.	183
Figure 59 : Répartition des occurrences d'action de 0 à 30 secondes - Chirurgie hépatobiliaire - IDE d'après-midi – 04/07/2018 - Secteur 2.	184
Figure 60 : Lieux fréquentés par l'IDE d'après-midi de Chirurgie hépatobiliaire – Observation du 04/07/2018.	184
Figure 61 : Modèle de recherche – Ressources opératoires dans la construction des marges de manœuvre – IDE de Chirurgie colorectale.	201
Figure 62 : Modèle de recherche – Ressources opératoires dans la construction des marges de manœuvre – IDE de Chirurgie hépatobiliaire.	213
Figure 63. Investiguer l'activité par l'approche par les capacités.	253
Figure 64. Modélisation de la relation entre les quatre dimensions de l'homme au travail et l'approche par les capacités.	258
Figure 65 : Approche par les capacités pour le développement de la santé au travail.	268

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1. Modèles théoriques retenus suite à la revue de littérature : courant, discipline, filiation, modèle princeps (Althaus, Kop & Grosjean, 2013).....	62
Tableau 2; Types de savoirs et fonctions selon Fernagu-Oudet (2004).....	86
Tableau 3. Définitions du mot « capability ».....	91
Tableau 4. Définitions du mot « capacity ».....	92
Tableau 5. Tableau des principaux facteurs de développement des capacités d'après Bryson et Merritt (2007).....	97
Tableau 6. Propositions méthodologiques pour investiguer les capacités.....	125
Tableau 7. Données relatives aux observations en Chirurgie colorectale et en Chirurgie hépatobiliaire.	127
Tableau 8. Accidents du travail - CHU de Bordeaux - 2017 à 2019.....	131
Tableau 9. Trois causes d'accident les plus fréquentes - CHU de Bordeaux - 2019.	132
Tableau 10. Trois causes d'arrêt de travail les plus fréquentes - CHU de Bordeaux - 2019.....	132
Tableau 11. Métiers les plus touchés par les accidents du travail - CHU de Bordeaux – 2019.....	132
Tableau 12. Tranches horaires pendant lesquelles les accidents du travail surviennent le plus souvent - CHU de Bordeaux – 2019.	132
Tableau 13. Nombre de jours d'arrêt - CHU de Bordeaux - 2019.	132
Tableau 14. Nombre de maladies professionnelles reconnues imputables - CHU de Bordeaux – 2019.	133
Tableau 15. Taux de travailleurs handicapés au sein du CHU de Bordeaux – 2019.....	133
Tableau 16. Synthèse des données de santé - Chirurgie colorectale et Chirurgie hépatobiliaire - 2013-2017.....	148
Tableau 17. Planification théorique des activités de l'IDE de matin en Chirurgie digestive (Colorectale et Pariétale/Hépatobiliaire et Transplantations).....	154
Tableau 18. Planification théorique des activités d'une IDE d'après-midi en Chirurgie digestive (Colorectale et Pariétale/Hépatobiliaire et Transplantations).	154
Tableau 19. Différence entre l'activité prescrite et l'activité réelle - Chirurgie colorectale et pariétale - 06/06/2018 - Secteur 1.	158
Tableau 20. Répartition du temps passé par activité et occurrences liées à cette activité pour l'IDE de matin en Chirurgie colorectale.	160
Tableau 21. Données sur les durées de l'activité - Observation de l'IDE de matin en Chirurgie colorectale.....	161
Tableau 22. Différence entre l'activité prescrite et l'activité réelle – Chirurgie colorectale et pariétale – 13/06/2018 – Secteur 1.	166
Tableau 23. Répartition du temps passé par activité et occurrences liées à cette activité pour l'IDE d'après-midi en Chirurgie colorectale.	168
Tableau 24. Répartition du temps passé par activité et occurrences liées à cette activité pour l'IDE d'après-midi en Chirurgie colorectale.	169
Tableau 25. Différence entre l'activité prescrite et l'activité réelle - Chirurgie hépatobiliaire et transplantations hépatiques - 28/06/2018 - Secteur 1.	173
Tableau 26. Répartition du temps passé par activité et occurrences liées à cette activité pour l'IDE de matin en Chirurgie hépatobiliaire.....	175
Tableau 27. Données sur les durées de l'activité – Observation de l'IDE de matin en Chirurgie hépatobiliaire.	176
Tableau 28. Différence entre l'activité prescrite et l'activité réelle – Chirurgie hépatobiliaire et transplantations hépatiques – 04/07/2018 – Secteur 2.....	180
Tableau 29. Répartition du temps passé par activité et occurrences liées à cette activité pour l'IDE d'après-midi en Chirurgie hépatobiliaire.....	181

Tableau 30. Données sur les durées de l'activité - Observation de l'IDE d'après-midi en Chirurgie hépatobiliaire.	182
Tableau 31. Ressources opératoires relevées lors des entretiens d'autoconfrontation en Chirurgie colorectale.....	191
Tableau 32. Eléments empêchant dans le travail en Chirurgie colorectale.....	202
Tableau 33. Ressources opératoires relevées lors des entretiens d'autoconfrontation en Chirurgie hépatobiliaire.	206
Tableau 34. Eléments empêchant dans le travail en Chirurgie hépatobiliaire.	214
Tableau 35. Facteurs de conversion identifiés en Chirurgie colorectale et pariétale.	237
Tableau 36. Facteurs de conversion identifiés en Chirurgie hépatobiliaire.	244

Introduction

Pourquoi cette thèse ? Elle répond à un temps d'immersion depuis plus de 15 ans dans deux services de santé au travail (Service interentreprises et service autonome). La pratique quotidienne de réalisation de diagnostics et de recherche de solutions pour tenter d'aider les travailleurs à préserver leur santé au travail amène à se poser des questions sur notre manière de travailler, sur nos outils... Cette thèse peut alors être considérée, dans une certaine mesure, comme un travail réflexif sur la pratique de l'ergonome en service de santé au travail.

Par ailleurs, la pratique dans un tel service prend souvent l'aspect d'intervention en prévention tertiaire. Il nous a semblé intéressant d'investiguer le champ de la prévention primaire ce qui nous a amené à nous poser une question de fond : est-ce possible d'agir en prévention primaire dans les conditions hospitalières actuelles lorsque l'on exerce en service de santé au travail ?

La recherche de santé s'inscrit dans le cours de la vie d'une personne dans la mesure où elle contribue à son développement et à son épanouissement. Le travail participe de son côté, entre autres, à la construction de l'identité de l'individu. Que ce soit pour les jeunes qui se forment pour espérer exercer un métier, que ce soit pour les actifs qui vivent pleinement l'exercice de leur métier ou encore pour les retraités, qui portent les effets du travail auxquels ils ont été exposés toute leur carrière, le travail est omniprésent dans la vie des individus.

La santé des soignants demeure, depuis de nombreuses années, un sujet d'étude et d'analyse important pour de nombreuses institutions au niveau national. Une certaine inquiétude pèse sur ceux qui sont en charge de la santé de la population. En cela, le champ de la santé et celui du social sont fortement liés, les revendications de l'un impactant systématiquement celles de l'autre (par exemple : pas assez de personnel dans un service avec une mise en danger de la santé physique et mentale des agents, utilisation à outrance des urgences par la population par manque de relais médicaux, selon certains lieux ou horaires, ayant pour conséquence de surcharger les urgences et de mettre en tension le personnel...). Les exemples sont nombreux !

L'enquête « Suicide et professionnels de santé » de 2017¹ par l'association SPS (Soins aux professionnels de santé) révèle qu'en France, 25 % des professionnels de santé ont déjà eu « *par le passé au cours de leur carrière, des idées suicidaires en raison de leur travail* ». Sur la problématique du burn-out, en 2015, l'étude de Sthetos² pour l'association SPS, indiquait que 50 % des professionnels de santé avaient été

¹ Enquête « Suicide et professionnels de santé ».

² Première étude Sthetos (fin 2015) « Souffrances des professionnels de santé ».

concernés et que 14 % étaient concernés par des conduites addictives. En 2016, une seconde étude³ révélait que près d'un soignant sur deux pense que sa « *souffrance psychologique pourrait avoir un impact sur la qualité des soins prodigués au point de mettre en danger les patients* »

Les soignants se retrouvent alors dans une situation paradoxale : comment prendre soin de sa propre santé alors que s'occuper de celle des autres contribue à rendre malade. Ils sont conscients que certaines situations peuvent être problématiques pour eux : les horaires atypiques, la manutention des patients de plus en plus complexe à réaliser, l'exposition aux risques biologiques et infectieux... Malgré tout, les professionnels développent des stratégies qui leur permettent de rester en poste et d'assumer leurs fonctions. Même si l'absentéisme est le plus élevé dans la fonction publique hospitalière (4,7%⁴) par rapport à l'ensemble des fonctions publiques (3,9%), les travailleurs résistent. Et ils ne font pas que résister, ils luttent continuellement, quelles que soient leurs conditions, pour atteindre un niveau de performance acceptable. Quand cette recherche de bien faire n'est plus possible, le travailleur est mis en danger, sa capacité à être employé également.

De nombreux modèles, dont un certain nombre sera présenté dans cette recherche, essaient d'expliquer les mécanismes de la santé au travail. Un modèle proposé par l'économie, l'approche par les capacités d'Amartya Sen, a été choisi pour essayer d'éclairer d'une nouvelle façon les conditions de sa construction et de sa préservation.

1. Particularités de la thèse

Une particularité de ce travail de thèse réside dans le fait qu'un temps dédié de trois ans, comme cela est réalisé classiquement, n'a pas pu être mis en place. Cette thèse a été réalisée en parallèle de l'exercice professionnel classique d'ergonome à temps complet au CHU de Bordeaux. Un temps particulier a cependant été réservé chaque semaine pour avancer sur le projet de thèse.

Cet inconvénient temporel s'est cependant transformé en avantage tout au long du parcours du travail de recherche. Tous les types de terrains (études de postes : études individuelles et RQTH pour le maintien dans l'emploi, analyses de situations de travail, aménagements de locaux, analyses d'interruptions de tâches, projets transversaux...) ont alimenté notre réflexion tant sur les concepts manipulés (approche par les capacités) que sur la méthode et les résultats.

³ Deuxième étude Stethos (fin 2016) « Attentes des professionnels de santé en cas de souffrance psychologique ».

⁴ Source : INSEE, enquête Emploi – Traitement DGAFP – cité dans le rapport sur l'état de la fonction publique et les rémunérations annexé au PLF pour 2019 (page 171).

Cet exercice fut particulièrement contraignant en raison du manque de temps mais également extrêmement enrichissant par l'expérience vécue et la réflexion induite par les différents terrains.

Une seconde particularité de la thèse demeure dans le choix d'aborder la question de la santé au travail en utilisant l'approche par les capacités selon le regard de l'ergonomie et de la psychologie du travail. Même s'il s'agit d'une thèse d'ergonomie, il nous a semblé pertinent d'enrichir l'expérience en la confrontant au regard de la psychologie du travail, étant par ailleurs psychologue du travail formé au CNAM. Ces deux disciplines partagent de nombreux concepts et se rejoignent dans l'utilisation des outils convoqués dans les temps d'investigation sur le terrain. Cette double dimension apporte, à notre avis, un intérêt certain à ce travail.

2. Enjeux de la thèse

Un premier enjeu se situe sur l'importance de comprendre la défaillance d'un système qui ne permet pas une construction sereine et une préservation durable de la santé au travail. Le travail pouvant être identifié comme un objet d'épanouissement et de développement de l'individu, il est indispensable d'appréhender ce qui se joue dans cette défaillance. Quels sont les facteurs qui pénalisent la construction de la santé et pourquoi le travailleur n'arrive-t-il pas à la préserver tout au long de sa carrière ?

En continuité, le deuxième enjeu est d'élaborer des réponses pour faire face à un tel problème. Les agents doivent pouvoir avoir accès à des possibilités d'actions leur permettant de trouver des solutions, notamment en mobilisant des marges de manœuvre existantes ou en créant les moyens pour résoudre les difficultés rencontrées.

Le troisième enjeu est purement économique. Si les agents ont la possibilité de rester en santé et en poste, l'institution, étant son propre assureur, pourra faire une économie substantielle sur la ligne budgétaire de dépense d'indemnisation pour maladie (réduction de l'absentéisme pour maladie).

Enfin, il semble qu'un quatrième et dernier enjeu se situe dans la production de connaissances que pourra initier l'étude menée, notamment à travers l'utilisation innovante de l'approche par les capacités de Sen à même d'alimenter le débat (des avis divergents s'affrontent régulièrement) et la réflexion sur la question de la santé au travail. Ces connaissances devront permettre la mise en place d'un accompagnement adapté des services qui sont les plus en difficulté sur ce sujet.

La défense de ces enjeux est portée par des objectifs de recherche prenant en compte, au-delà de la recherche fondamentale, une orientation opérationnelle indispensable pour envisager la transformation du travail.

3. Objectifs de recherche

Deux objectifs de recherche sont proposés dans ce document.

Objectif n°1

Notre premier objectif de recherche consiste à comprendre en quoi l'approche par les capacités, en considérant son modèle théorique, constitue un apport pertinent pour éclairer la question des conditions de la construction et de la préservation de la santé au travail des personnels hospitaliers.

Cet objectif suscite plusieurs interrogations :

- . Quel intérêt représente l'approche par les capacités par rapport aux autres modèles de la santé au travail et qu'amène-t-elle de plus ?
- . Le modèle économique de l'approche par les capacités peut-il s'appliquer au domaine de la santé au travail ?

Objectif n°2

Notre second objectif de recherche s'inscrit en ligne directe du premier. Il s'agira de définir en quoi l'approche par les capacités pourrait être considérée comme un instrument utile à l'intervention ergonomique, contribuant à la transformation des situations de travail.

A son tour, cet objectif porte certaines interrogations :

- . L'approche par les capacités, compte tenu de l'écho qu'elle propose avec les concepts manipulés en ergonomie, peut-elle devenir un instrument opérationnel dans l'intervention ergonomique et psychosociale ?
- . Comment déployer l'approche par les capacités dans l'intervention ergonomique de terrain ?

4. Délimitation du champ de recherche

Cette thèse repose sur le concept d'activité en ergonomie et en psychologie du travail du point de vue de la clinique de l'activité. Il nous a semblé pertinent d'appréhender le travail à la lumière de ces deux disciplines complémentaires et de les confronter à l'approche par les capacités. Cette approche, dans son contexte économique originel, consiste à identifier ce qui dans l'environnement et dans l'individu constitue des capacités qui pourraient devenir des capabilités dans la réalité, c'est-à-dire des accomplissements. Les aspirations des individus portées par les capacités propres et/ou mobilisables permettraient à celui-ci d'atteindre ses objectifs de réalisation. La question posée par Amartya Sen (2000) dans ses propositions est de savoir si finalement un des moyens de développement ne consisterait pas à produire des environnements capacitants dans lesquels l'individu pourrait évoluer pour mettre en œuvre ses propres capacités ou celles proposées par l'environnement.

L'approche par les capacités et les environnements capacitants invitent à observer l'utilisation de concepts qui font écho à l'ergonomie et à la psychologie du travail. La création de capacités implique la mobilisation de compétences, de ressources et même la mise en œuvre de marges de manœuvre. Ces notions sont largement discutées et utilisées en ergonomie et en psychologie du travail. La question reste alors de savoir ce qui fait la spécificité de l'approche par les capacités dans la pratique de l'ergonome en recherche de transformation des situations de travail.

5. Présentation du plan de la thèse

Afin d'apporter quelques éléments de réponses aux questions énoncées, il est proposé de structurer cette thèse en six grandes parties, elles-mêmes divisées en chapitres.

La première partie « Contexte de la recherche » présentera, à travers le premier chapitre, les concepts de santé et de travail à l'hôpital. Il ne s'agit pas, bien sûr, d'une présentation exhaustive du concept de santé et de santé au travail mais plutôt de poser quelques jalons sur la rencontre entre la santé et l'ergonomie. Ce premier concept sera ensuite observé par le prisme du travail à l'hôpital. Là-encore, toute exhaustivité est à exclure tant le champ d'étude est large et vaste.

La deuxième partie intitulée « Cadre théorique » aura pour objet de présenter les différents concepts utilisés pour conduire cette recherche. Le chapitre 2 mettra en relief les regards employés pour examiner la question de la santé au travail, en particulier celui de l'ergonomie et celui de la clinique de l'activité en psychologie du travail. Ce chapitre sera suivi du chapitre 3 qui présentera une revue de la littérature sur les modèles de la santé au travail. Le chapitre 4 exposera l'approche par les capacités pour envisager la santé au travail, en ayant pour point de départ la

construction des compétences des agents dans leur travail. Ce dernier chapitre constituera le point central de la présentation théorique proposée.

La troisième partie posera, à travers le chapitre 5, la construction de la problématique et les enjeux de recherche. Partant des objectifs de recherche, des questions de recherche sont posées. Elles investiguent de manière plus approfondie, les objectifs proposés précédemment. Ces interrogations, fortes de la revue de la littérature, ouvriront sur le chapitre 6 qui offrira une proposition de modèle de recherche. Le chapitre 7 aura pour objet de présenter une procédure générale de recherche servant à appréhender les processus et les facteurs de conversion par une analyse réflexive de l'activité. Il sera suivi du chapitre 8 ayant pour thématique la présentation d'un outil pour l'investigation approfondie de l'activité : l'autoconfrontation. Le chapitre 9 renforcera les chapitres précédents en traitant des choix méthodologiques posés pour investiguer le terrain.

La quatrième partie exposera la recherche menée sur le terrain. Elle présentera tout d'abord, dans le chapitre 10, les services investigués. Ce chapitre sera suivi des chapitres 11 à 13 qui présenteront les résultats obtenus sur le terrain. Le chapitre 14 conclura l'exposé par une discussion générale argumentée par les résultats obtenus sur le terrain.

Après ces propos liminaires, il est proposé de découvrir le contenu de ce travail de recherche.

1. Introduction : Une tradition d'interventions ergonomiques à l'hôpital

1.1. Histoire et évolution de l'hôpital

Au cours des siècles, l'hôpital a connu de nombreuses évolutions, voire révolutions. L'hôpital, comme lieu de soins, apparaît comme le résultat d'une longue mutation depuis ses origines. Au Moyen-âge, l'hôpital n'existe pas, les structures étant mises en place pour répondre à un seul besoin de l'époque : assurer un hébergement aux pauvres. La création de ces structures repose sur les valeurs chrétiennes de charité et d'accueil. La gratuité est assurée pour que celui qui en exprime le besoin puisse être accueilli sans empêchement d'aucune sorte. Ainsi, pendant plusieurs siècles ces hospices ou asiles recueillent les plus démunis, le clergé proposant ces missions à un personnel bénévole et volontaire, consistant dans la plus grande majorité des cas en des communautés religieuses.

Au XVII^{ème} siècle, la question de la pauvreté est nouvellement considérée dans la société. Cette question se généralise, l'Etat s'en appropriant la gestion. La création d'hôpitaux commence à apparaître mais leur vocation reste encore très éloignée du soin. En effet, leur mission sera de s'assurer que les plus pauvres, les sans-logis, les mendiants, les « fous »... finalement, tous ceux que la société peine à intégrer dans son système de fonctionnement, restent enfermés et ne circulent pas dans la cité. La gestion de ces hôpitaux reste encore sous l'égide de l'Eglise catholique, ce qui changera à la fin du XVIII^{ème} siècle avec la promulgation de la loi du 16 octobre 1796, prônant le rattachement de l'hôpital à la commune. Durant cette période révolutionnaire, la création d'administrations telle la commune encouragera le rattachement des établissements hospitaliers à celle-ci.

A partir de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, la loi du 07 août 1851 pousse l'hôpital à reconsidérer ses objectifs et précise les missions qui lui sont confiées. Les premières missions d'assistance médicale font leur apparition. Cette loi indique par ailleurs que chaque individu, même ne résidant pas sur la commune de l'hôpital, peut venir s'y faire soigner, toujours à titre gratuit. Un demi-siècle plus tard, la loi du 14 juillet 1905, institue l'accueil gratuit dans tous les hôpitaux et hospices des personnes de plus de 70 ans sans travail ou sans ressource. C'est la loi du 21 décembre 1941 qui instaure un prix à la journée d'hospitalisation et l'ouverture de l'hôpital à l'ensemble de la population, l'hôpital n'étant plus alors réservé qu'aux nécessiteux.

Ce n'est qu'avec la promulgation de la réforme Debré (loi de 1958 et 1959) que l'hôpital prend la forme qui lui est connue aujourd'hui. Cette réforme impose le rattachement des hôpitaux et des universités pour créer des centres de soins et de

recherche qui prendront le nom de Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Très éloigné de ses missions premières auprès de la population défavorisée des territoires, l'hôpital devient rapidement un pôle d'excellence médicale, plutôt réservé à l'élite. Cette dérive se voit corrigée avec la loi de 1991 qui indique que l'hôpital a une mission de service public et doit donc être accessible à toute la population, sans conditions de ressources. L'accès aux soins doit être égal à tous sans discrimination (Duhau, Laget & Laroche, 2012).

1.2. Changements et défis

Porteur de ce statut de pôle d'excellence médicale, l'hôpital connaît de nombreux changements depuis les 30 dernières années. Cependant, son développement est relativement ralenti par les politiques successives concernant la Fonction Publique Hospitalière (FPH). Le gouvernement Macron avait pour ordre de mission de réduire de 120 000 le nombre d'agents de la fonction publique durant le quinquennat (2017-2022). A ce jour, cet objectif a été revu à la baisse, mais laisse présager, dans la FHP, une baisse de 6% dans les années à venir. Cette baisse risque toutefois d'être minorée à la suite de la pandémie de Coronavirus qui depuis le début 2020, a mis à rude épreuve le système de santé français, interrogeant par ailleurs les moyens à disposition de l'hôpital.

Comme l'annonce le Health First Europe (2006)⁵, la population européenne est vieillissante. Dans les 10 prochaines années, soit à l'horizon 2030, la population entre 65 et 79 ans va passer à 22,3 millions et celles des plus de 80 ans, à 12,6 millions. Ces chiffres indiquent que la population à prendre en charge en termes de soins va significativement augmenter alors que par ailleurs, la population des soignants va diminuer. Cette évolution démographique bouleversera certainement la façon d'exercer le métier de soignant à l'hôpital. Ainsi, dans cette société en mutation, l'usage de l'hôpital prend une forme nouvelle. Jusqu'ici, l'hôpital se positionnait comme lieu de soins et de guérison. Les séjours longs proposés aux patients servaient à atteindre ces deux objectifs. Les soignants étaient engagés dans une démarche de Care et de Cure (Soin et Guérison) alors qu'aujourd'hui, tous les efforts portent sur le soin technique, la guérison étant repositionnée sur le post-hôpital, responsabilisant davantage le patient.

Le développement de l'ambulatoire témoigne de cette nouvelle orientation stratégique : garder moins longtemps les patients à l'hôpital, les moyens devant être concentrés sur les soins techniques et non sur l'activité hôtelière. Les évolutions techniques et technologiques soutiennent ce changement de cap. Il n'est plus rare aujourd'hui de voir les patients se faire opérer en ambulatoire, en venant passer

⁵ Health First Europe : 2050 : a health odyssey. 2006, 72 p. www.health-firsteurope.org

quelques heures à l'hôpital, pour des interventions qui autrefois demandaient une ou deux semaines d'hospitalisation. Le patient et sa famille sont davantage engagés dans le rétablissement post-interventionnel. Les protocoles en ambulatoire indiquent notamment qu'un accompagnant doit être présent le jour de l'intervention et dans les heures qui suivent le retour à domicile du patient. Des IDE prennent des nouvelles du patient le lendemain de l'intervention (à J+1) afin de s'informer de sa récupération. Ce qui pouvait autrefois se faire par une surveillance rapprochée dans un service hospitalier conventionnel est effectué aujourd'hui par téléphone. Les blocs opératoires sont ainsi rentabilisés, davantage utilisés, et les frais liés aux activités hôtelières sont réduits à leur minimum.

Ces changements organisationnels imposent un changement culturel pour les travailleurs de l'hôpital. Il s'agit d'un changement profond de paradigmes : paradigme de l'hôpital qui accueille et guéri au paradigme de l'hôpital qui doit être une entreprise rentable. Ce changement de paradigme (Picot, 2005 ; Acker, 2005) induit des évolutions dans la répartition du travail son organisation. Les tâches administratives ont augmenté largement, transformant profondément les fonctions supports portées par les cadres de santé paramédicaux par exemple. Le temps passé à la collecte et au suivi de données s'est accru significativement, éloignant ces professionnels de leur mission première de soutien technique aux équipes. Les équipes se plaignent en retour du manque de disponibilité de leurs cadres de proximité. Les IDE voient également le temps passé auprès du patient diminuer, étant absorbé par un temps plus conséquent dédié au reporting informatique.

Les changements engagés par les politiques publiques successives provoquent aussi des modifications de l'organisation du travail médical et infirmier (Estryn-Béhar, Leimdorfer, & Picot, 2010). Le fonctionnement en accréditation (autorisations gouvernementales accordées pour une activité selon des critères très précis), force l'hôpital à mettre en place des protocoles ainsi que des outils de traçabilité et de contrôle centrés sur les résultats mesurant la rentabilité des activités. Ces outils contribuent largement au ressenti négatif qu'éprouvent les équipes médicales et paramédicales qui se sentent soumises à un contrôle omniprésent de leur hiérarchie, éloignant les soignants de leur cœur de métier (Le Lan & Baubeau, 2004). Les soignants « ont du mal à s'y retrouver », victimes d'une dissonance : ils font partie d'un système qui les oblige à effectuer des actions reconnues comme étant rentables alors que leur souci premier est d'être auprès du patient à dispenser des soins qui parfois ne peuvent pas être toujours cotés.

Ces nouvelles stratégies économiques ne sont pas sans conséquence dans la réalisation du travail. En effet, si la réduction des coûts est un objectif à atteindre sur le plan économique, et compréhensible pour la survie économique de l'hôpital, elle implique une réduction, nous l'avons vu précédemment, du temps de séjour à l'hôpital, mais qui induit également une réduction du temps de travail pour les

professionnels (Martin & Gadbois, 2004). Il faut entendre par-là, une réduction du temps pour accomplir le travail auprès du patient. Si auparavant, le patient pouvait bénéficier d'une surveillance continue de son état post-opératoire pendant plusieurs jours, ce temps est réduit à quelques heures lorsqu'il est pris en charge en ambulatoire comme cela a été mentionné précédemment. En parallèle du développement de l'ambulatoire même en hospitalisation conventionnelle, les temps de séjour ont été réduits. Cette réduction du temps participe à la densification des activités des travailleurs. Généralement, une diminution des moyens humains accompagne cette réduction du temps, les organisations s'appuyant alors sur une mutualisation des moyens, même des ressources humaines. Il n'est plus rare de voir des professionnels passer d'un service à l'autre, étant de spécialités médicales différentes, pour prêter main-forte à un service en surcharge d'activité. Cette pratique participe à une mise en tension à la fois du soignant mais aussi du patient. Il est peu confortable pour un soignant de changer de spécialité : méconnaissance des protocoles, non maîtrise des techniques et matériels spécifiques, changement d'environnement, méconnaissance des patients, et en conséquence, rupture des collectifs de travail (Estryn-Béhar, Leimdorfer, & Picot, 2010).

Dans ce contexte, Estryn-Béhar (2008) relève précisément trois problématiques relatives à l'hôpital moderne. Premièrement, elle constate une disparition progressive du travail d'équipe. Le binôme IDE/Aide-soignant (AS) a du mal à fonctionner comme prévu originellement. Très souvent, par manque de ressources humaines et de temps, les AS travaillent de leur côté, les IDE du leur. L'auteur indique que la disparition du travail en équipe peut avoir trois conséquences : 1 – apparition d'arrêts maladie plus nombreux (épuisement, perte du sens du travail...), 2 – augmentation de la crainte de commettre des erreurs (un double contrôle sur certaines activités est indispensable et rassurant) et 3 – augmentation du risque de survenue d'évènements violents (du soignant vers le patient ou du patient vers le soignant).

La séparation de la vie professionnelle et de la vie privée constitue la seconde puisqu'elle peut être réellement problématique quand la première prend le pas sur la seconde. La réalisation d'heures supplémentaires en quantité importante est à la base de cette difficulté. Le travail peut demander de rester une heure ou plus en fin de vacation, reculant d'autant le temps qui aurait pu être consacré à la vie personnelle. L'auteur met en cause la flexibilité et les affectations non programmées à l'avance dans l'apparition de ce chevauchement. Quand la tension s'intensifie, on observe que le professionnel soit change d'affectation, soit change d'établissement.

Troisièmement, l'auteur relève le départ prématuré des soignants désabusés par une déficience du travail d'équipe et un épuisement émotionnel. Le métier de soignant ne peut s'exercer seul, isolé de ses pairs ou des autres collègues dont les activités ont un impact sur sa propre activité. Le soutien du groupe apparaît fondamental pour

chacun des membres du service. Quand le collectif n'existe plus, le professionnel préfère partir du service ou de l'établissement. Certains vont même jusqu'à quitter la profession.

Le travail à l'hôpital représente donc aujourd'hui un véritable défi face à ces multiples contraintes. Entre vocation (indispensable) et raisonnements économiques, les travailleurs doivent faire preuve d'une adaptabilité particulièrement grande, sans pour autant se mettre en danger. La loi du 31 décembre 1991 (applicable depuis le 1^{er} janvier 1993) relative à l'adaptation du travail à l'homme, indique :

...adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment, de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire l'effet de ceux-ci sur la santé.

Cette loi a ouvert la porte à une prise en charge des soignants dans leur milieu de travail. L'ergonomie a participé et participe encore aujourd'hui à cette prise en charge.

2. L'ergonomie en milieu hospitalier

2.1. Entre ergonomie à l'hôpital et ergonomie hospitalière : comprendre et analyser le travail

Avant de porter un regard sur l'apport de l'ergonomie dans la prise en charge de la santé au travail des personnels hospitaliers, il nous semble opportun de nous interroger sur un aspect sémantique de l'ergonomie en milieu hospitalier. En effet, comme Martin et Gadbois (2004) le proposaient, il est possible que deux terminologies très proches l'une de l'autre puisse être usitées pour parler de la pratique de l'ergonomie à l'hôpital. Certains préfèrent utiliser le terme d'ergonomie à l'hôpital, d'autres utiliseront celui d'ergonomie hospitalière. Cette dernière dénomination laisse sous-entendre qu'il s'agirait d'une sous-spécialité d'une discipline plus générique. En considérant cette proposition, il pourrait alors y avoir une ergonomie des services, une ergonomie industrielle, une ergonomie agricole, une ergonomie hôtelière, une ergonomie militaire... Il ne nous semble pas que cette considération soit à retenir. Nous défendons davantage une ergonomie au service de tous les secteurs dans lesquels elle intervient se nourrissant des spécificités de chaque secteur plutôt que d'être une spécialité distinctive. Il est certain que selon les secteurs d'activités différents, des particularités apparaissent mais cela ne doit en aucun cas remettre en cause l'ergonomie en tant que méthodologie qui interroge le travail et sa réalisation dans la réalité. Pour affiner notre réflexion, nous proposons en suivant quelques définitions de l'ergonomie comme retenues par Estry-Béhar (1996).

Bouisset (1960) propose une définition de l'ergonomie sans en utiliser le terme. L'ergonomie est rattachée à ce moment-là à la physiologie, ramenée au travail en tant que physiologie industrielle.

La physiologie industrielle a pour objet de contribuer à réduire, et si possible à prévenir – les effets nocifs des conditions de travail sur l'organisme. Pour ce faire, elle tend à chiffrer les répercussions physiologiques des activités professionnelles et, par la connaissance des seuils admissibles pour les différentes fonctions physiologiques, à déterminer les limites des conditions matérielles de travail.

Singleton (1972) énonce une définition prenant en considération le rôle de l'ergonome. C'est à travers ce rôle qu'une définition de la discipline est approchée.

L'ergonome, en tant que technicien, doit faciliter ce qu'une personne souhaite faire et s'assurer qu'elle le fait efficacement. Efficacement est interprété dans un sens large, dans le court terme mais aussi dans le long terme, avec absence d'effets négatifs sur la santé et risque minimal d'accident. Le risque concerne non seulement l'opérateur, mais aussi les autres qui peuvent être affectés par ce qu'il fait. L'objectif est aussi de minimiser les possibilités d'erreur humaine. L'ergonome, en tant que scientifique, est concerné par le développement de connaissances et de techniques qui amélioreront la technologie. L'utilisation combinée de l'expertise physique, physiologique et psychologique est caractéristique de l'ergonomie, ainsi que l'utilisation d'une approche systémique qui facilite la prise en compte de plusieurs variables simultanément dans le contexte d'un objectif particulier.

Pour Wisner (1981), l'ergonomie est davantage considérée comme un art que comme une discipline scientifique. C'est dans sa mise en œuvre méthodologique que cet art se manifeste.

L'ergonomie est l'art de la mise en œuvre de ces données anthropométriques, biomécanique, physiologiques et psychologiques que l'expérimentation ou l'observation systématique a pu recueillir selon des règles propres à chaque discipline scientifique. Ces disciplines ont vu leur contenu se modifier sensiblement du fait de la nécessité de produire des résultats qui ne visent pas seulement la connaissance des phénomènes biologiques, mais leur usage dans l'élaboration et la modification du dispositif technique.

Daniellou (1986) introduit la notion d'activité de travail dans la définition qu'il propose.

L'ergonomie étudie l'activité de travail, afin de contribuer à la conception de moyens de travail adaptés aux caractéristiques physiologiques et

psychologiques des êtres humains, avec des critères de santé et d'efficacité économique.

Guérin et al. (1991) éclairent encore davantage la définition de l'ergonomie en proposant une notion qui deviendra un des piliers de la pratique de l'ergonomie : la transformation du travail.

Transformer le travail est la finalité première de l'intervention ergonomique. Pour l'ergonome, cette transformation doit être réalisée en contribuant à la conception de situations de travail qui n'altèrent pas la santé des opérateurs, et dans lesquelles ces derniers puissent exercer leurs compétences sur un plan à la fois individuel et collectif et trouver des possibilités de valorisation de leurs capacités. Cette transformation vise aussi des objectifs économiques que l'entreprise s'est fixée, du fait des investissements réalisés ou à venir.

Pour finir, nous citerons la définition de deux institutions phares de l'ergonomie : la Société d'Ergonomie de Langue Française et l'Association Internationale d'Ergonomie.

Pour la Société d'Ergonomie de Langue Française (SELF) :

L'ergonomie est la mise en œuvre de connaissances scientifiques relatives à l'homme et nécessaires pour concevoir des outils, des machines et des dispositifs qui puissent être utilisés par le plus grand nombre avec le maximum de confort, de sécurité et d'efficacité.

Pour l'Association Internationale d'Ergonomie :

L'Ergonomie est l'étude scientifique de la relation entre l'homme et ses moyens, méthodes et milieux de travail. Son objectif est d'élaborer, avec le concours des diverses disciplines scientifiques qui la composent, un corps de connaissances qui dans une perspective d'application, doit aboutir à une meilleure adaptation à l'homme des moyens technologiques de production et des milieux de travail et de vie.

Pour synthétiser ces définitions, il faut retenir que l'ergonomie se nourrit de différentes disciplines relatives à l'homme pour appréhender la compréhension et la transformation des situations de travail, dans un double objectif de performance et de santé. Forts de ces définitions, nous mettons en avant qu'il n'est pas raisonnable de sectoriser l'ergonomie. L'ergonomie se fonde au service de l'analyse du travail et de la transformation des situations de travail en milieu hospitalier comme cela est le cas dans nombreux autres domaines d'activité.

2.2. Pratique de l'ergonomie à l'hôpital

Les travailleurs hospitaliers évoluent dans un milieu à risques multiples (Estryn-Béhar & Muster, 2007) qui exercent une forte pression sur les travailleurs. Ces risques sont identifiés par les auteurs comme étant les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS), les risques infectieux, les risques psychosociaux (RPS) et les horaires atypiques.

Les TMS occupent une place prépondérante dans les maladies professionnelles tous secteurs confondus. L'hôpital n'y échappe pas malgré de multiples campagnes de prévention menées depuis longtemps. L'alourdissement des prises en charge (patients de plus en plus âgés, surcharge pondérale en hausse...), la réduction des moyens humains, la réduction du temps passé auprès des patients font partie des facteurs qui participent à l'apparition des TMS. D'un autre côté, les risques infectieux font partie intégrante de l'activité hospitalière. Des services spécialisés en médecine infectieuse, en passant par la gestion des maladies nosocomiales dans les blocs opératoires, jusqu'aux autopsies de patients infectés dans l'unité de médecine légale, le risque infectieux est constant à l'hôpital. Les professionnels y sont largement exposés. Pour leur part, les risques psychosociaux sont les symptômes d'une charge psychique grandissante au fur et à mesure des années dans l'exercice du travail. Appay et Thébaud-Mony (1997) interrogent dans ce sens, la précarité et la menace du chômage dans la carrière professionnelle des travailleurs et l'identifient comme un risque majeur d'atteinte psychosociale. Les travaux Bué, Coutrot et Puech (2004), s'intéressent aux consignes contradictoires et des délais d'exécution raccourcis. Ceux de d'Askenazy, Cartron, De Coninck et Gollac (2006), traitent de l'intensification du travail. Pour ce qui concerne l'activité des travailleurs, Davezies (1999), Dejours (1980), Clot (2002) ou encore Lhuillier (2006), remettent en cause l'organisation dans ce qu'elle représente de contraintes pour le développement du métier, de l'identité professionnelle ou encore même du sens associé au métier. A l'hôpital, la violence manifestée à l'encontre des personnels s'ajoute aux défauts organisationnels. Pour finir, les horaires atypiques participent à la pression que peuvent ressentir les travailleurs, le rythme de travail entre le matin et l'après-midi, ou encore entre le jour et la nuit pouvant facilement mettre les professionnels en tension. L'impact pour le professionnel peut être double : à la fois sur sa santé et sur sa vie hors travail. Le manque de personnel ou des absences dans l'équipe peut demander à des agents ayant fini leur journée de travail à 20h45 de revenir le lendemain à 06h45. En enlevant le temps de transport et l'arrivée au domicile, le temps de repos total est largement impacté.

A ces risques relevés en 2007 par Estryn-Béhar et Muster, de nouveaux se sont rajoutés. Les événements indésirables graves ou encore les interruptions de tâches ne sont que des exemples des nouvelles préoccupations qui mettent le travail hospitalier en tension. Ainsi, les recherches et études menées en milieu de travail constituent – à

la fois par l'intérêt scientifique qu'elles portent et par leur rôle majeur en termes de santé publique – une nécessité pour la protection des travailleurs dans leur activité (Evanoff, 2006). La diversité des champs d'intervention et des demandes évolue de manière exponentielle (Estryn-Béhar, 1996). Pendant longtemps, ces demandes ont été prises en charge par les médecins du travail des services autonomes des différents hôpitaux. L'ergonomie n'a été introduite que progressivement à l'hôpital en commençant par des interventions de consultants extérieurs. Les ergonomes n'étaient pas employés par les CHU mais intervenaient à la demande dans un rôle de consultant extérieur. Au cours des années, le positionnement des ergonomes à l'hôpital a évolué, certains étant appelés dans les années 1990 à travailler avec la maîtrise d'ouvrage et plus uniquement avec la maîtrise d'œuvre sur les projets architecturaux (Martin & Gadbois, 2004). Pratiquement en même temps, le recrutement en interne s'est développé. Ainsi, à ce jour, des ergonomes occupent des postes sur les grades d'ingénieurs hospitaliers, parfois de technicien hospitalier, rattachés au service des travaux, aux ressources humaines ou encore en médecine du travail. Depuis 2004, l'habilitation d'intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP) a favorisé l'embauche d'ergonomes venus renforcer les rangs de la médecine du travail dans les services autonomes. Ces ergonomes ont été inclus dans la constitution d'équipes pluridisciplinaires, comprenant en plus des ergonomes, des psychologues du travail et des techniciens en hygiène et sécurité.

En 2007, l'étude PRESST-NEXT⁶ relevait 11 priorités sur lesquelles agir pour promouvoir la santé des personnels hospitaliers. Ces priorités étaient les suivantes :

- 1 – Davantage de travail d'équipe, de concertation et de soutien psychologique.
- 2 – Une meilleure transmission des informations entre paramédicaux et médecins.
- 3 – Des temps de chevauchement entre équipes successives avec des objectifs définis (formation, discussion d'organisation, staffs...).
- 4 – Davantage de soutien et de proximité des cadres.
- 5 – Développement du tutorat, de l'expertise soignante.
- 6 – Une architecture qui valorise les besoins réels, et non pas une « architecture d'enveloppe ».
- 7 – Des choix intégrant la sécurité, comme des revêtements de sols à coefficient de glissance faible et absorbants phoniques...
- 8 – Des bancs d'essais de matériels adaptés à la vie hospitalière.
- 9 – Le respect des connaissances chronobiologiques et la compensation des pénibilités spécifiques.
- 10 – Des analyses coûts-avantages intégrant la qualité de vie au travail, comme l'ont fait les Québécois avant de généraliser, en long séjour, les lève-malades sur rails au plafond.
- 11 – Une aide au logement, à la pratique sportive et aux loisirs.

⁶ Estryn-Béhar, M. (2007). Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Prévention des départs prématurés de la profession. Etude PRESST-NEXT.

Avec le temps, les priorités relevées par l'étude PRESST-NEXT (Estryn-Béhar & Muster, 2007) ont évolué pour positionner les ergonomes sur de nouvelles problématiques : le maintien dans l'emploi, le renforcement de la qualité de vie au travail, le télétravail... ça ne sont là que quelques exemples des missions qui peuvent leur être confiées.

Les évolutions de l'hôpital ont des objectifs partagés entre l'évolution technologique, l'amélioration accrue de la prise en charge du patient et la réduction optimale des dépenses. Cet équilibre indispensable pour la bonne marche des établissements de santé est régulièrement sous tension, produisant en contrepartie des effets délétères sur la santé des soignants nécessitant l'intervention des équipes pluridisciplinaires de médecine du travail pour en pallier les possibles atteintes. Dans ce cadre, l'ergonomie et la psychologie du travail trouvent toutes leur place pour œuvrer à la santé physique et psychique des travailleurs. Les dimensions prises en compte dans les deux disciplines, ainsi que les méthodologies d'intervention qu'elles proposent, sont tout à fait pertinentes pour la préservation de la santé des travailleurs. Ce travail de recherche propose d'examiner une approche empruntée à l'économie pour interroger la construction et la préservation de la santé au travail des personnels hospitaliers.

Chapitre 1. La santé et le travail à l'hôpital

1. Santé et travail à l'hôpital

Avec un réseau de plus de 32 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) répandus sur le territoire français, l'emploi des personnels hospitaliers représente dans de nombreuses régions le premier employeur local. Leur activité propose une offre de soins considérable. En 2017, d'après les données du « Réseau CHU », ces établissements ont accueilli 6,3 millions d'entrées en court séjour, 5 millions de passages aux urgences, 18 millions de consultations.

Les médias se font régulièrement le relais de la difficulté de travailler dans des institutions hospitalières : conditions de travail difficiles, rémunération financière n'atteignant pas la reconnaissance attendue, heures supplémentaires très nombreuses, violence (physique et verbale) de plus en plus présente lors de la prise en charge des patients... Les difficultés semblent augmenter d'année en année, mettant à mal les professionnels de santé. Les arrêts de travail sont relativement nombreux (en 2017, 10 jours par agent par an à l'hôpital contre 7,9 dans les autres secteurs²), les suicides en augmentation. Le mal-être à l'hôpital est de plus en plus présent. Malgré ce constat plutôt sombre, les médecins et les soignants sont là (pour preuve, si besoin en était, leur implication constante lors de la dernière crise sanitaire) ! Ils ne laissent pas tomber la mission dont ils se sont investis et répondent présents.

La santé au travail reste une question complexe. Elle s'envisage comme la nécessité de trouver un équilibre entre les difficultés ou même les dangers que peuvent représenter certaines situations de travail et la préservation d'un état physique et mental. Cet état doit permettre au travailleur d'occuper son poste de travail sans en être éloigné volontairement (arrêt de travail de récupération, fatigue...) ou involontairement (convalescence suite à un accident du travail, burnout...). Ceci interroge la possibilité pour un travailleur de tenir son poste quelles que soient les ressources à sa disposition, notamment si sa santé est par ailleurs fragilisée. Elle interroge également par l'éloignement possible du poste, le projet professionnel du travailleur en termes de développement de sa carrière.

2. Quelques indicateurs de santé au CHU de Bordeaux

L'origine de ce projet de recherche est en partie liée à la situation rencontrée par certains services du CHU de Bordeaux quant à l'absentéisme. Certains services peuvent voir augmenter leur taux d'absentéisme à plus de 50%. Ce taux est éminemment haut, impliquant des conséquences fâcheuses pour le bon fonctionnement du service et témoignant d'un certain état de santé des personnels.

Le bilan social 2019 issu des services des ressources humaines du CHU de Bordeaux indique que le nombre de jours d'absence global pour motif médical et non médical, toutes catégories confondues en 2019 s'élève à 315 524 (pour maladie uniquement 161 998). Sur cette même période, l'absentéisme est de 7,56%. La durée moyenne d'un arrêt de travail a augmenté passant de 26,65 jours en 2017 à 27,82 jours en 2019 pour le personnel non-médical. Un peu plus d'un agent sur deux s'est arrêté au moins une fois pour raison de santé en 2019.

Ces absences toucheraient plus particulièrement les agents Aides-soignants (taux d'absentéisme de 10,82%), Agents des services hospitaliers (taux d'absentéisme de 14,63%) et les ouvriers (taux d'absentéisme de 11,27%).

Les pôles les plus touchés seraient le Pôle des spécialités médicales avec un taux d'absentéisme de 9,81%, le pôle Gynéco-Obstétrique avec une augmentation du nombre de jours d'absence pour maladie de 21%, le pôle Pédiatrique (Pellegrin) avec un taux d'absentéisme de 8,69% et le pôle des Spécialités médicales qui connaît une augmentation de 29% de ses jours d'absence pour maladie.

Toutes ces données traduisent un dysfonctionnement évident. Quels que soient les domaines, l'absentéisme représente un handicap certain dans l'organisation des services et le fonctionnement des équipes.

L'absentéisme n'est pas la seule conséquence à la détérioration de l'état de santé des agents hospitaliers. Pour faire face à ces difficultés, de plus en plus de Centres hospitaliers, dont celui de Bordeaux, font évoluer leur service de santé au travail autonome (création d'équipes pluridisciplinaire en santé au travail) afin de soutenir l'action des médecins du travail sur le terrain pour favoriser le développement et la préservation de la santé au travail des personnels.

3 Préservation de la santé et prévention primaire

La notion de préservation de la santé s'inscrit dans une démarche de prévention primaire. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la prévention primaire est ainsi définie : « La prévention primaire désigne l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas dans une population saine par la diminution des causes et des facteurs de risque. » Cependant, l'action du Service Santé Travail Environnement (SSTE) s'inscrit principalement dans de la prévention tertiaire. Toujours selon l'OMS, la prévention tertiaire consiste en des « Actions visant à réduire la progression et les complications d'une maladie avérée ou d'un problème de santé. Elle consiste en mesures destinées à réduire les incapacités, les invalidités et

les inconvénients et à améliorer la qualité de vie. La prévention tertiaire constitue un aspect important des soins médicaux et de la réhabilitation. »

La prévention tertiaire ne constitue pas, en tant que telle, une prévention. Elle se réduit souvent à constater les dégâts. Des moyens sont alors mis en œuvre pour protéger et préserver des effets immédiats de situations problématiques. La prévention primaire, quant à elle, intervient avant même que la situation dégradée n'apparaisse. Elle a l'avantage d'être proactive alors que la prévention tertiaire n'est que réactive. Ces deux orientations permettent de participer à la construction d'un cadre pour notre recherche. La construction et la préservation de la santé au travail, pour être efficaces doivent avoir pour support une prévention primaire.

4. Rôle du Service Santé Travail Environnement dans la préservation de la santé

Ce travail de recherche est issu de la réflexion sur une pratique ayant permis la réalisation de 330 interventions dans les 7 dernières années sur le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux. Ces interventions ont été conduites dans le cadre de demandes adressées par des directeurs, des cadres supérieurs paramédicaux, des cadres de proximité, des responsables de services techniques, ou même des agents, et plus particulièrement par des médecins du travail, au Service de Médecine du Travail et de Pathologie Professionnelle devenu au 1^{er} janvier 2019 le Service de Santé au Travail et Environnement (SSTE). Ces interventions ne concernent que l'activité de l'ergonome de l'équipe pluridisciplinaire du SSTE. Elles ne comptabilisent pas les interventions prises en charge par les préventeurs en hygiène, sécurité et environnement, les psychologues en santé au travail et les psychologues du travail (1000 consultations réalisées auprès des professionnels par les 2,5 équivalents temps plein de psychologues pour l'année 2018).

Les demandes adressées à l'ergonome sont diverses et variées : aménagement de poste pour des travailleurs bénéficiant de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH), aménagement de poste pour des personnes ayant des restrictions émises par le médecin du travail ou tout simplement ayant des difficultés d'installation au poste, accompagnement de collectifs sur les questions relatives aux Troubles Musculo-Squelettiques (TMS), ou encore sur des interventions interrogeant la charge de travail ou l'organisation. D'autres interventions peuvent concerner des aménagements de locaux, allant de la simple réorganisation d'un local particulier à l'accompagnement de la maîtrise d'ouvrage lors de chantiers de construction de bâtiments. Des demandes peuvent émerger sur le questionnement d'une pratique professionnelle menant à des événements indésirables graves (mauvais dosage d'un traitement, administration au mauvais patient, identité-vigilance défaillante...). Quoi qu'il en soit, toutes ces demandes ont pour facteur commun la préservation de la santé de ceux qui réalisent le travail.

L'action de l'équipe pluridisciplinaire du SSTE du CHU de Bordeaux répond en majeure partie à des demandes relatives à la prévention tertiaire. Toutefois, la visibilité du SSTE au sein de l'institution encourage les services à s'inscrire dans des réflexions et des démarches de prévention primaire.

Ce qu'il faut retenir...

L'hôpital est un lieu de travail complexe. A la différence d'autres entreprises, il travaille pour des individus en demande d'une amélioration de leur santé défaillante. C'est un lieu où plusieurs sources de tensions se rencontrent. Deux sources principales peuvent retenir l'attention de prime abord :

- . Les conditions générales de travail
- . Les exigences économiques

Les travailleurs sont soumis à ces tensions et en ressentent les effets délétères dans l'exercice de leur travail quotidien.

Pour évaluer l'état de détérioration de la santé d'une entreprise, il est commun, sinon systématique, d'interroger le taux d'absentéisme. Pourtant, l'absentéisme ne peut qu'occuper la place de symptôme, il ne renseigne en rien sur ce qui le crée.

La préservation de la santé au travail devrait s'inscrire dans une démarche de prévention primaire afin de diminuer l'incidence de la maladie et les difficultés de santé. Malheureusement, les démarches qui y sont relatives se positionnent régulièrement en prévention tertiaire. L'entreprise se retrouve souvent devant un constat regrettable quant à la santé de ses salariés et sollicite le Service de Santé au Travail pour résoudre les problématiques de santé relevées. Ce positionnement mérite d'être remis en question en ce qui concerne les éléments de la construction et de la préservation de la santé au travail.

Chapitre 2 – Orientation de la recherche

Comme annoncé dans les enjeux, ce travail de recherche consiste à comprendre, pour ensuite aider à la transformation, comment la santé peut être développée et préservée dans l'activité de travail. Pour ce faire, nous avons choisi de croiser le regard de l'ergonomie sur le rapport entre le travail et la santé avec celui proposé par la psychologie du travail et notamment de la clinique de l'activité. Il nous semble pertinent d'utiliser ces deux regards tout à fait complémentaires pour aborder la question de la santé dans le travail.

Nous discuterons dans un premier temps, des apports de l'ergonomie et de la clinique de l'activité dans la question de la santé au travail. Il ne s'agit pas de réaliser une présentation approfondie de chaque discipline. Nous nous en tiendrons à ce que chaque discipline peut apporter à la question qui nous intéresse. Au-delà des deux regards disciplinaires proposés, nous renforcerons notre examen de la question de la santé au travail par l'approche dite des capacités. Cette approche sera discutée en profondeur dans un des chapitres suivant, il en sera de même pour la notion de santé au travail. Nous enrichirons ces apports par une réflexion sur la notion de pouvoir d'agir. Finalement, nous essaierons de comprendre comment la santé peut se développer dans et par le travail.

1. Ergonomie et psychologie du travail

1.1. Les apports de l'ergonomie

L'ergonomie a toujours eu pour pilier de son activité la recherche et la préservation de la santé des salariés ainsi que l'atteinte d'un certain niveau de performance dans la compréhension et la transformation du travail. Les différentes définitions que l'on peut trouver prennent en considération ces deux champs d'action : santé et performance. L'ergonomie s'intéresse donc au travail et à l'activité que déploie l'opérateur pour le réaliser employant des chemins divers pour mener à bien ses missions, pour effectuer ses tâches. Le travail et l'activité ne sont pas que simple exécution mais un engagement du travailleur et de ses capacités créatives pour traiter les écarts entre tâches et activité qui sont incompressibles. A l'aide de l'analyse du travail, elle étudie ces chemins pour comprendre le travail et le transformer afin que le travailleur puisse atteindre ses objectifs tout en parvenant à un certain niveau de performance qui reste salubre.

En ergonomie, quatre dimensions sont prises en considération dans l'analyse du travail et de l'activité (Daniellou, 1997) : la dimension biologique, la dimension cognitive, la dimension psychique et la dimension sociale. Il s'agit d'un modèle intégrateur qui s'est construit progressivement (d'abord sur la dimension biologique puis sur la dimension cognitive) et qui a bénéficié dans le temps des apports de la psychodynamique et de la psychologie.

La dimension biologique considère l'Homme (incluant l'homme et la femme, cette considération sera maintenue tout au long de l'exposé) comme un "système de traitement de l'énergie". Ainsi dans le travail, le corps humain ressent de la fatigue, a besoin de sommeil, a besoin de s'alimenter, est soumis au bruit, effectue des efforts physiques, recherche l'équilibre, etc. L'activité demande à l'opérateur de mobiliser et de développer des activités sensori-motrices, de rechercher et d'intégrer des gestes caractéristiques ainsi que des vitesses d'exécution. Cette construction s'effectue dans un style personnel. Par ailleurs, la dimension cognitive indique que l'Homme peut également être défini comme un "système de traitement de l'information". Les opérateurs recherchent des informations dans leur environnement. Ensuite, ils les traitent et développent des raisonnements afin de prendre une décision (perception, représentation, régulation, stratégie, contrôle de l'erreur). La dimension biologique (ou physiologique) et la dimension cognitive appartiennent pleinement à l'ergonomie. Elles éclairent des situations de travail étudiées pour comprendre le comportement ou les conduites au travail et permettent de comprendre comment certains aspects du travail peuvent porter atteinte à la santé de l'opérateur ou à sa performance. La dimension psychique réfère à la construction de l'identité des personnes, considérant que l'homme est acteur dans une histoire qui a participé à structurer sa personnalité. Une remise en cause de cette identité apparaît au cours du développement de l'individu tout au long de sa vie. Le vécu du travail participe à cette construction identitaire notamment avec la perception de la reconnaissance provenant des autres. L'ergonomie utilise les apports de la psychologie pour enrichir son approche sur cette dimension lors de l'étude d'une situation de travail, postulant que l'opérateur est un sujet agissant. Pour les ergonomes, cette dimension doit aider à comprendre la dynamique de la construction de l'identité, appuyés par le regard des psychologues, d'où l'intérêt, qui n'est plus à prouver, des pratiques pluridisciplinaires. Pour finir, la dimension sociale souligne que l'homme est sans cesse en interaction avec ses semblables. Il appartient ainsi à différents groupes sociaux (cercle familial, équipe de travail, associations, clubs sportifs, etc.). Le travailleur se construisant dans les interactions qu'il développe avec le collectif de travail dans lequel il évolue, ces interactions impliquent de la coopération, de la collaboration.

1.1.1. Sujet et subjectivité en ergonomie

L'approche ergonomique s'applique à étudier un système dans sa globalité. Cette vision systémique s'emploie à créer du lien entre les différents facteurs et les déterminants de l'activité constitutifs d'une situation de travail. Cette considération pourrait avoir pour conséquence de ne prendre en compte que des éléments relatifs à l'environnement, à l'organisation, au contexte ou encore à la prescription et aux modes opératoires définis en amont de la réalisation du travail. Ce serait, cependant, oublier un élément central de l'activité : le travailleur. Le travail n'existe que parce que le travailleur se saisit d'une prescription qu'il fait sienne, qu'il retravaille selon ses représentations, son expérience, ses buts propres. L'intervention du travailleur interroge son statut et son rôle dans la réalisation du travail (Sznelwar & Hubault, 2015 ; Hubault, 2004 ; Dejours, 2009b). Ainsi, l'ergonomie ne peut pas faire l'économie de s'interroger sur la question de la subjectivité et du sujet dans le travail. La dimension psychique est éminemment présente, comme mentionné plus haut, dans l'activité et ne peut être mise de côté dans l'analyse du travail, pour ne s'intéresser qu'aux autres aspects du système.

La subjectivité en ergonomie pose la question de la position du sujet entre le prescrit, dans lequel celui-ci est absent, et le réel habité par le sujet puisqu'il est acteur dans l'activité. Les discussions entre ergonomie et psychologie proposent que l'écart entre le travail prescrit et le travail réel témoigne du rôle central du sujet dans le travail. Ainsi, la participation des travailleurs dans l'analyse et la transformation du travail sont incontournables.

Henry (1987) indique que la subjectivité consiste à posséder la capacité de se sentir et de s'éprouver soi-même, finalement de se sentir présent et agissant dans l'action. Sznelwar et Hubault (2015, p. 56) définissent la subjectivité en écrivant que le travailleur doit s'engager dans le travail, « donner de soi, pouvoir se sentir pour quelque chose dans ce qui arrive et vivre le risque de ce qui s'y joue ». Dans ces définitions, le sujet est au contact de la réalité et en fait entièrement partie, ne pouvant se positionner en observateur de ce qui se déroule mais en étant plutôt, pleinement acteur. Dans ce positionnement, le sujet, pouvant expérimenter de fortes tensions psychiques, s'exprime dans l'activité qui lui propose une sublimation appuyant la centralité du travail dans le développement du sujet. Le sujet dans l'activité se saisit d'un processus d'émancipation qui le conduit à l'expression d'une certaine liberté et autonomie. Selon Böhle et Milkau (1998), l'activité propose une puissance subjectivante permettant au sujet de se construire et de se développer au travail (ergonomie constructiviste). Ainsi, dans l'expérience du travail, le sujet se construit au long de sa vie dans le travail mais aussi en rapport avec les autres, ceux avec qui il coopère, collabore.

En santé au travail, la place du sujet et de la subjectivité est centrale. Il ne peut en être autrement de par le fait même de la thématique : il s'agit bien de la santé du travailleur, donc du sujet dans l'activité et en activité.

1.2. Les apports de la psychologie du travail

Lemoine (2012, p. 1), définit ainsi la psychologie du travail :

La psychologie du travail et des organisations est d'abord une psychologie, ce qui signifie que l'on s'intéresse en priorité aux individus, à leur activité, à leurs conduites et à leurs représentations. La dénomination « du travail et des organisations » indique à la fois une délimitation du champ à un secteur d'activité et une centration sur la relation entre l'individu et son milieu en tant qu'il est celui du travail et des organisations ». Au sens strict, l'organisation ou le travail ne sont pas des objets spécifiquement psychologiques mais le lieu et le cadre dans lesquels les gens évoluent. Le psychologue dans l'entreprise s'occupe donc des personnes qui y travaillent ou souhaitent y travailler en cherchant à saisir comment elles vivent leurs relations avec les autres et avec elles-mêmes dans un système organisationnel et il intervient pour que ces relations se modifient, s'améliorent ou soient redéfinies par les intéressés.

En psychologie du travail, trois dimensions peuvent également être envisagées pour comprendre l'activité du sujet au travail : la dimension relationnelle entre l'homme et sa tâche, la dimension relationnelle entre l'individu et l'organisation et la dimension des relations interpersonnelles. Concernant la dimension relationnelle entre l'homme et sa tâche, très proche de l'ergonomie, il s'agit d'analyser la relation qui existe entre l'homme et la tâche qu'il doit réaliser. Cette analyse passe par une étude approfondie de l'activité de travail des individus, des tâches confiées, de l'environnement de travail dans lequel l'individu évolue, de l'aménagement des postes de travail, de la charge physique et mentale. Cette dimension est très proche de celles présentées en ergonomie précédemment et renforce le choix de la posture choisie dans cette étude qui est d'allier ergonomie et psychologie du travail. La dimension relationnelle entre l'individu et l'organisation prend en considération l'établissement, le lien ou la rupture de la relation entre l'individu et l'organisation. Elle s'intéresse également au développement de la carrière, à la sélection du personnel et aux comportements organisationnels (attitudes, valeurs, motivations, émotions, etc.) en interaction avec des dispositifs et des pratiques. Pour finir, la dimension des relations interpersonnelles s'inscrit dans la compréhension de notions indispensables dans le fonctionnement de l'homme au travail et intervenant dans la communication, les prises de décision, les relations hiérarchiques, les conflits, les changements organisationnels... Cette dimension replace le sujet dans son environnement social et dans ses relations avec les différents acteurs du travail. A ce titre, cette dimension

complète la dimension prise en compte dans la dimension sociale proposée par l'ergonomie.

Les liens entre l'ergonomie et la psychologie du travail sont forts dans le sens où ces deux disciplines étudient le rapport que l'homme entretient avec son travail. L'ergonomie est une discipline qui a pour objet principal la transformation du travail avec l'objectif à la fois de la protection de la santé et de l'efficacité ; elle étudie l'activité réelle de travail pour identifier les liens entre la situation de travail et les effets observés de ce travail. La psychologie du travail s'intéresse aux facteurs individuels, sociaux et organisationnels qui peuvent exercer une influence sur les conduites au travail. Ces liens se renforcent dans la méthode clinique utilisée dans les deux disciplines, méthode qui repose sur l'acquisition de connaissances sur une situation de travail conduisant à l'action et à la transformation des situations professionnelles vécues (Clot & Leplat, 2005).

1.3. Cliniques du travail et clinique de l'activité

Le travail de recherche proposé s'appuie sur les cliniques du travail et plus spécifiquement sur un de ses pans identifié comme étant la clinique de l'activité. Le choix d'aborder la question de la détermination des conditions de la construction et de la préservation de la santé au travail repose sur l'intérêt d'interroger le sujet dans son activité de travailleur. Avant de poursuivre, il paraît essentiel de définir les contours de cet outil d'investigation qu'est la clinique.

Si la clinique, historiquement, appartient au champ médical et par extension à la psychologie œuvrant dans ce domaine (psychopathologie et psychologie clinique), d'autres champs ont également porté une conception de la clinique hors du champ de la santé. Giust-Desprairies (2013, p.14) en psychologie sociale clinique propose la définition suivante de la clinique :

La clinique est une approche spécifique pour la recherche en ce sens qu'elle indique la possibilité, en même temps que la difficulté, de saisir les dimensions de la réalité dans des constructions où se mêlent discours explicatifs, émergences inconscientes, mécanismes de défense, conduites, relations, et ce, à partir de contextes différents (groupaux, institutionnels, sociaux) qui lui servent de point d'appui. Elle est un espace pour le repérage des modalités selon lesquelles le sujet utilise et construit cette réalité.

Cette approche de la clinique inscrit l'individu et la réalité dans une relation duelle où se jouent des possibles face aux contraintes et tensions inhérentes au milieu dans laquelle évolue cette situation. Cifali et Giust-Desprairies (2006) annonçaient déjà que la clinique consistait en une épistémologie équilibrée de ses exigences, ses cohérences

et ses limites, considérant que la clinique dépasse la simple relation du sujet et de ses objets mais que celle-ci s'inscrit dans une intersubjectivité ainsi que dans le lien social. Dans cette relation de soi avec la réalité, Clot et Lhuilier (2015) font ressortir que l'expérience du travail repose sur deux fondamentaux. Premièrement, l'expérience du travail participe au développement de soi, des possibles considérés sur une dimension individuelle mais pouvant également atteindre le collectif. Deuxièmement, ce développement peut certaines fois être empêché, induisant un vécu de mal-être et de souffrance au travail. La question du travail s'appuyant sur la transformation de la réalité et la confrontation au réel, ces notions de développement et d'empêchement prennent tout leur sens alors que le travail est considéré comme lieu d'engagement du sujet. Le sujet s'investit alors en lui-même et hors de lui-même selon son état de construction et selon les tensions auxquelles il doit faire face (Giust-Desprairies, 2013). Ainsi, les différents passages de l'intérieur à l'extérieur du sujet contribuent à la construction d'un espace psychique et intersubjectif et favorisent le développement d'une représentation de lui-même, des autres et de la réalité (Giust-Desprairies, 2006). Ce travail de construction participe alors à inscrire l'individu dans une histoire individuelle mais aussi collective bâtissant le sens qui est aussi saisi par le sujet.

Pour Lhuilier (2006), la notion de cliniques du travail ne constitue pas un concept en lui-même mais porte davantage une interrogation sur ce qui fait lien ou crée de l'éloignement entre des approches du travail telles que la clinique de l'activité, la psychodynamique du travail, la psychosociologie, la psychologie sociale clinique, la sociologie ou encore la sociopsychanalyse. Pour l'auteur, la question commune à ces différentes approches réside dans l'identification des ressources mobilisées dans l'action en milieu de travail. Selon la discipline, et malgré le tronc commun qui consiste à interroger la rencontre du sujet avec la situation de travail dans laquelle il évolue, la définition de ce qu'est le réel et de qu'est le sujet varie sensiblement. La clinique met en exergue une démarche qualitative, basée sur l'expression et le symbolique en opposition à une démarche quantitative, reposant sur des mesures. Elle s'attache à mettre en relief les processus à l'œuvre dans l'accomplissement du travail étant alors une démarche compréhensive plutôt qu'explicative. C'est dans cette réflexion dans l'action que s'opère la transformation du travail mais également que le pouvoir d'agir se développe (Clot, 2010). La création de possibles (Winnicott, 1970) participe au développement du pouvoir d'agir inscrit dans une relation au réel qui positionne le réel comme un lieu de transformation et un lieu de tensions lorsque la transformation est empêchée. Ainsi, pour Giust-Desprairies (2013), la clinique permettrait d'analyser les processus par lesquels l'expérience se construit.

Dans la relation entre le travail et la santé (autant physique que psychique), nous mettons trois courants théoriques en évidence : la psychodynamique du travail, la clinique de l'activité et la psychologie sociale clinique du travail. Ces trois approches partagent des points communs qui, même si leurs thématiques fondamentales

peuvent différer, les réunissent dans leur analyse de la santé au travail. Les points communs partagés résident dans 1 - une référence à l'approche clinique comme paradigme scientifique, ayant pour objet l'étude du sens des conduites autant au plan individuel que collectif, 2 – une conception du travail en tant qu'activité matérielle et symbolique, 3 – la prise en compte de la dimension collective et 4 – une conception de l'intervention impliquant activement les sujets concernés (Faurie & Almudever, 2020).

En complément de l'ergonomie et de la psychopathologie du travail, la clinique de l'activité est une clinique du développement de l'activité et du métier. Elle prend comme appui la centralité du travail dans la construction du sujet par une adresse de l'activité de travail à trois destinataires : soi, le sujet en tant que travailleur pensant son travail et agissant en mettant en œuvre le développement des potentialités ; le monde extérieur en essayant d'agir dessus pour transformer le réel et finalement les autres ; le sujet étant inclus dans la société et appartenant ainsi à plusieurs groupes sociaux. La clinique de l'activité se concentre sur les conflits qui peuvent voir le jour dans les différentes relations entre le sujet et son travail ainsi que dans sa relation avec les autres dans le travail. Ces conflits peuvent être de plusieurs ordres : conflit de posture professionnelle, conflit de but, conflit de signification, conflit de personnalisation ou encore, conflit de conception du métier (Faurie & Almudever, 2020). Le sujet, en se mesurant à ces tensions, fait ressortir certains ressorts, leviers ou au contraire certains empêchements ou freins concernant le développement de son activité qui seront exploités par la clinique de l'activité pour participer au développement de l'individu au travail.

La psychodynamique du travail prend également ses racines dans la psychopathologie du travail, mettant à l'épreuve la subjectivité ayant pour objet la transformation de la relation du sujet avec son travail. Elle s'attèle à identifier les défenses individuelles et collectives mises en œuvre par les travailleurs pour faire face aux situations de travail qui peuvent être sources de tensions ou de conflit. La reconnaissance joue un rôle majeur dans le soutien et le développement du sujet. Celle-ci repose sur le jugement de beauté, jugement émis par les pairs qui commentent positivement le travail du collègue, et sur le jugement d'utilité, émis par les bénéficiaires du travail accompli (clients, patients, usagers, collègues...). Ces deux jugements contribuent à la construction du sens du travail ainsi qu'au développement de l'individu au travail.

La psychologie sociale clinique du travail repose quant à elle sur l'analyse des processus imaginaires en jeu dans le fonctionnement collectif, s'agissant d'identifier ce qui peut se faire et ce qui se fait réellement dans un groupe. Des conflits peuvent apparaître lorsqu'un conflit est issu du décalage entre la représentation collective d'une situation et la réalisation dans la réalité qui est en-dessous de la représentation

collective. Ce décalage peut alors être vécu comme une perte de sens et être à l'origine d'une réelle souffrance au travail (Moscovici, 1984 ; Willem Doise, 1982).

Chapitre 3 – L'activité du point de vue de l'ergonomie et de la clinique de l'activité

Après avoir présenté les modèles de la santé et les notions de clinique de l'activité, il nous semble important de repositionner l'articulation entre santé et activité de travail du point de vue de l'ergonomie et de la clinique de l'activité.

1. Travail prescrit et travail réel

Dans le travail, chaque opérateur quel qu'il soit est soumis à la prescription de tâches. Ces tâches sont des objectifs à atteindre, plus ou moins décrits, guidant l'action de l'opérateur dans son travail et sont prescrites à l'opérateur. Leur niveau de description est très variable d'une situation de travail à une autre représentant ce que l'entreprise attend de son salarié en termes de résultats à atteindre. Elles portent ce que l'entreprise, ou même le système de travail « espère » obtenir en termes de production. Selon Daniellou (1996, figure 1), la tâche porte sur les conditions déterminées de la réalisation de l'activité. C'est-à-dire qu'elle représente un cadre dans lequel l'activité devrait se réaliser. Aussi, elle porte les résultats anticipés de la réalisation de l'activité. Ces conditions et ce résultat appartiennent au travail prescrit, à ce que l'on souhaiterait qui soit respecté et réalisé.

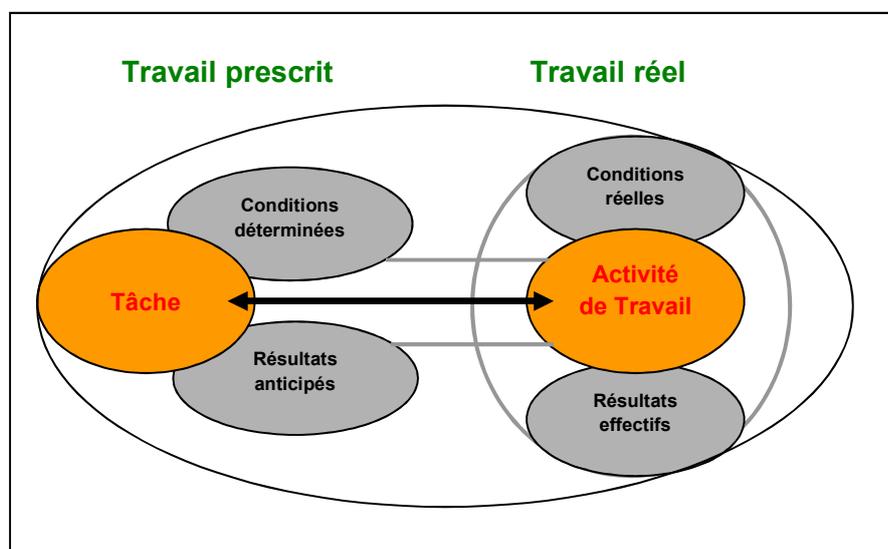


Figure 1 : Travail prescrit – Travail réel d'après François Daniellou (1996).

Face à ces tâches prescrites, l'opérateur déploie des modes opératoires lui permettant d'atteindre les résultats qu'il a compris que l'on attend de lui. Cependant, parce que cette tâche prescrite passe par le filtre de l'opérateur, il existe de forte chance que le travail réellement réalisé prenne quelques libertés face à cette prescription et ne soit pas exactement le reflet de la prescription transposée dans la réalité du travail. Un écart existe pratiquement systématiquement entre le travail prescrit et le travail réel. Pour Clot (1999), la tâche est toujours redéfinie en situation. En effet, quand le

prescripteur prescrit la tâche, il le fait de manière nominale, sans prendre en compte la réalité dans laquelle évolue l'opérateur, dans son contexte et son environnement particulier. L'opérateur met en place des stratégies qui lui sont propres pour arriver au résultat qu'il s'est représenté. Il doit ruser avec la prescription pour la faire devenir réalisation. C'est le travail réel. Pour reprendre le schéma proposé par Daniellou (1996, figure n°1), l'activité de travail est réalisée dans des conditions réelles, proposant des résultats effectifs. Cette activité, influencée par les conditions déterminées de la tâche ainsi que les résultats anticipés, et le résultat de ce qui est réellement fait par l'opérateur. Tout travail implique systématiquement cette relation, cet écart entre le travail prescrit et le travail réel.

En comprenant l'écart existant entre le travail prescrit et le travail réel, entre la tâche et l'activité, nous comprenons que tout ce qui est prescrit peut ne pas être réalisé tout comme tout ce qui est réalisé peut ne pas être prescrit. Ce qui est réalisé, le travail réel, laisse parfois des pans entiers de la prescription de côté, et peut aussi être le résultat d'actions non prescrites mais nécessaires pour atteindre le but final.

Dans l'activité de travail, ce qui n'est pas réalisé compte autant que ce qui l'est. Certaines situations impliquent pour l'opérateur de se conformer à une prescription de sa tâche autant que peut se faire. Pourtant, la tâche s'accomplit en ayant d'un autre côté l'impossibilité pour l'opérateur de faire tout ce qu'il estime qui devrait être fait. Clot (1999, p. 119) ajoute une dimension complémentaire à l'activité réelle : le réel de l'activité qui correspond à tout ce qui n'est pas réalisé. Il s'agit de ce que l'on cherche à faire sans pouvoir y arriver, « ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense ou qu'on rêve pouvoir faire ailleurs ». Il s'agit ici d'un pan de l'activité qui ne se voit pas et qui pourtant a un effet sur l'opérateur aussi important que ce qui se voit.

2. L'activité de travail

Le travail ne forme pas un tout qui déterminerait à la fois ses objectifs et ses réalisations. Il est considéré très souvent par les sciences humaines et sociales comme étant composé d'un aspect prescrit et d'un aspect réel, autrement nommé travail prescrit et travail réel. Le travail prescrit peut être déterminé comme étant le travail fixant les objectifs à atteindre, en termes de quantité, de qualité, de cadence... objectifs s'appuyant sur un idéal du métier qui déterminerait l'accomplissement du travail. Il reprend les tâches à accomplir telles que définies par l'entreprise, tâches consistant en la description du travail tel qu'il devrait être accompli, élaborées par les concepteurs du système de travail. Cette prescription est multiforme suivant qui l'établit. Le travail réel, quant à lui, constitue tout d'abord le travail tel que le travailleur se le représente. Face à la prescription, l'opérateur va créer une représentation de ce qui est attendu de lui et des modes opératoires qu'il va devoir

convoquer pour réaliser sa tâche. Ce travail réel repose également sur la traduction dans la réalité de la tâche à accomplir avec un certain type de matériel, de protocoles... mis à disposition mais aussi avec une matière ou des conditions particulières. L'opérateur va alors devoir s'adapter à l'outil (réglages, connaissances des programmes, maîtrise des protocoles...), à la matière qui peut varier selon les conditions environnementales (chaleur, froid, travail en extérieur, propriétés chimiques de la matière...), ou encore aux conditions spécifiques au milieu dans lequel il évolue (ligne d'attente de clients, d'usagers, état du patient...). Aussi, le travailleur adapte son travail en fonction des conditions réelles de travail, en plus des conditions mentionnées précédemment. Il peut rencontrer des situations non standards ou encore fonctionner avec un outil en mode dégradé.

Face à la prescription de la tâche et à l'environnement dans lequel le travail doit être réalisé, l'opérateur doit faire preuve d'adaptation et utilise des stratégies et des modes opératoires qui lui sont propres pour arriver au résultat attendu et tel qu'il se le représente. Il peut même en inventer pour atteindre son but. Cette adaptation a un coût qui peut être autant physique que psychologique et qui est propre à chaque opérateur.

L'originalité de l'ergonomie s'inscrit dans l'objet même de ces interrogations. Elle s'intéresse au contenu de l'écart constaté entre le travail prescrit et le travail réel. En faisant la distinction entre ces deux entités, elle propose d'étudier ce que cela demande à l'opérateur afin de réaliser son travail. Ce qui questionne l'ergonome, ce n'est pas tant en quoi consiste la tâche mais plutôt comment le travailleur se l'approprie et la met en œuvre dans la réalité. Cette mise en œuvre est définie comme étant l'activité de travail de l'opérateur. La notion d'activité constitue en cela le cœur même de l'ergonomie.

L'activité est définie comme étant le processus mettant en jeu les interactions entre le travailleur, celui qui réalise le travail et les exigences de la tâche, c'est-à-dire tout ce qui est inhérent à la tâche avec toutes les contraintes que la réalisation peut contenir. L'activité ne se limite pas à ces interactions travailleur/tâche mais prend également en compte d'autres facteurs ayant une influence sur l'activité : les contraintes de l'environnement, l'état interne du travailleur et ses objectifs individuels (Falzon & Teiger, 1995).

Prenant en compte ces considérations, le travail devient une construction tout à fait personnelle et permanente (Coutarel et al., 2015) et s'appuie sur l'ensemble des interactions citées précédemment. L'activité est donc constituée de cette rencontre singulière entre le travailleur qui arrive avec une expérience, une histoire professionnelle et personnelle et les exigences d'une tâche définie par un autre travailleur, parfois éloigné de la réalité du terrain et donc de la réalité des contraintes de l'exécution de la tâche. Cette activité se déploie dans un environnement

particulier qui peut présenter également de nouvelles contraintes ou au contraire être facilitant dans la réalisation du travail.

A travers l'activité mise en œuvre, le travailleur va acquérir de nouvelles connaissances qu'il va devoir gérer pour les rendre opérationnelles dans le contexte professionnel. Ce travail de construction constitue également pour le travailleur un travail de transformation à la fois de lui-même mais également de l'environnement dans lequel il évolue (Falzon & Teiger, 1995). Cette transformation s'opère alors que le travailleur fait face à des problèmes nouveaux pour lequel il doit acquérir de nouveaux modes opératoires. C'est cet affrontement avec la réalité qui aide le travailleur à se transformer. Prenant en compte cette activité de transformation, l'activité du travailleur est régulièrement reconstruite, reconstruction basée sur une activité réflexive. Réflexivité qui s'appuie sur les allers-retours entre son activité de conception cognitive et son activité de réalisation. Pour Falzon et Teiger (1995, p. 3) « L'activité de travail n'est donc pas un objet donné, finalisé, une simple prescription mais plutôt un objet à constituer et reconstituer continuellement ».

Le résultat de l'activité de travail se traduit par une performance atteinte. Cette performance est visible à travers la nature, la qualité et la quantité de ce qui est produit en termes d'atteinte de l'objectif poursuivi (Thibault, 2009). En interrogeant comment le travailleur se met en œuvre pour réaliser son travail, et en observant ce que cela peut lui coûter du point de vue physique, cognitif, psychique et même social, les effets sur le travailleur peuvent être observés. L'activité n'étant pas neutre, elle laisse systématiquement des traces de son exercice : atteinte à la santé par un coût excessif (charge physique importante...) ; ou d'un autre côté, développement des compétences contribuant au développement d'un certain bien-être au travail (Guérin, Laville & Daniellou, 1991).

3. Processus de création

Comme cela a été explicité précédemment, l'activité du point de vue de l'ergonomie et de la clinique de l'activité constitue un espace d'expression particulier et singulier pour le travailleur. En cela, elle se trouve investie d'un véritable processus de création. Le travailleur y invente de nouvelles pratiques, il y module les normes auxquelles il est confronté et dont il envisage la limite s'il veut réaliser son travail. Des gestes particuliers vont y être produits ainsi que des mouvements et des discours afin d'arriver à atteindre les objectifs (prescrits et/ou ceux que le travailleur s'est prescrit lui-même). Ce processus de création peut être à la fois explicite ou masqué selon les situations (Begon & Mairesse, 2013). Il donne à l'activité son caractère vivant et viable.

Quand ce processus créatif est mis en difficulté, quand le travailleur ne peut pas y avoir recours, les études montrent que le conflit dans la réalisation du travail autant que le conflit de valeurs qui s'installe conduisent à l'épuisement du travailleur. Clot (2006a) témoigne de ce travail mis à mal en parlant de possibilités ressenties sans pouvoir les vivre, de ce qui ne peut pas être fait dans ce que l'on fait. La création dans le travail ferait appel à un cadre organisationnel spécifique qui favoriserait l'articulation entre l'activité productive (ce que le travailleur réalise réellement, son œuvre) et l'activité constructive (ce qui construit l'expérience et les compétences du travailleur, mobilisable à nouveau dans un temps ultérieur).

4. Reconception du travail

Comme cela a été indiqué précédemment, un écart existe entre le travail prescrit et le travail réel. Le travail prescrit anticipe des résultats dans un contexte possédant des conditions déterminées. La tâche ainsi prescrite n'est autre que la transcription d'un résultat anticipé, espéré, comme se le représente le prescripteur. Aucune action n'est encore, à ce stade, entreprise dans la réalité. Il ne s'agit que d'une représentation subjective d'un résultat futur. Quand le travailleur met en œuvre son activité, il le fait dans des conditions réelles, proposant ainsi un résultat effectif. Ce phénomène n'est pas unique et semble correspondre à tout système, qui finalement, dérive des choix initiaux des concepteurs (Wilson, 2012). L'activité de travail suppose donc la confrontation de ce qui est prévu au moment de la conception à la réalité des variabilités de la situation réelle de travail rencontrée. L'opérateur est alors obligé d'apporter une réponse spécifique (Petit, Dugué & Daniellou, 2011). Le travailleur met en place une certaine capacité à s'adapter aux variations en fonction de l'exploration perceptive de l'environnement qu'il effectue.

Dans son expérience du travail, l'individu a déjà vécu certaines situations. Cette expérience va le conduire à percevoir, sentir, agir de façon singulière et sensible dans une situation donnée. Il est alors fait mention de rapport sensible au travail (Böhle & Milkau, 1998 ; Davezies, 1995). Le rapport sensible au travail consiste en un rapport à autrui ou à l'objet du travail (matière travaillée : odeurs, couleurs...). C'est dans ce rapport que se construirait la créativité et qui permettrait au travailleur de reconcevoir son travail (Rabardel & Pastré, 2005). Le rapport sensible au travail donne du sens à l'action du travailleur et aux résultats du travail obtenus.

Cette proposition laisse entendre que chaque travailleur est le concepteur de son propre travail (Falzon, 1996). Afin d'arriver aux buts recherchés, il va essayer de mettre en place l'organisation qui lui sied le mieux, lui permettant ainsi de développer des modes d'adaptation pour faire face aux différentes situations variées qu'il va rencontrer (Coutarel & Petit, 2009). Certaines de ces situations peuvent devenir contraignantes pour le travailleur, l'obligeant à avoir recours à des marges

de manœuvre existantes ou qu'il construit dans l'activité de travail (Arnoud & Falzon, 2013).

5. Stratégies d'action

Les notions de régulations et de marges de manœuvre constituent la fondation d'une notion complémentaire dans l'activité de travail qui consiste pour le travailleur à construire des stratégies d'action. Que ce soit dans l'activité de régulation ou l'usage de marges de manœuvre, le travailleur recherche et construit des modes opératoires qui lui permettent d'atteindre une certaine performance, soit qu'il a déjà appris par son expérience passée, soit qu'il crée face aux inattendus de la situation auxquels il fait face.

Une activité importante de création est à l'œuvre dans l'activité du travailleur. Il entre dans une activité de conceptualisation de la situation très importante (Fernagu-Oudet, 2003). Cette activité de conception l'interroge sur ses choix, les ressources à disposition, la gestion des informations qu'il doit traiter. Il est alors invité à mettre en place des stratégies de résolution de problèmes en analysant la relation entre les effets et les causes de ses décisions. Une activité cognitive importante est déployée à la suite d'une activité de représentation fonctionnelle ou opérative de la situation (Fernagu-Oudet, 2004).

Pour cet auteure (2004, p. 126), l'activité réflexive du travailleur sur son activité rend possible le transfert des apprentissages pour un usage futur. Le transfert de ces apprentissages peut être considéré selon l'auteur comme consistant à :

- « apprendre à gérer les ressources présentes, en les identifiant, en se les appropriant, par la compréhension et l'intelligibilisation des situations de travail ;
- apprendre à développer des ressources nouvelles par ce même biais ;
- apprendre à articuler et structurer de nouvelles combinaisons de ressources ;
- apprendre à décontextualiser, recontextualiser les apprentissages en vue de les transférer ;
- apprendre à apprendre, prendre conscience de sa manière d'apprendre ;
- apprendre à capitaliser les enseignements issus de l'expérience, de la pratique professionnelle ».

Chaque situation étant singulière, il ne suffit pas pour le travailleur de reproduire à l'identique ce qu'il a connu dans une situation passée. Ce qui devient donc transférable, ce ne sont pas les compétences proprement dites mais davantage les ressources qui y sont associées. La stratégie d'action consiste donc pour l'opérateur à être capable de mobiliser les ressources à sa disposition pour atteindre un niveau de

réalisation et de performance qu'il estime convenable, soutenues par la possibilité de s'exprimer à travers des marges de manœuvre présentes et disponibles.

6. Marges de manœuvre

Le concept de marges de manœuvre peut prendre plusieurs formes selon les auteurs. Elles peuvent être appelées : degrés de liberté, marges d'autonomie, éventail des possibles... et sont déclinées dans différentes disciplines (psychologie, sociologie, sciences de gestion, ergonomie...). Nous resterons dans notre présentation sur la terminologie et des définitions des marges de manœuvre du point de vue de l'analyse du travail.

Nous en proposerons trois en suivant.

Pour Weill-Fassina et Valot (1997, p. 2), les marges de manœuvres désignent « la zone d'initiative et la tolérance, dont dispose l'opérateur pour assurer la régulation du fonctionnement d'un système ». Dans cette continuité autour de la notion de régulation, Saint-Vincent et al. (2011, p. 57) indiquent :

La marge de manœuvre correspond à l'espace de régulation de la personne en activité de travail. [...] Cet espace de régulation varie selon deux paramètres principaux, soit, d'une part, le cadre de travail (tâches et exigences, conditions et moyens offerts par le milieu de travail, environnement social) et, d'autre part, les caractéristiques de la personne.

Flageul-Caroly (2001) définit les marges de manœuvres « comme la possibilité ou liberté dont dispose un travailleur pour élaborer différentes façons de travailler afin de rencontrer les objectifs de production, et ce, sans effet sur la santé » (p. 87).

A travers ces quelques définitions des marges de manœuvres, la notion de contrôle du travailleur sur la situation de travail apparaît primordiale, à la fois pour que l'agir du travailleur puisse s'exprimer dans la situation de travail et également pour qu'il possède un contrôle sur la situation de travail.

Dans leur opérationnalité, les marges de manœuvre peuvent être ainsi définies en différenciant notamment deux aspects (Coutarel, Daniellou & Dugué, 2003) :

1 - Les situations de travail donnant aux travailleurs, dans leur activité de travail, la possibilité de mettre en œuvre une certaine diversité des modes opératoires pour réaliser les tâches demandées ;

2 - Les situations de travail dont les modes opératoires envisageables sont extrêmement restreintes compte tenu de la spécificité de la situation de travail.

Par conséquent, les régulations que le travailleur peut effectuer dans son travail pour faire face aux variabilités qu'il rencontre dépendent systématiquement de marges de manœuvre satisfaisantes à disposition. Lorsque les marges de manœuvre augmentent, la possibilité de mettre en place des régulations augmente.

Ces propositions de définitions laissent à penser que les ressources mobilisables par le travailleur dans l'utilisation de marges de manœuvre peuvent être à la fois internes et externes au travailleur.

En approfondissant ces données sur les marges de manœuvre, Coutarel & Petit (2013) indiquent qu'il existe des marges de manœuvre internes et des marges de manœuvre externes qui représentent les ressources que le travailleur possède et est capable de mobiliser pour mener à bien son travail. Il ne fait pas seulement que supporter l'environnement dans lequel il évolue, il se donne donc les moyens de son action par la création d'espaces de régulation de son activité. Autrement dit, plutôt que de subir l'environnement, il le saisit pour se l'approprier en mettant en œuvre les ressources qui lui sont propres. Cette activité subjective et singulière peut être occasionnellement supportée par le collectif. Les marges de manœuvre externes consistent, elles, en toutes ces possibilités proposées à l'opérateur par l'environnement. Il appartient au travailleur de se saisir des possibilités qui lui sont offertes et qui ne restent que potentielles tant que le travailleur n'y a pas recours.

Comme cela vient d'être expliqué, la marge de manœuvre du travailleur réside dans la rencontre à la fois de caractéristiques intrinsèques à l'individu et de caractéristiques extrinsèques à celui-ci, notamment l'environnement. Les marges de manœuvre deviennent alors des marges de manœuvre situationnelles (Coutarel & Petit, 2013). Pour Coutarel, Caroly, Vézina & Daniellou (2015, p. 15) :

La marge de manœuvre situationnelle constitue la possibilité pour l'opérateur, dans une situation précise, d'élaborer un mode opératoire efficace (c'est-à-dire efficace pour la performance et compatible avec la préservation de soi, voire le développement de soi par le travail). Si la marge de manœuvre situationnelle est faible, l'éventail des modes opératoires possibles est très restreint, ce qui peut conduire à une hypersollicitation de certaines fonctions (articulaires, musculaires, cognitives...), et/ou à l'activité empêchée (Clot, 1999), et/ou à la détérioration du collectif de travail, et/ou à la diminution de la performance. À l'extrême, l'absence totale de marge de manœuvre conduit à des situations où il est impossible d'atteindre les objectifs, même au prix d'une mobilisation coûteuse.

Le travailleur, pour avoir la possibilité de se créer ces marges d'autonomie, va ainsi mettre en place des pratiques d'adaptation et de reconception qui pourront prendre plusieurs formes :

. *Les activités méta-fonctionnelles* : les dysfonctionnements du système (problèmes nouveaux, outils inadaptés, manque d'information...) poussent le travailleur à agir en transformant l'organisation. Il crée des outils nouveaux, des savoirs nouveaux (Falzon, Sauvagnac & Chatigny, 1996). Ceux-ci sont « ...destinés à une utilisation ultérieure éventuelle et visant à faciliter l'exécution de la tâche ou à améliorer la performance » (Falzon, 1994, p. 3).

. *Les migrations de pratiques* : les tensions antagonistes et les contraintes du travail sont à la source de modifications du comportement, de migration de pratiques (Rasmussen, 1997). Les pressions ressenties peuvent être de plusieurs sortes : environnementales, commerciales, recherche de bénéfices individuels... L'activité du travailleur prend la forme d'une autonomie aux contours incertains.

. *L'invention de nouveaux usages* : le travailleur envisage l'organisation comme un instrument qui peut être élaboré, institué, transformé par lui-même (Rabardel, 1995). Dans sa pratique et son adaptation, le travailleur va faire apparaître de nouveaux schèmes de fonctionnement (genèses instrumentales), il invente de nouveaux usages.

. *La réélaboration des règles* : dans le travail et dans les organisations, les travailleurs répondent à plusieurs types de règles. Ces règles peuvent être des règles de contrôle, des règles autonomes ou encore des règles implicites. Ces dernières sont élaborées au fur et à mesure que l'activité de travail se déploie par les travailleurs eux-mêmes. L'expérimentation du travail conduit les travailleurs à avoir une activité réflexive sur ce qu'ils font, les conduisant par là-même à concevoir des règles de fonctionnement inédites jusque-là.

Finalement, ce travail sur la création de marges d'autonomie entrepris par le travailleur consiste en une activité de travail sur les normes. Schwartz (2000), nomme ce travail : re-normalisation, particulièrement nécessaire quand les singularités de la situation sont exacerbées et que les normes précédentes diffèrent de celles du travailleur.

7. Régulations

L'activité est déterminée à la fois par les caractéristiques du sujet et par les caractéristiques des situations. Le modèle de double régulation (Daniellou, 2005) propose cette dualité des caractéristiques ce qui permet d'envisager la transformation

et la conception de situations de travail plus propices à la santé et à la sécurité des travailleurs et au développement de leurs compétences (Rachedi et al., 2009).

Les régulations consistent en une construction ou une reconstruction continue des modes opératoires. Cette activité sur les modes opératoires est déployée par le travailleur afin d'atteindre les buts qu'il s'est fixés. Elles sont basées à la fois sur les objectifs à atteindre mais aussi sur les résultats obtenus, les ressources à disposition et l'état interne du sujet (voir figure 2). Le résultat de la régulation est observé dans les modes opératoires qui sont finalement adoptés par le travailleur (Coutarel et al., 2015).

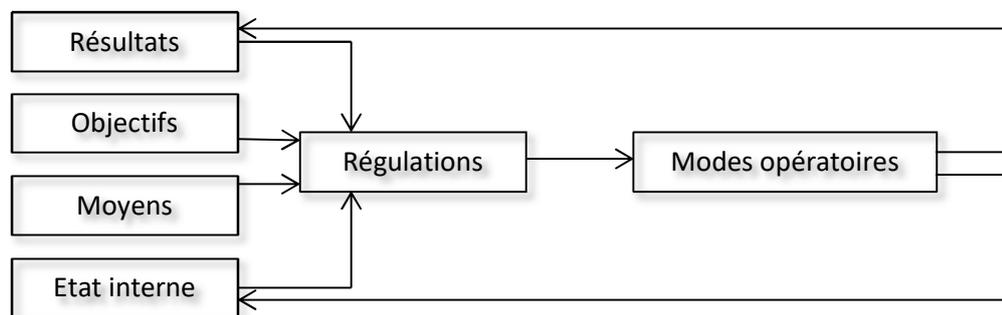


Figure 2 : Situation non contrainte. Action possible sur les objectifs et les moyens. (Guérin, Laville & Daniellou, 1991).

Coutarel, Caroly, Vézina & Daniellou (2015) proposent un fonctionnement des régulations selon trois modes.

Dans le premier mode de régulation, afin de préserver et/ou garantir la performance, le travailleur va réajuster ses modes opératoires en fonction de son état interne et de la possibilité qui lui est offerte d'intervenir sur les objectifs et les ressources à disposition. Il prend en compte les alertes qui lui parviennent sur le travail en cours d'exécution et son état interne pour adapter ses modes opératoires. Dans ce fonctionnement différents facteurs sont à prendre en considération : un coût humain acceptable ne mettant pas en danger la santé du travailleur, une opportunité de développement car des apprentissages sont nécessaires pour faire face à des situations inconnues jusque-là, et pour finir une atteinte de la performance dans une situation qui se positionne en écart à la prescription, mais qui devient à la fois un risque à encourir et une opportunité à ne pas manquer. Le premier mode de régulation pourrait correspondre à ce qui pourrait être appelé un mode nominal de régulation. Mais cet état nominal ne correspond pas à toutes les situations de travail.

Dans le deuxième mode de régulation, une modification au niveau des objectifs (accroissement de leur exigence) et/ou une diminution des moyens (ressources) à

disposition peut amener le travailleur, pour obtenir les résultats qu'il s'est fixé, à faire face à deux possibilités :

L'opérateur « prend sur lui » en ignorant les alertes de son état interne, certains effets pouvant être délétères pour sa santé ;

L'opérateur, ignorant les alertes relatives à la performance, se protège en appliquant le mode opératoire attendu mais auquel il n'adhère pas, sachant qu'il n'est pas adapté à la situation. Cette mise en œuvre a pour conséquence d'être défavorable à la performance mais aussi au travailleur qui travaille contre ses valeurs et qui voit donc s'amenuiser le sens qu'il peut accorder au travail qu'il produit. L'estime de soi du travailleur, par la perte de sens du travail, est mise à mal.

Pour le troisième mode de régulation, dans certaines situations, le travailleur peut ne pas arriver à atteindre les objectifs fixés avec les moyens mis à disposition. Même en prenant sur lui, il est alors en situation de débordement.

Ces trois modes de régulation sont au service de l'opérateur pour l'aider dans la réalisation de son travail dans lequel il recherche à atteindre une performance construite sur ses représentations de l'objectif à atteindre et sur les capacités qu'il est en mesure de mobiliser.

8. Performance organisationnelle et performance individuelle

L'activité d'un travailleur est déployée dans le but d'atteindre un certain niveau de performance. Les indicateurs de performance jouent un rôle prépondérant dans les entreprises. Ils font partie intégrante du système de management et contribuent à l'évaluation de la productivité (Edwards & Jensen, 2014). D'une part, ils prennent en considération des résultats de l'entreprise en mesurant, analysant et en agissant sur certains indicateurs-clés. D'autre part, la performance doit être vue également au prisme des relations entre la performance de l'entreprise et la performance individuelle. Même si l'entreprise définit un niveau de performance à atteindre, le travailleur, dans son activité personnelle de travail, définit ses propres critères de performance.

Très régulièrement, la performance est mesurée, évaluée en mettant en relation les objectifs avec les résultats obtenus, les ressources utilisées pour atteindre les résultats étant complètement ignorées. La figure 3 présente cette relation entre objectifs, résultats et ressources (Bescos et al., 1997). Le niveau de ressources à convoquer pris en compte interroge l'efficacité du système mis en place pour obtenir les résultats (les ressources sont-elles disproportionnées par exemple ?). Lorsque les ressources

mobilisées sont trop importantes et ont un coût trop élevé pour le travailleur, la pertinence des objectifs peut être remise en question (cela en valait-il la peine ?).

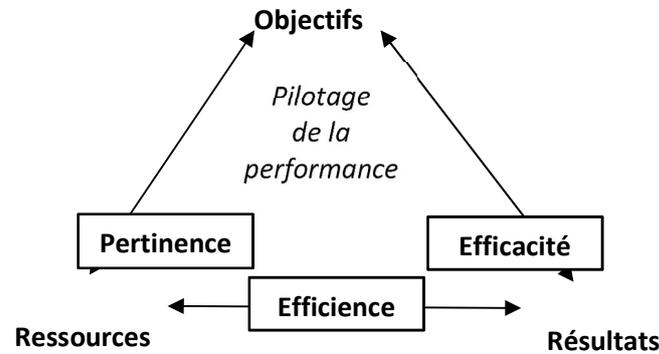


Figure 3 : La gestion de la performance (Bescos et al., 1997).

Dans ces conditions, il est improbable de définir des indicateurs de performance issus d'une seule logique dans la mesure où ils doivent se nourrir de la rencontre entre les logiques stratégiques de l'entreprise et celles du travail réel. Ils sont *a contrario* le résultat d'une construction entre les différents acteurs.

Bourgeois et Hubault (2005) proposent d'intégrer des indicateurs d'activité dans le modèle précédemment présenté. La figure 4 montre la différence entre ce que le travailleur laisse voir de son travail, ce qu'on lui demande pour réaliser son travail, ce qui est accompli dans la réalité et ce que cela va produire comme résultats.

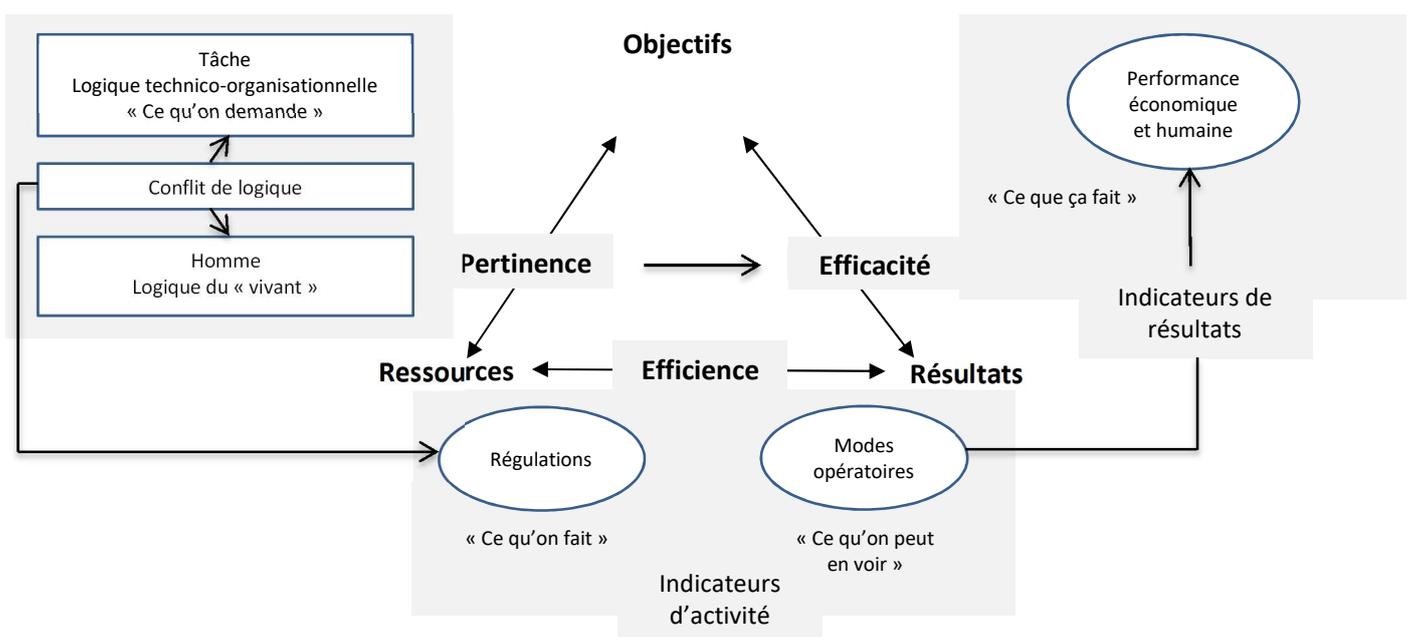


Figure 4 : Les indicateurs de l'activité (Bourgeois et Hubault, 2005).

Les indicateurs de performance ne peuvent ignorer les indicateurs d'activité en se basant sur le travail réel. Le résultat n'est pas représentatif du coût.

Ce qu'il faut retenir...

L'ergonomie, comme la psychologie du travail ou la psychologie ergonomique (Leplat, 1992), considère l'activité de travail du point de vue du travail prescrit et du travail réel. Le travail prescrit consiste en ce que l'opérateur reçoit de consignes, de protocoles... à suivre pour réaliser ses tâches. Ces éléments constituent la prescription du travail. Pour le réaliser, l'opérateur s'engage dans une forme de reconstruction de la prescription. Il l'adapte à ses savoirs, ses savoir-faire, mais aussi aux représentations qu'il a de ce qui est à réaliser, et ce, continuellement. L'opérateur fait le choix des modes opératoires qu'il estime être les plus adaptés au travail à produire. Il entre ainsi dans une phase de reconstruction du travail en tenant compte des marges de manœuvre qu'il s'est construites. Ces marges de manœuvre consistent en des possibilités d'action pour le travailleur qui lui sont généralement fournies par l'environnement dans lequel il évolue. Certaines marges peuvent lui être internes également. De ce fait, en s'adaptant au travail et en convoquant certaines marges de manœuvre, le travailleur s'engage dans un travail de régulation entre ses moyens, ses objectifs, son état interne et les résultats attendus. Ces régulations mises en œuvre font appel à des stratégies d'action qui vont lui permettre d'atteindre la performance souhaitée.

Chapitre 4 – Santé et travail

1. La santé et la santé au travail

En premier lieu, nous aimerions proposer différentes définitions de la santé et de la santé au travail pour compléter nos propos liminaires. Aussi, proposer une définition de la santé qui réunisse l'ensemble des points de vue est un exercice impossible à réaliser tant ceux-ci sont variés. Selon l'approche disciplinaire ou encore la culture de l'auteur, la complexité d'offrir une définition, seule et unique, n'est pas tenable. En ce qui concerne la santé au travail, il est tout aussi malaisé d'en soumettre une définition unanime.

La figure 5 présente une évolution de la prise en compte de la santé en relation avec le travail au cours du temps.

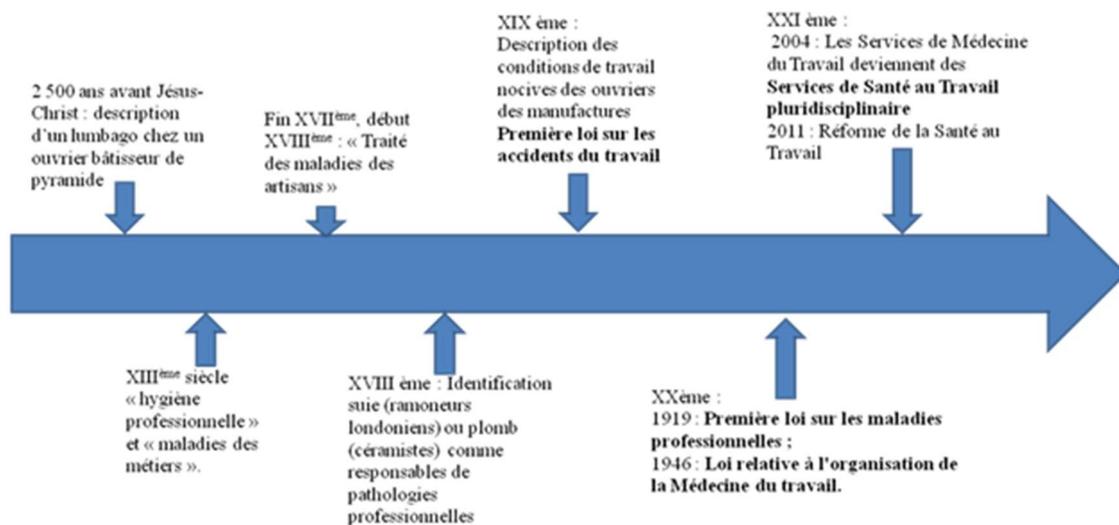


Figure 5 : Evolution de l'intérêt pour la santé en relation avec le travail – Lagabrielle (2021)

La Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, tenue à Ottawa en novembre 1986, propose la définition suivante de la santé : La santé correspond à « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part évoluer avec le milieu et s'adapter à lui ».

Cette première définition annonce déjà, au contraire d'acceptions plus généralistes et plus classiques relevées dans les dictionnaires, que la santé ne se résume pas forcément qu'à un état mais se positionne comme un processus dynamique. Pour Laville (1998), la santé est un état d'équilibre atteint ou à atteindre où les altérations, les souffrances sont relativement compensées, ce qui signifie une relative fragilité et une estimation personnelle de cet équilibre, qui peut évoluer avec le temps et le

processus de vieillissement. Loin d'un point de vue purement hygiéniste, cette définition propose quelques pistes de réflexions sur une santé qui serait à la fois une affaire individuelle mais également collective, conférant un caractère social à cette question. La dimension individuelle positionne l'individu dans une quête d'accomplissements tout à fait personnels. Les « ambitions » et « besoins » recherchés par le sujet inscrivent cette construction de la santé dans une démarche individuelle et proactive. La seconde partie de la définition situe le sujet comme se développant dans un milieu avec lequel il doit composer. Une adaptation est alors nécessaire, initiant une relation réflexive entre le milieu qui influence le sujet et le sujet pouvant influencer le milieu.

Rabardel (1998, p. 49) définit la santé comme « un équilibre dynamique entre le bien-être physique, psychique et social tout au long de la vie ». Cette définition enrichit la première définition proposée en ce qu'elle propose la santé comme un processus qui évolue avec et dans le temps, tout en prenant en compte les trois pans du bien-être (physique, psychique et social) et leur équilibre indispensable. Il est à souligner que l'auteur utilise le terme « d'équilibre », ce qui indique qu'un état stable – ou l'équilibre atteint – est le résultat d'un travail d'équilibration entre différents facteurs physiques, psychiques et sociaux dont il est fait mention dans la définition. Loin d'être un état statique donné et stable, l'équilibre demande un effort soutenu. Précédemment, De Montmollin (1993) avait indiqué que la santé se construisait sur la disposition de compétences et de ressources cognitives dans le travail.

Dans le champ de la clinique du travail, Dejours (2009a, p.2) soutient que « La santé, c'est pour chaque homme, chaque femme et chaque enfant la possibilité d'avoir les moyens de construire un cheminement personnel et original vers un état de bien-être physique, psychique et social ». Les trois dimensions sont reprises dans cette proposition de définition, toujours englobées dans une démarche dynamique mais avec l'accent mis sur la possibilité et la liberté donnée à la personne de construire un « cheminement personnel et original ». Chacun devient l'acteur de sa propre santé si tant est qu'il ait les moyens de ce cheminement. Le sujet reste donc maître de la construction de sa santé, en pouvant en avoir les moyens et décider de ne pas s'en servir. Comme nous le verrons plus longuement au cours de ce travail, la question des moyens reste au cœur de la problématique de la construction et de la préservation de la santé au travail.

Clot (2010) ajoute la dimension de l'action en soulignant : « La santé est étroitement liée à l'action, et c'est parce que précisément cette action n'est pas centrée sur la maladie qu'elle s'y oppose de manière déterminante ! ». L'objet de la santé ne réside donc pas dans la présence ou l'absence de maladie mais dans une construction la dépassant, par et dans l'action. L'objet de cette action est centré sur le bien-être, non comme lutte continue contre la maladie mais impliquant une part active de l'individu.

A travers les définitions proposées, un point ressort plus particulièrement : la santé n'est pas l'objet d'un temps donné mais s'inscrit dans un parcours dynamique dans le cadre d'un échange ininterrompu entre le sujet et son environnement, que celui-ci soit physique ou social (Chatigny, 2001).

1.1. Santé et normalité

Dans cet équilibre précaire, Dejours (1995, p. 3) introduit la notion de normalité qui peut être définie comme un état réel « où les maladies sont stabilisées et les souffrances compensées ». Cette stabilité n'est jamais définitivement acquise et demande un travail quotidien d'adaptation et de réajustement. Pour ce faire, le sujet fera appel à des stratégies défensives (hygiéniques, comportementales, médicales, psychiques, sociales, individuelles et collectives). La normalité dans ces circonstances demeure tout à fait subjective. Ce constant réajustement est mis en tension par les différentes contraintes que l'individu rencontre dans l'exécution de son travail (Pavageau, Nascimiento & Falzon, 2007). Ces contraintes, qui à première vue pourraient représenter un obstacle à la bonne réalisation du travail, peuvent, sous certaines conditions, participer à une transformation du sujet lui-même. Ce travail, qui est synonyme de malheur (au sens ancien du terme, de difficulté, d'épreuve), devient opérateur de santé.

Les sources de difficultés étant disparates, les effets sur la santé sont également disparates. L'individu au travail va déployer des modes de défense qui seront adaptés aux souffrances rencontrées dans le travail. Il existerait une concordance entre les modes de défense et les motifs des difficultés auxquels expose le travail. Selon Dejours (1980), afin d'y faire face, l'opérateur va avoir recours à deux moyens de défense. Si la menace est trop importante et ne peut être totalement maîtrisée par l'activité, l'opérateur utilisera le déni qui permet à l'individu de continuer à travailler en faisant abstraction de la menace sur son intégrité physique ou psychique. Il agit comme si la menace n'existait pas, en s'exposant aux dangers de certaines situations contraignantes. Ce système de défense ne peut tenir que s'il est partagé et soutenu par le collectif d'appartenance. Si l'un des membres du collectif remet en cause les règles qui maintiennent le déni, il remet en cause la possibilité même d'exécuter le travail, pouvant mener jusqu'à la non-exécution totale du travail. Le collectif sera alors mis à mal, ses membres ne pouvant plus faire face aux tâches de leur travail pour lesquelles ils n'ont plus de défense à opposer.

D'un autre côté, si l'opérateur ne bénéficie pas d'un soutien important du collectif, il aura tendance à utiliser l'isolement comme moyen de défense. Ne pouvant s'appuyer sur les défenses collectives, il devra avoir recours à l'isolement du collectif. Ce moyen de défense interroge la construction des règles qui pose la réalisation d'un travail de qualité et finit à la longue par être plutôt pathogène car il inscrit le salarié dans un

système de défense qui ne peut être qu'intrinsèque. Il devra alors puiser dans ses propres ressources, et uniquement dans ces dernières, et ce, parfois jusqu'à leur épuisement.

2. Modèles de la santé au travail

En psychopathologie du travail, en psychologie du travail ou encore en ergonomie, les auteurs travaillant sur la santé au travail soumettent depuis longtemps des modèles s'appuyant sur la relation entre le travail et l'environnement de travail. Ces modèles fonctionnent sur une relation « stimulus-réponse » ou « cause-effet » en interrogeant l'influence de différents facteurs, tel l'environnement de travail, sur la santé. Ces modèles sont qualifiés de modèles de causalité linéaire (Faurie & Almudever, 2020). Les analystes du travail ont pu utiliser ces modèles notamment sur des situations relatives à l'environnement physique de travail. Par exemple, une atmosphère de travail polluée par un agent chimique dangereux est une situation dans laquelle le modèle « stimulus-réponse » peut être envisagé. La santé peut être mise en danger par l'agent chimique. L'impact de cet agent chimique peut être mesuré sur la santé du travailleur avec des analyses biologiques précises par exemple, hors situations où les effets sont issus de doses faibles ou autre poly exposition. Mais qu'en est-il de l'impact d'une organisation sur la santé du travailleur ? Comment fait-on pour le mesurer ? Au cours du temps, les chercheurs ont introduit de nouvelles variables dans ce modèle behavioriste, ce qui a eu pour effet d'atténuer ou d'amplifier l'impact des caractéristiques de l'environnement sur la santé.

Au-delà de ces modèles largement connus et documentés, d'autres modèles très intéressants méritent d'être observés de plus près. Ces modèles peuvent être classés en deux catégories distinctes : les modèles interactionnistes et les modèles transactionnels intégratifs (Faurie & Almudever, 2020). Les premiers se focalisent sur un environnement qualifié « d'objectif ». Des modèles phares sont apparus comme celui de Karasek (1979), celui de Cooper et Marshall (1976) ou encore celui de Siegrist (1996). La santé n'y est plus appréhendée uniquement d'un point de vue hygiéniste. Les considérations psychosociologiques occupent une place prépondérante. Il s'agit d'identifier les situations à risques qui provoquent un dépassement des capacités d'adaptation d'un grand nombre de travailleurs (Vézina, 2002). D'un autre côté, l'approche transactionnelle s'appuie sur l'interprétation et la signification de la situation que peut en avoir le travailleur (Lancry & Ponnelle, 2004). Cette approche se concentre davantage sur la manière de réagir de l'individu. Que l'approche soit interactionniste ou transactionnelle, l'environnement est systématiquement pris en compte avec pour effet que certains modèles peuvent être parfois considérés comme interactionnistes et que dans d'autres situations, ils seront proposés comme étant transactionnels.

Le tableau suivant (tableau 1) issu des travaux d'Althaus, Kop et Grosjean (2013) reprend les différents modèles théoriques de la santé au travail ayant pour donnée commune l'environnement de travail.

Tableau 1. Modèles théoriques retenus suite à la revue de littérature : courant, discipline, filiation, modèle princeps (Althaus, Kop & Grosjean, 2013).

Modèles	Courant	Discipline	Filiation	Modèle princeps
1 . French et Caplan (1972) 2 . Ivancevich et Matteson (1980) 3 . Winnubst (1984) 4 . Kahn et Byosiére (1992)	Institut de la Recherche Sociale (ISR)	Psychologie sociale, épidémiologie	Théorie du champ de Lewin (1938)	French et Kahn (1962)
5 . Cooper et Marshall (1976) 6 . Dolan et Arsenault (1980, 2009) 7 . Siegrist (1996)	Adéquation Personne-Environnement (APE)	Psychologie sociale	ISR ; Lewin (1951)	French et al. (1982)
8 . Smith et Sainfort (1989) 9 . Parker, Wall et Cordery (2001) 10 . Humphrey, Nahrgang et Morgeson (2007)	Structuration du travail	Psychologie du travail	Modèle de la motivation au travail Herzberg (1959)	Hackman et Oldham (1976)
11 . Karasek (1979) 12 . Demerouti, Bakker, Nachreiner et Schaufeli (2001)	Approche par les ressources	Sociologie du travail	Institut Karolinska (Suède) ; Gardell (1971)	Arasek (1979)
13 . Quick, Quick, Nelson et Hurrell (1997) 14 . Nelson et Simmons (2003) ; Simmons et Nelson (2007)	Gestion Préventive du Stress (GPS)	Psychologie de la santé au travail	Médecine préventive ; théories du stress (Lazarus & Folkman, 1984 ; Selye, 1976)	Quick et al. (1997)
15 . Warr (1987) ; Warr (1994)	Intégratif	Psychologie du travail	Approche par les ressources ; Structuration du travail	Warr (1987)
16 . Vézina, Cousineau, Mergler, Vinet et Laurendeau (1992) ; Vézina (2002) 17 . Baker, Israel et Schurman (1996)		Santé publique	Approche par les ressources ; APE Approche par les ressources : ISR	Vézina et al. (1992) Baker et al. (1996)

Les différents courants présentés dans le tableau n°1, toujours selon d'Althaus, Kop et Grosjean (2013) seront discutés en suivant. Ils sont davantage utilisés en psychologie du travail.

2.1. Le courant de l'Institut pour la Recherche Sociale (ISR).

Suite à la deuxième guerre mondiale, un programme de recherche initié par l'ISR (Université du Michigan) voit le jour. Ce programme avait pour objectif de s'intéresser à la santé mentale suite à l'impact de la guerre sur les populations. Le programme s'est petit à petit intéressé à la santé au travail des salariés. French et Kahn (1962) élaborent un modèle des relations entre le travail et la santé qui repose sur la complétude d'un environnement objectif perçu par le travailleur et d'un environnement subjectif issu de la première perception (figure 6). Le stress est issu de la perception de ce dernier environnement (subjectif). Par la suite, ce stress va influencer la santé physique et mentale du travailleur.

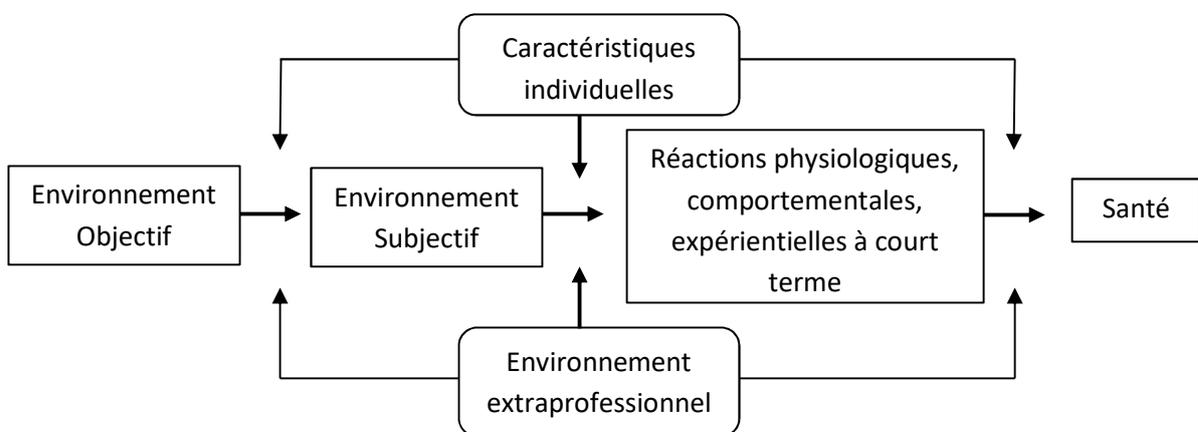


Figure 6 : Représentation simplifiée du modèle principes du courant de l'Institut pour la Recherche Sociale (adaptée de French & Kahn, 1962, p. 2).

Ce modèle prend tout son intérêt en ce qu'il distingue l'environnement objectif et l'environnement subjectif. Distinguer ces deux environnements est un réel apport à la construction de la santé. Aussi, serait-il intéressant d'interroger les éléments qui permettent d'affirmer ce qu'est l'environnement « Objectif ». Ce modèle repose sur l'approche « stimulus-réponse » mais n'apporte aucune proposition autour de l'élaboration du sujet face aux environnements différents auquel il est soumis. Il manque l'implication du sujet dans la construction de sa santé pour que ce modèle puisse expliquer ce qui permet la construction et la préservation de la santé au travail et ce modèle ne pourra donc pas être retenu dans le cadre de notre recherche.

2.2. Le courant de l'adéquation personne-environnement (APE)

Le courant de l'adéquation personne-environnement est issu d'une avancée des recherches dans les années 1970. Il s'agit d'une évolution du modèle proposé par l'ISR. Ce modèle (figure 7) s'appuie également sur l'existence et la complétude d'un

environnement objectif et d'un environnement subjectif qui travaillent en interaction, l'objectif influençant le subjectif. Le comportement, ou même la santé en tant que résultat, serait le fruit des interactions entre l'individu et son environnement (Lewin, 1951). La santé est mise en danger lorsque l'inadéquation (objective ou subjective) entre le sujet et son environnement est importante. La perception d'une adéquation subjective entre le sujet et son environnement joue quant à elle un rôle primordial sur la santé. L'enjeu de la santé se joue donc sur ce que le sujet pense, perçoit de sa réalité (environnement subjectif) et non sur ce qui fait la réalité dans laquelle il évolue.

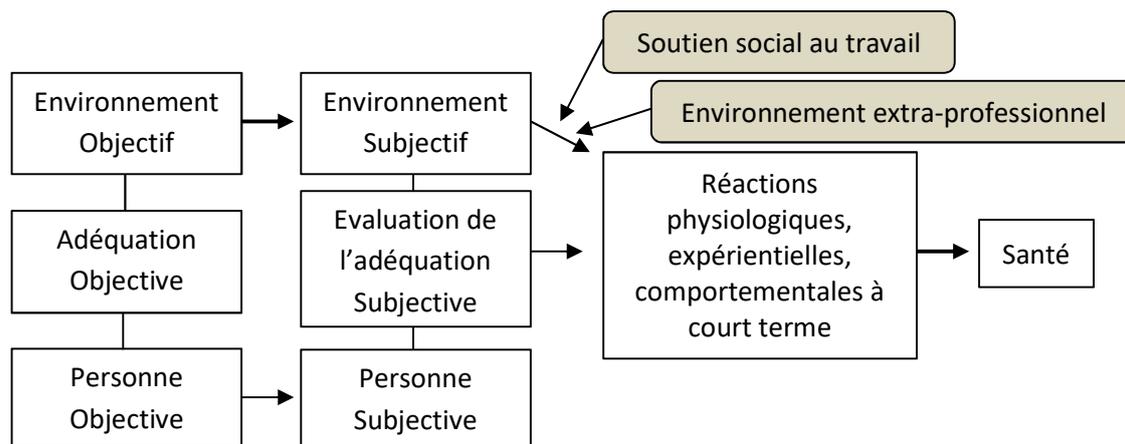


Figure 7 : Représentation simplifiée du modèle principes de l'Adéquation Personne-Environnement (adaptée de French et al., 1982, p. 3).

Ce modèle est particulièrement intéressant car il prend en compte le travail d'élaboration du sujet par rapport à son environnement. Il n'explique cependant pas comment le sujet construit sa réponse pour la rendre viable dans la réalité. De plus, le soutien social et l'environnement extra-professionnel se situent dans la relation entre la perception et les effets. Une faiblesse de ce modèle réside dans le fait qu'il laisse sous-entendre que la santé se construirait par une réaction et ne s'envisage pas alors comme une construction. Cette remarque s'applique également au modèle de l'ISR.

Un autre modèle peut être retenu dans le courant APE en ce qu'il présente la relation entre efforts et récompenses (figure 8). Il s'agit du modèle de Siegrist (1996). Ce modèle propose que les efforts produits par un individu génèrent des récompenses issues de son environnement. Le problème de la viabilité de ce modèle dans la réalité est que les efforts dépendent grandement de ce qui est perçu (efforts perçus), tout comme les récompenses qui elles aussi le sont.

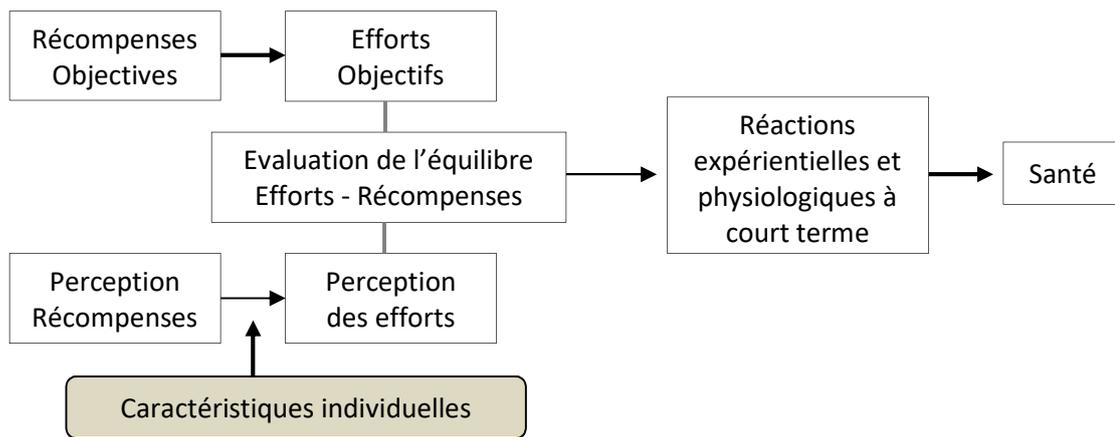


Figure 8 : Représentation schématique du modèle « Effort – Récompenses » (Siegrist, 1996) dans le cadre conceptuel du courant de l'Adéquation Personne-Environnement.

Ce modèle limite l'interaction avec l'environnement, s'appuyant fortement sur le processus « Stimulus-Réponse ». La construction supposée de la santé s'effectue sur le court-terme, ne laissant pas imaginer que cette construction puisse supporter une préservation à long-terme. Pour être en santé, il faudrait multiplier les expériences « Efforts – Récompenses » dans lesquelles les récompenses sont perçues comme étant à la hauteur des efforts fournis.

2.3. Le courant de la structuration du travail

Parallèlement aux travaux de l'ISR dans les années 1960, des chercheurs ont focalisé leurs recherches sur l'enrichissement du travail. Autant dire que ce positionnement était en opposition directe avec le positionnement de l'Organisation Scientifique du Travail (OST) à cette époque. Ces chercheurs se sont intéressés aux caractéristiques particulières du travail qui pouvaient être sources de motivation et de satisfaction. L'hypothèse sous-jacente de leurs travaux reposait sur l'idée que la motivation et la satisfaction au travail contribuaient à la construction et à la préservation de la santé au travail.

Dans le cadre de ces travaux, Hackman et Oldham (1976) proposent l'existence d'un lien entre les caractéristiques de l'environnement et trois états psychologiques : l'expérience du sens du travail, le sentiment de responsabilité vis-à-vis de celui-ci et la connaissance des résultats qui en découlent (figure 9). Ces trois états seraient ensuite à l'origine des comportements et des attitudes du travailleur.

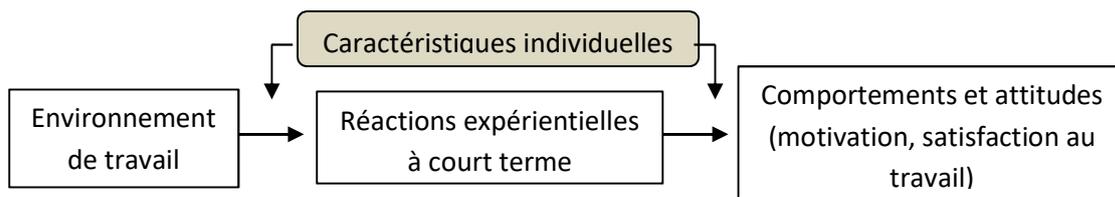


Figure 9 : Représentation simplifiée du modèle princeps du courant de la structuration du travail (adaptée de Hackman & Oldham, 1976, p. 256).

La proposition de Hackman et Oldham (1976), même si elle est intéressante en ce qu'elle constitue les prémices des travaux de Smith et Sainfort (1989) sur la transformation des situations de travail, reste sur le même processus réactionnel de l'individu face à son environnement. Le sujet réagit en s'appuyant sur ses caractéristiques propres, permettant ou pas de réagir plus ou moins bien aux contraintes de l'environnement et ensuite, de moduler les réactions. Ce modèle ne nous paraît pas suffisant à expliquer la construction et la préservation de la santé au travail.

2.4. L'approche par les ressources

Karasek, avec le modèle bidimensionnel du « Demand-Control model » propose une approche différente de celles jusqu'ici envisagées, s'opposant notamment à l'OST. Son modèle s'appuie sur une considération forte : l'autonomie dans le travail serait source de santé (figure 10). Ainsi, Karasek s'attachera à construire un modèle mettant en relation les exigences du travail (la demande psychologique) et le contrôle sur le travail (l'autonomie ou la latitude décisionnelle). Ce modèle s'est enrichi dans le temps avec la notion de soutien social (Demand-Control-Support model) indispensable pour diminuer les tensions vécues dans le travail lors de la confrontation entre la demande et le contrôle (Karasek & Theorell, 1990).

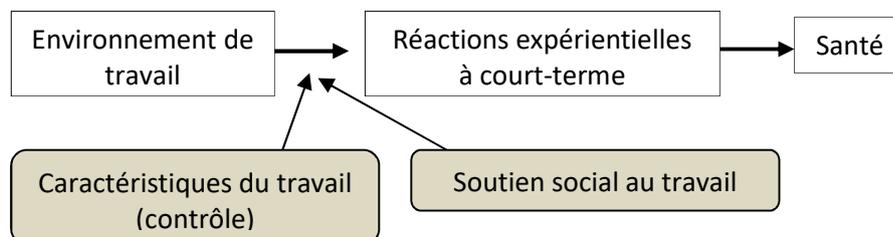


Figure 10 : Représentation schématique du modèle de Karasek, seconde version (adaptée d'après Karasek & Theorell, 1990).

Cette approche est intéressante du point de vue de la conscientisation des ressources à disposition pour effectuer une tâche. Elle met aussi en relief l'importance du contrôle sur le travail ce qui sous-entend la présence ou non de marges de manœuvre. Celles-ci apparaissent indispensables aux régulations que le travailleur doit mettre en œuvre pour pouvoir réaliser son travail. Cependant, ce modèle reste réactionnel, ne laissant pratiquement aucune place à une forme de proactivité.

2.5. Le courant « gestion préventive du stress » (GPS)

Le modèle proposé par la GPS repose à la fois sur une continuité des travaux sur le stress au travail et sur les principes de la médecine du travail en termes de prévention (prévention primaire, prévention secondaire et prévention tertiaire). Les chercheurs ont identifiés des caractéristiques du travail qui peuvent déclencher des réactions de stress ayant des conséquences variables sur la santé des individus (figure 11).

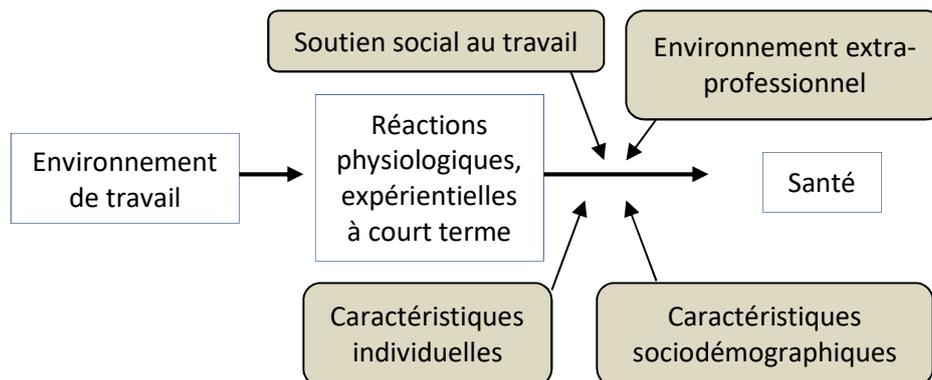


Figure 11 : Représentation schématique du modèle principes de la gestion préventive du stress (adaptée d'après J.C. Quick, et al., 1997, p. 42).

Ce modèle intègre un nombre de médiateurs plus importants que les autres modèles introduisant ainsi un nombre de variables plus conséquent mais reste sur un postulat réactionnel. Ce dernier modèle propose une place plus conséquente au rôle de l'environnement extra-professionnel, ce qui suggère que les interactions Vie au Travail / Vie Hors Travail ont une incidence sur la façon de vivre le travail.

Au final, tous ces modèles cherchent à rendre compte de l'impact de l'environnement sur la santé, comportant chacun un ou plusieurs médiateurs. Ces médiateurs peuvent être répertoriés en 5 variables modératrices : 1 – les caractéristiques sociodémographiques, 2 – les caractéristiques individuelles, 3 – les caractéristiques du travail, 4 – le soutien social et 5 – l'environnement extraprofessionnel. Raybois

(2014) met également en avant l'importance de la relation entre le sujet et son environnement comme élément indispensable dans la construction de la santé au travail.

2.6. Proposition d'un modèle triaxial

Dans le champ de l'ergonomie, Pavageau (2005) propose, quant à lui, un modèle triaxial dans lequel la santé au travail se construit autour de 3 axes (figure 12) : la mobilisation de ressources, la construction des compétences et la reconnaissance des efforts développés. La construction de la santé est possible dès lors que la mobilisation des ressources est acceptable, que la construction des compétences est aisée et que les efforts développés sont valorisés. Dans le cas contraire, lorsque la mobilisation des ressources est inappropriée, voire excessive, que la construction des compétences est impossible et qu'il y a absence de valorisation des efforts développés, la santé est mise à mal et le sujet se retrouve sans moyens pour la construire et la préserver. Finalement, lorsque les caractéristiques de la situation s'écartent du point zéro sur les axes, un danger pour la santé peut être envisagé.

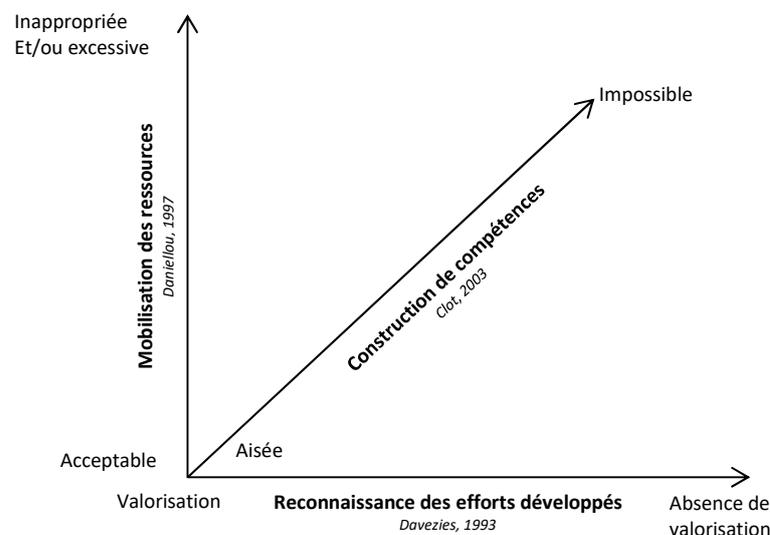


Figure 12 : Modèle triaxial de la santé au travail (Pavageau, 2005).

Il s'agit de réaliser un équilibre entre toutes ces dimensions pour assurer la possibilité de construction et de préservation de la santé au travail.

Une santé excluant toutes formes de maladies n'est pas possible et reste un idéal qui n'est jamais atteint (Dejours, 1995). A ce titre, le modèle proposé par Pavageau permet d'identifier les facteurs et d'analyser les situations qui font que la santé parfaite ne peut être atteinte, notamment dans le temps. Une limite de ce modèle est qu'il ne prend pas en compte l'état instantané de la personne (fatigue...). Cette

variable est fondamentale dans ce modèle car à ressources égales, par exemple, deux travailleurs d'un âge différent peuvent ne pas atteindre le même résultat. Le coût physique du travail pour l'un peut être plus important que pour l'autre.

3. Proactivité et reconnaissance : Moteurs de la santé

Pour renforcer certains points de vue proposés jusqu'ici, Davezies (1993) propose un modèle de la santé en trois étapes. Il indique que la première étape de son modèle de la santé consiste à ce que le sujet soit mobilisé pour atteindre les objectifs du travail. Cette mobilisation fait écho aux définitions qui indiquent que la proactivité est un des moteurs de la santé. La proactivité au travail renvoie à toutes les actions que mettent en place les employés de manière anticipée pour influencer leur travail et leur environnement professionnel (Grant & Ashford, 2008). Le sujet doit se motiver, se mobiliser personnellement pour aller à la rencontre de ses attentes. Il s'agit d'une action tout à fait personnelle que personne ne peut réaliser à sa place. La deuxième étape proposée par Davezies s'appuie sur la recherche de reconnaissance. Une fois que le sujet a œuvré à l'atteinte de ses buts, il recherche la reconnaissance à la fois de ses pairs et des bénéficiaires de son action, recherche de reconnaissance qui l'aide à construire son identité dans et par le travail. La reconnaissance peut être considérée ici comme un facteur primordial de la santé au travail puisqu'il contribue à la construction de l'identité du sujet (Lépine, 2009). La troisième et dernière étape du modèle de la santé proposé par Davezies indique que s'il existe une absence de reconnaissance, alors le sujet se mobilise pour la protection de sa santé. Il va mettre en œuvre des stratégies de défense qui vont lui permettre de pallier cette absence de reconnaissance. Ces stratégies peuvent être très diverses et variées, individuelles et/ou collectives et témoignent d'un engagement de l'opérateur dans la construction des conditions nécessaires au développement de sa santé. Elles appuient l'idée que le travailleur ne subit pas l'environnement mais l'utilise pour élaborer son propre développement.

4. Santé au travail et activité communicationnelle

De façon plus transversale, les dynamiques communicationnelles autour du travail semblent constituer un élément favorisant la préservation de la santé au travail (Detchessahar, 2013). L'importance du « pouvoir parler » au travail serait un facteur déterminant de la santé au travail, en ce qu'il permet de se positionner entre la prescription et le désir de réalisation selon des savoirs, des techniques propres à chacun. Il s'agit de parler autour de tout ce qui fait que le travail soit rendu possible.

Pour Detchessahar (2013, p. 59) :

...l'espace de discussion est le médium à travers lequel se réalise l'ensemble des arrangements, compromis et bricolages que supposent l'incomplétude de la prescription et le caractère irréductiblement erratique de l'activité concrète. Il est un espace de construction par le dialogue de solutions ou de construits d'actions collectives entre acteurs interdépendants. C'est un espace qui ouvre aux acteurs des possibilités d'énonciation des difficultés et des contradictions du travail en vue de la construction de compromis, le plus souvent provisoires, mais qui serviront pour un temps de point d'appui à l'action collective.

L'activité communicationnelle autorise l'échange entre travailleurs sur les contraintes rencontrées dans leur travail. C'est un espace d'échange qui peut être investi par chacun pour remettre en question le travail. Dans cette dynamique de construction du travail, à la fois individuelle et collective, le travailleur a la possibilité de trouver une place qui lui permet de construire également son identité.

La discussion sur le travail est un élément favorisant le développement du genre professionnel au travail qui se construit dans l'échange de ce qui interroge dans un collectif (Clot, 2008b). La possibilité de remettre en question les pratiques de ses collègues ou de se voir interpellé sur ses pratiques ouvre des espaces de réflexivité qui impactent le collectif. Ces discussions permettent au collectif, après débat, de construire des règles de fonctionnements, dites règles de métiers (Cru, 2016) qui définiront les critères de qualité partagés par l'ensemble du collectif. Ce travail sur le genre professionnel (Clot, 2008b) ne consiste pas à forcément à homogénéiser les pratiques mais plutôt à définir un cadre dans lequel chaque style individuel peut s'exprimer en étant reconnu par ses pairs. Quand l'équilibre entre le genre et le style est atteint grâce à l'activité communicationnelle, il devient un vecteur de santé puissant. *A contrario*, lorsque le genre souffre dans sa construction par une activité communicationnelle défailante, la santé peut être remise en question. Les conflits de buts sont à la source de dysfonctionnement.

Au-delà de ces propositions de compréhension de la santé et de la santé au travail, la notion de conflits de buts joue un rôle déterminant dans la préservation de la santé au travail. Étudier les conflits de buts permet de comprendre qu'au-delà des salariés, c'est aussi l'organisation qui peut être malade.

Cette dernière proposition ouvre des champs importants d'investigation à l'analyste du travail.

Ce qu'il faut retenir...

De nombreuses définitions de la santé au travail sont proposées qui ont en commun de relever que la santé est un cheminement et qu'elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie.

Les modèles proposés reposent principalement sur des relations causalistes où différentes dimensions sont prises en compte afin d'étudier leurs liens ou leurs influences sur la santé au travail, considérant systématiquement le rôle de l'environnement.

La confrontation de l'individu à son environnement, cette perpétuelle adaptabilité dans le travail, confère à l'ergonomie toute son originalité dans son aspect développemental pour le sujet. C'est exactement dans ce développement que, pour l'ergonomie, la santé se construit. Lorsque l'individu prend le dessus sur l'environnement dans lequel il évolue, en gérant les tensions, les restrictions, il a recourt aux marges de manœuvre à sa disposition ou qu'il se crée. La santé se construit et se préserve par l'accès à ces marges de manœuvre, espace d'expression mais aussi outil de liberté pour le travailleur. Elles permettent la régulation et la maîtrise par de nouvelles stratégies de contrôle et d'action qui favorisent le développement des capacités et des compétences. En agissant sur l'environnement, le travailleur contribue à la construction de sa santé.

Pour Davezies (1993), la santé peut être approchée selon trois considérations : 1 – la mobilisation du sujet, 2 – la recherche de reconnaissance et 3 – la mise en œuvre de stratégies de défense. De Montmollin (1993) indique qu'il est indispensable de disposer de compétences et de ressources cognitives pour construire et maintenir sa santé. Quand pour Dejours (1995), la santé est considérée comme une normalité subjective. Pour Pavageau (2005), le modèle de la santé est triaxial : axe 1 – La mobilisation de ressources, axe 2 – la construction de compétences et axes 3 – la reconnaissance des efforts développés. De son côté, Detchessahar (2013) envisage la construction et la préservation de la santé au travail en passant par les dynamiques communicationnelles. Parler du travail, au travail contribuerait à la préservation de la santé au travail. Pour finir, Raybois (2014) insiste sur la relation du sujet avec son environnement pour considérer la santé au travail.

L'ensemble des modèles proposés met en relief l'importance du rôle de l'environnement dans l'activité de travail. Les propositions de l'APE quant à un environnement objectif et un environnement subjectif mettent en exergue l'écart de perception entre ces deux environnements pour les opérateurs. Nous retiendrons cette notion d'écart de perception qui nous paraît fondamental dans l'approche que nous suivrons dans ce travail de recherche en mettant de côté toutes les propositions « Stimulus-Réponse ».

Chapitre 5 - Pouvoir d'agir dans le travail

Le pouvoir d'agir est une notion qui a pris de l'ampleur ces dernières années pour éclairer le vécu de l'homme au travail. Il a été développé autant en ergonomie qu'en psychologie du travail notamment pour alimenter les théories sur les boucles de régulation.

Dans un premier temps, nous allons présenter plusieurs définitions de ce qu'est le pouvoir d'agir. Nous le distinguerons, en suivant, des notions de savoir agir et de capacité d'agir. Puis, nous expliquerons en quoi il est un outil intéressant pour comprendre ce qui a trait à l'empêchement dans le travail et qui peut être créateur de souffrance. Nous continuerons en réfléchissant aux modalités selon lesquelles le pouvoir d'agir peut être développé dans le travail. Pour finir, nous envisagerons comment le pouvoir d'agir peut constituer une introduction à l'approche par les capacités.

Ces trois approches ne diffèrent pas catégoriquement les unes des autres. Elles placent chacune le sujet au cœur de l'action, considérant que des ressources sont à sa disposition pour réaliser le travail. La question est alors de savoir si ces ressources sont mobilisables et comment le sujet les rend mobilisables et opérationnelles dans la situation de travail. Il nous paraît particulièrement intéressant d'étudier comment ces notions se complètent et s'enrichissent pour comprendre comment le pouvoir d'agir peut être un déterminant de la préservation de la santé au travail. C'est ce que nous proposons de présenter dans le chapitre suivant.

Dans le travail, et au sein même d'une organisation, les buts généraux peuvent être partagés par l'ensemble des acteurs et des parties prenantes de celle-ci. Pour ce qui concerne les buts plus particuliers, relatifs à un travailleur ou un collectif au sein de l'organisation, les buts peuvent se différencier. Si l'on prend l'exemple de l'hôpital pour illustrer ce principe, le but commun recherché sera d'apporter un système de santé performant et fiable à l'ensemble de la population du secteur de l'hôpital. Cependant, la lecture de ce but peut être très différente selon que l'on se place du point de vue du gestionnaire ou du point de vue du soignant.

Ces dernières années, l'hôpital est une organisation qui a muté pour devenir un organisme gestionnaire de ressources financières. Pour le gestionnaire, l'atteinte de la performance et de la fiabilité passe par un équilibre des comptes financiers. Pour le soignant, ses résultats en termes de performance et de fiabilité résident dans la prise en charge la plus sécuritaire possible de ses patients, passant par une conception personnelle de ce que sont les soins à dispenser pour que le patient ait une expérience des plus favorables de son passage à l'hôpital. Le coût financier n'est alors par le souci principal du soignant, bien qu'il y apporte une attention relative. Les buts du gestionnaire et du soignant peuvent alors entrer en conflit. Le gestionnaire

ayant le dernier mot sur les dépenses à engager, le soignant peut voir son travail entamé ou empêché par la logique financière (Clot, 2006b). Un conflit de but récurrent peut s'installer dans cette relation qui devrait être complémentaire. La santé du soignant, par son travail empêché serait alors mise à mal. Le problème principal de ces conflits de buts est qu'ils n'ouvrent par le débat sur le travail. Les conflits ne sont alors ni reconnus, ni débattus (Petit, Dugué & Daniellou, 2011) et cette absence de débat sur les conflits amène à une dissociation des buts entre l'organisation et l'opérateur. Le travailleur se retrouve alors à gérer des injonctions paradoxales (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1975) mettant à mal sa gestion des variabilités qui va devenir difficile voire impossible.

Cette proposition nous intéresse dans le développement futur de cet exposé en ce qu'elle soumet un changement de positionnement. L'idée que les salariés sont malades parce qu'ils n'arrivent pas à se soumettre à l'organisation, deviendrait que les salariés sont malades parce que l'organisation elle-même serait malade. Tout ce qui dysfonctionne en elle, tout ce qu'elle oppose en termes de contraintes serait à l'origine de la souffrance des travailleurs. Un tel postulat entraîne finalement un changement de paradigme important qui consiste à dire qu'il ne s'agit pas seulement de s'intéresser à la santé au travail mais de s'intéresser à la santé du travail. Cette perspective que nous avons choisi de suivre, interroge la réalisation du travail dans un environnement qui favorise ou pas son développement. Il n'est plus simplement question d'observer les conditions de travail mais de porter l'attention sur l'ensemble des facteurs qui fait que le travail est vecteur de santé. C'est le regard croisé de l'ergonomie et de la clinique de l'activité qui va aider à observer cette construction et préservation de la santé. Les modèles « réactionnels » retenus par Althaus, Kop et Grosjean (2013), reposent principalement sur le processus de relations causalistes or nous avons vu qu'ils semblent limiter une approche centrée davantage sur la proactivité du travailleur. Le travailleur doit-il toujours se positionner en réponse à ce que l'environnement ou le travail lui propose ? Pourquoi ne pourrait-il pas se positionner en véritable acteur, c'est-à-dire en agent agissant sur son environnement et son travail pour arriver à construire et préserver sa santé au travail ?

1. Développement et autonomie dans le travail

L'idée de développement, selon Sen, est menée par l'idée première de liberté (Sen, 2000). Dans le sens commun du terme, se développer correspondrait à la capacité d'évoluer, de changer pour le mieux. Cette recherche de mieux touche tous les aspects de la vie de l'individu et porterait une résonance particulière dans la vie professionnelle de celui-ci.

Selon Sen (2000), l'objectif principal du développement humain réside dans la possibilité d'expansion des libertés réelles. Ces libertés sont valorisées par l'individu

et conduisent à mener le type de vie désiré par l'individu. Cette proposition sous-entend qu'il existe des libertés et qu'elles soient bien réelles. L'accès à ces libertés est finalement de permettre aux individus d'être en mesure d'effectuer des choix selon un panel plutôt large de possibilités (Vidal-Gomel, Rachedi, Bonnemain & Gébaï, 2012). Idéalement, ces choix devraient être infinis, pouvant même évoluer avec le temps. Les choix pressentis par les individus peuvent être très éloignés de considérations de revenus ou de croissance. Certains rechercheront un meilleur accès à la connaissance, d'autres une meilleure alimentation, ou encore bien d'autres sujets tels que : des meilleurs services de santé, une meilleure sécurité de vie, une meilleure protection contre le crime ou la violence physique, des temps de loisir satisfaisant, des libertés politiques et culturelles... Le développement aurait alors pour objectif de faciliter la création d'un environnement qui permettrait aux personnes de bénéficier de vies longues, saines et créatives (Haq & Ponzio, 2008). Cette proposition de définition du développement humain fait écho aux propos de Canguilhem (1947, p. 395) : « L'idée que vivre n'est jamais subir le milieu est essentielle pour comprendre le développement de l'homme ».

Mayen et Olry (2012) proposent une définition du développement en trois points. Le premier serait que le développement peut être abordé comme la transformation des relations qu'une personne entretient avec son environnement. Le deuxième point à prendre en considération serait que les relations entre la personne et son environnement ne sont plus figées dans un état historique mais peuvent être amenées à évoluer, à changer. L'individu n'est plus soumis à l'environnement mais pourrait avoir une influence sur lui. Les interactions individu/environnement seraient plus constructives que subies (activités possibles avec l'environnement, capacités pour agir, modes de pensée...). Le troisième point serait relatif à la manière de se percevoir dans l'apprentissage : l'expérience des situations permet de se développer en apprenant d'elles.

Dans de nombreuses disciplines, dont l'ergonomie, l'intérêt est porté de plus en plus sur les facteurs, qui dans une situation de travail, peuvent être sources d'apprentissage et de développement (Villemain & Lémonie, 2014). Le développement récent de la Qualité de vie au travail a participé grandement dans les organisations à favoriser cette recherche de développement au travail. Uwamariya & Mukamurera (2005, p. 148) considèrent le développement professionnel comme : « ...un processus de changement, de transformation, par lequel les individus parviennent peu à peu à améliorer leur pratique, à maîtriser leur travail et à se sentir à l'aise dans leur pratique ». Ainsi, le développement professionnel devient un objet d'analyse pour les analystes du travail et concerne les relations entre un individu, la configuration de ses modalités d'action et son environnement professionnel (Fernagu-Oudet, 2016). C'est dans ce cadre d'analyse que le développement professionnel peut être investigué. Ces trois éléments dépendent les uns des autres et

permettent d'avoir une compréhension approfondie du développement professionnel.

1.1. De la recherche de solutions à la construction de l'autonomie

Dans le cadre de cette activité développementale, le travailleur est appréhendé comme reconstruisant sa tâche, s'engageant dans une activité de recherche de solutions. La possibilité de trouver et de mettre en œuvre ces solutions participe à valoriser le travailleur. Il agit de lui-même, retravaillant les prescriptions descendantes (Daniellou, 2002). Ainsi, il développe un savoir-faire et par-là des compétences. Ce savoir-faire et ces compétences deviennent des ressources privilégiées dans la construction de l'autonomie du travailleur (Villemain & Lémonie, 2014).

L'autonomie consiste donc dans un rapport entre un travailleur et l'acte même de travail qui se construit dans la rencontre des aptitudes du travailleur et des possibilités offertes par l'environnement. C'est dans la réalisation du travail que l'autonomie se manifeste. Le travailleur a 1 – le choix des moyens d'action et 2 – le choix dans la façon d'atteindre un objectif défini au départ par autrui (Zimmermann, 2008). L'autonomie est à distinguer de la liberté qui pourrait être définie comme la possibilité de faire des choix en fonction du contexte naturel et légal (Aron, 1998). L'autonomie apparaît ainsi comme une activité qui peut se construire indépendamment de l'environnement. Fernagu-Oudet (2016) indique que l'autonomie s'envisage selon deux dimensions : 1 – une capacité à peser sur les décisions et 2 – une capacité à choisir les modes opératoires et à en expérimenter des nouveaux. En ergonomie comme en psychologie du travail, l'autonomie est vue comme 1 – la liberté de choix sur les modes opératoires, 2 – la possibilité d'action, notamment sur l'organisation de la tâche et 3 – la possibilité de discussion sur l'organisation et les conditions de travail. Ces propositions ont toutes un point commun : le travailleur se saisissant de son travail demeure l'acteur principal de celui-ci. La prescription, même si elle ne peut être évitée ni ignorée est reléguée à une place moindre. Le centre de la question devient le travailleur et son développement professionnel personnel au travail.

2. Pouvoir d'agir et notions connexes

Fernagu-Oudet (2014 a), s'inspirant de Renaud (1995) définit le pouvoir d'agir ainsi :

Ce dernier exprime l'exercice effectif d'un pouvoir d'action dépendant à la fois des opportunités offertes par l'environnement et des capacités des personnes à exercer ce

pouvoir – les compétences, mais aussi le désir d’agir, la perception des opportunités d’action, la capacité de projection...

En 2016, elle complète sa définition en indiquant que celui-ci consiste pour le travailleur à pouvoir réaliser tout ce qui susceptible de l’être dans des conditions particulières, caractéristiques de la réalité et de la singularité des situations dans lesquelles le travail est réalisé. Ainsi, le pouvoir d’agir apparaît comme un indicateur particulier du champ des possibles du travailleur. Les ressources proposées par l’environnement jouent donc un rôle prépondérant ainsi que la capacité du travailleur à utiliser ce pouvoir d’agir. Finalement, la définition proposée par l’auteur est que le pouvoir d’agir est « la possibilité pour les individus d’avoir une prise sur les situations qu’ils rencontrent et de se développer grâce à elles » (p. 269).

Pour De Munck & Zimmermann (2008), le pouvoir d’agir est un facteur de développement de l’homme au travail en ce qu’il permet à l’individu de se réaliser. Le travailleur est mis face à un ensemble de possibilités d’agir et de possibilités de choisir qui interagissent. L’accès à l’agir et au choisir représente des orientations d’actions bénéfiques à la réalisation du travail. Le travailleur se trouve en situation d’exercer une liberté de choix qui ouvre des possibles dans son activité. D’un autre côté, Gouedard & Rabardel (2012, p. 3-4) porteurs de la théorie instrumentale, font une distinction entre capacité d’agir et pouvoir d’agir. Ils définissent le pouvoir d’agir comme étant « ce qu’il [le sujet] lui est possible effectivement de faire, compte tenu des caractéristiques concrètes et singulières des situations dans lesquelles il réalise son travail et déploie son activité ». On constate ici que le pouvoir d’agir constitue une possibilité pour le travailleur d’investir l’activité en y donnant un sens construit par son investissement personnel, les représentations qu’il se fait du travail bien fait, en suivant les règles décidées par le collectif de travail. Le sens à l’origine du pouvoir d’agir est renforcé par l’efficacité des choix effectués (Clot, 1999).

Le savoir agir se limite aux acquis de l’expérience. Il est constitué des apprentissages appréhendés et appropriés au fur et à mesure de la réalisation du travail (Fernagu-Oudet, 2001). Le pouvoir d’agir dépasserait le savoir agir en ce qu’il l’opérationnalise dans la réalité, en situation réelle. Le savoir, en rencontrant la réalité du travail et la nécessité pour le travailleur d’entrée en activité productive, devient un pouvoir d’agir (Fernagu-Oudet, 2016).

Enfin, la capacité d’agir définit tout ce qu’un travailleur est capable de faire dans les différents domaines qui composent son activité (Fernagu-Oudet, 2016). Le travailleur possède un ensemble de ressources qui fait partie intégrante de ses capacités d’agir. Elles traduisent ce qu’il est capable de faire dans ses différents domaines d’activité (Rabardel, 2005).

Ces quelques définitions démontrent une gradation dans l'agir : un savoir est acquis, il devient une capacité par appropriation puis évolue vers un pouvoir opérationnel dans la réalité, de l'activité du travailleur. Le pouvoir d'agir questionne l'agir compétent, c'est-à-dire l'agir dans l'action, plutôt que les compétences détenues par le travailleur.

2.1. Le genre professionnel dans le pouvoir d'agir

Pour Clot (2008b, p. 30), le pouvoir d'agir s'exprime à travers la construction et le maintien du genre professionnel dans le collectif de travail. Il écrit à ce propos que « Le genre professionnel est un élément décisif du pouvoir d'agir », et ce dernier est présenté comme un troisième élément essentiel après le prescrit et le réel. Il s'agit des « obligations » que partagent les opérateurs qui travaillent ensemble pour arriver à accomplir le travail qui leur est demandé. Il s'agit d'une ressource construite en collectif et qui parfois dépasse la prescription du travail, autrement dit, une reconstruction du travail par ceux qui sont appelés à le réaliser. Ils n'en sont pas les concepteurs nominaux mais deviennent des « retravailleurs » de la norme pour la rendre viable dans l'activité de travail. Cette reconstruction de la prescription s'effectue dans le respect de règles communes portées par le collectif de travail. Les « obligations » dont parle Clot, sont des règles de métier choisies et élaborées par le collectif pour arriver à travailler malgré les prescriptions ou les difficultés rencontrées dans le travail. Cet engagement dans le collectif a de réelles conséquences sur le sujet. Clot (2008b) déclare à ce sujet que c'est lorsque le sujet travaille avec les autres dans des relations coopératives ou collaboratives qu'il se transforme. Cette transformation peut même aboutir pour Clot à une déformation dans le sens où le style de l'opérateur peut être amené à changer.

La transformation commence dès que le sujet entre en contact avec le travail. Clot (2008b, p. 46) écrit : « Les opérateurs au travail ne résolvent pas des problèmes mais commencent par les construire ». En effet, dès que le sujet fait face aux prescriptions qui lui sont adressées pour réaliser le travail, il les saisit et les retravaille, les transforme et finalement construit les problèmes plutôt que d'essayer de les résoudre de par son engagement dans l'activité. S'il se contentait de répondre simplement aux questions, le sujet serait ramené à un exécutant sans engagement de lui-même dans son travail. Nous avons vu précédemment que le sujet fait face à son travail, aux prescriptions en convoquant son expérience pour reconstruire son travail et atteindre ses objectifs propres, autant que ceux de l'organisation.

2.2. Le style professionnel

Le genre, même s'il produit des « obligations » liant le collectif, n'est pas un élément immuable. Si c'était le cas, il se présenterait au sujet comme une prescription supérieure que s'imposerait le sujet alors qu'il doit se servir du collectif pour reconstruire le travail. Pour que le genre ne soit pas immuable, et pour se créer des marges de manœuvre, le sujet va prendre ses distances avec le genre, en y restant attaché mais en revendiquant sa capacité créatrice face au travail. Il s'agit pour le sujet de créer son propre style professionnel. Les styles, selon Clot (2008b, p. 109) : « sont le travail des genres en situation et les genres, du coup, le contraire d'états fixes. Mieux, ils sont toujours inachevés ».

Avec ces deux notions de genre et de style, le pouvoir d'agir peut être beaucoup mieux appréhendé. Il s'agit de la capacité donnée à l'individu de vivre son travail dans le cadre construit avec ses pairs et d'y exprimer son propre style professionnel, le démarquant de ses pairs mais par des compétences reconnues.

2.3. Débats et empêchement dans le travail

L'analyse du travail se concentre particulièrement sur le contenu même du travail réalisé. Pourtant, dans le travail, le problème peut être autant ce que réalise les travailleurs que ce qu'ils aimeraient faire et ne le peuvent pas (Clot, 2006a). Le pouvoir d'agir est abîmé en ce qu'il existe un empêchement, des tensions ou encore des conflits dans la réalisation du travail. Il est montré que cet empêchement peut inférer négativement sur la santé. Les travailleurs éprouvent de la difficulté à remplir leur rôle dans l'organisation et un certain ressenti de mal-être apparaît en suivant. Pour Clot (2008b), l'empêchement fait obstacle à l'action, et constitue un véritable blocage au pouvoir d'agir. Pour favoriser la présence de ce pouvoir d'agir, l'organisation doit permettre au travailleur de pouvoir débattre qui consiste pour les travailleurs à pouvoir parler de leur travail : faire remonter les difficultés rencontrées dans le travail, participer à la conception de la prescription,... (Benion, 2010).

Le pouvoir d'agir se développe dans l'action (Coutarel et al., 2015), action consistant à avoir des occasions durant lesquelles des prises d'initiatives sur la création de nouveaux objectifs, de nouvelles normes, de nouveaux destinataires et/ou de nouveaux instruments de l'activité vont avoir lieu (Clot, 2008b). Ainsi, ce modèle du pouvoir d'agir repose sur différents éléments en relation : le sujet, autrui et l'objet, médiatisés par un instrument. Le développement du pouvoir d'agir permet donc au sujet d'avoir une emprise bénéfique sur l'objet et les instruments mobilisés dans l'activité. Le travailleur peut ainsi réorienter ses buts en retravaillant les normes et les instruments à mettre en œuvre.

2.4. Pouvoir d'agir : prémices à l'approche par les capacités

Avec le pouvoir d'agir, l'action du travailleur ne se décide plus uniquement par les compétences qu'il a acquises durant sa carrière. La réalisation du travail ne peut plus être considérée que comme l'exercice d'un savoir intrinsèque à l'opérateur mais fait appel à l'environnement comme ressource dans l'activité du travailleur. La richesse de l'environnement vient en support à l'activité du travailleur. Ainsi, l'organisation ne peut plus être seulement considérée comme apprenante ou même qualifiante mais propose une autre dimension en ce qu'elle est capacitante. Elle peut donner au travailleur la possibilité de mettre en œuvre ses connaissances dans la réalité du travail. Cette fonction capacitante sera reprise plus longuement dans la suite de ce travail. L'organisation délaisse les compétences comme vues jusqu'ici pour ouvrir le champ aux capacités et capabilités. Ce faisant, les apprentissages passent d'un développement du savoir agir au développement du pouvoir d'agir (Fernagu-Oudet, 2012a).

2.5. Le pouvoir d'agir et marges de manœuvre

Pour Morvan, Delecroix & Quillerou (2015, p. 55) reprenant Clot (2008b), le pouvoir d'agir consiste à permettre au sujet d'élargir le champ de ses actions dans le travail, d'avoir une influence sur son milieu et de se donner des marges de manœuvre pour arriver à mener à bien ses actions. Il s'agit pour le sujet de s'approprier une tâche en mettant en œuvre toutes les ressources à sa disposition (intrinsèques ou extrinsèques) pour mener une action et en voir sa réalisation. Clot et Simonet (2015) présentent le pouvoir d'agir, nous l'avons relevé précédemment, comme un processus favorisant l'action du sujet, renforcée par les interactions collectives construites, et produisant du sens. Le pouvoir d'agir dans l'activité est donc reconnu comme source du développement des marges de manœuvre. Dans ce cadre, le sujet préserve sa santé en agissant sur la situation, en ayant du pouvoir sur la situation. Dans la figure 13, les auteurs proposent une modélisation de la relation entre les pouvoirs d'agir et les marges de manœuvre (Clot & Simonet, 2015, p. 45).

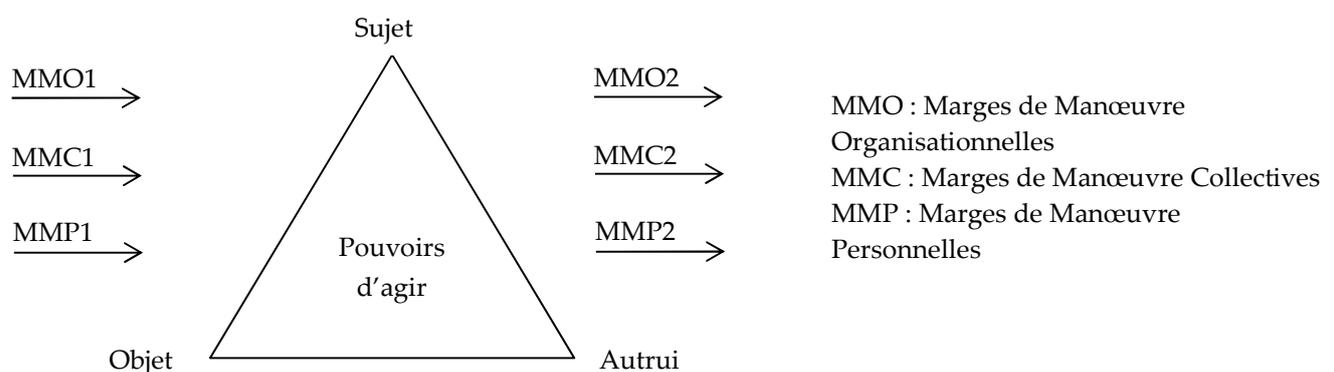


Figure 13 : Pouvoirs d'agir et marges de manœuvre.

Les marges de manœuvre utilisées et/ou construites par le sujet contribuent ainsi à la réalisation du travail, nourrissant le pouvoir d'agir. L'expérience du travail réussie enrichit les compétences et les capacités du travailleur, lui permettant, dans l'avenir de pouvoir faire face au même type de situation, tout en mobilisant si nécessaire, de nouvelles marges de manœuvre, qui elles aussi à leur tour, enrichiront le savoir du sujet sur le travail. Ce système dynamique constitue un système développemental qui participe à augmenter le pouvoir d'agir et à favoriser la construction de la santé au travail.

Ce qu'il faut retenir...

La notion de développement est très souvent synonyme de changement, de transformation et de liberté. Cette liberté s'exprime particulièrement dans la possibilité d'effectuer des choix.

Pour Mayen & Olry (2012), le développement pourrait être considéré selon trois points : le premier serait que le développement serait la transformation des relations qu'une personne entretient avec son environnement. Le deuxième point serait que les relations entre la personne et son environnement ne sont plus figées dans un état historique mais peuvent être amenées à évoluer, à changer. Le troisième point serait relatif à la manière de se percevoir dans l'apprentissage : l'expérience des situations permet de se développer en apprenant d'elles.

Le développement professionnel est une préoccupation importante notamment dans le cadre de la Qualité de vie au travail. Il concerne les relations entre l'individu, son environnement et ses modalités d'action. Il permet au travailleur de construire de nouveaux modes opératoires traduisant la liberté à laquelle il a eu accès pour choisir ses modes d'actions et son organisation de la tâche. Ces choix et ces possibilités traduisent le niveau d'autonomie atteint par le travailleur.

Le pouvoir d'agir s'exprime dans la construction du genre professionnel. Les notions de savoir agir, de capacité d'agir et de pouvoir d'agir ne s'opposent pas mais se complètent, le pouvoir d'agir étant un pouvoir d'action dans l'action.

Les ressources proposées par l'environnement jouent un rôle prépondérant dans la construction et l'utilisation du pouvoir d'agir positionnant ainsi le pouvoir d'agir comme un facteur important du développement de l'homme au travail. Il donne du sens et de l'efficacité au travail. Aussi, l'empêchement au travail témoigne d'un blocage du pouvoir d'agir et porte atteinte à la santé du travailleur.

Le pouvoir d'agir est à la base de l'approche par les capacités car il transforme l'organisation, la faisant passer du stade d'organisation apprenante à celle d'organisation capacitante.

Dans le cadre de notre approche, nous retiendrons l'importance du rôle des ressources de l'environnement et de l'opérateur ainsi que du pouvoir d'agir comme source de développement dans l'activité de travail.

Chapitre 6 – Des compétences aux environnements capacitants : l’approche par les capacités pour envisager la santé au travail.

1. Approches multidisciplinaires et positionnement du travail de recherche

L’approche par les capacités a été régulièrement présentée dans différentes disciplines des sciences humaines, selon que les auteurs désiraient appuyer leur argumentation du développement de l’homme au travail ou dans la société. Ainsi en science de l’organisation, Begon et Mairesse (2013) utilisent la notion de capacités pour étayer la nécessité de création dans le travail, élément, selon eux, nécessaire au développement du sujet travailleur. En science du comportement, Brysson et Merritt (2007) insistent sur le développement indispensable des capacités pour favoriser le développement au travail. Le Boterf (2006) en sciences de l’éducation et De Munck (2008) en sociologie, présentent les capacités comme étant un élément incontournable pour l’action, venant ainsi soutenir le pouvoir d’agir, promoteur de la santé au travail. Les ergonomes tels Falzon (1992), Chatigny (2001), Gaillard (2013) ou encore Valléry et al. (2013) proposent une vision des capacités à travers les ressources opératoires qu’elles offrent pour soutenir l’activité. Elles s’inscrivent comme éléments de développement dans le cadre d’un environnement capacitant portant le pouvoir d’agir en faveur du développement et de la préservation de la santé au travail. Ce positionnement est soutenu par les psychologues du travail comme Lancry (2013) ou encore Clot (1999) qui développent régulièrement des travaux communs avec les ergonomes.

Dans ce travail de recherche, nous nous sommes fortement appuyés sur les travaux de Fernagu-Oudet. Son positionnement de sociopédagogue en science de l’éducation l’a poussé à développer ses recherches en lien avec l’organisation et les apprentissages mais aussi avec la didactique professionnelle, la psychologie du travail, la sociologie des organisations, l’ergonomie et les sciences de l’organisation. Cette approche multidisciplinaire l’a amené à une analyse approfondie des mécanismes à l’œuvre dans l’approche par les capacités. C’est en nous appuyant sur le fonctionnement de ces mécanismes que nous avons traité le sujet de notre recherche à savoir le développement des conditions de construction et de préservation de la santé au travail des personnels hospitaliers en approfondissant le rôle des facteurs de conversion dans le pouvoir d’agir. Ce choix de positionnement ne fait qu’accentuer l’originalité de ce travail de thèse en ergonomie qui repose au départ sur une théorie proposée par un économiste, éclairée par une sociopédagogue, pour apporter un nouvel éclairage sur la clinique de l’activité et l’activité de travail.

2. Approche par les compétences

2.1. Définitions multiples des compétences

Les compétences constituent un construit cognitif (Aubret, 1993) et sont utilisées depuis longtemps pour se référer à un niveau défini d'efficacité économique et de performance (Gilbert, 2006). Les systèmes mis en place pour les développer ont, entre autres, pour objectif d'élargir la gamme des choix futurs. Dans cette acception, elles ont depuis longtemps servi à effectuer des choix lors de recrutement : mise en concurrence, sélection, élimination... (Salais, 2009) ou lors des choix ou des réorientations de carrière.

Pour De Montmollin (1984, p. 122), elles constituent un : « ...ensemble stabilisé de savoirs et savoir-faire, de conduites types, de procédures-standards, de types de raisonnements, que l'on peut mettre en œuvre sans apprentissage nouveau ». Salais (2009, p. 4) élargit cette proposition en incluant les notions d'autonomie et de réalisation du travail définies en écrivant : « La compétence se focalise sur l'autonomie individuelle au travail, dans le lieu et dans l'instant étroitement définis où le travail prescrit s'effectue ». La limite de cette définition se situe dans le rapport sous-entendu à la prescription. Nous savons que le travailleur s'engage dans une opération de reconstruction de la tâche prescrite pour se l'approprier et la faire sienne. Ainsi, juxtaposer certaines compétences précises à une tâche définie ne traduit pas la réalité d'un travailleur qui va peu avoir recours à des compétences qu'il possède et non énumérées dans la prescription. Zimmermann (2008, p. 117) décrit ainsi l'approche par les compétences :

La démarche compétence, telle qu'elle est mise en œuvre par les entreprises, tend d'abord à satisfaire des besoins de flexibilité et d'adaptabilité en vertu d'une conception essentiellement instrumentale de l'employabilité. Elle apporte une réponse à l'impératif économique de réactivité et d'ajustement en juste à temps, mais fait peu de place aux préférences et à la latitude de choix personnels, plus largement à la dynamique temporelle et sociale des parcours individuels.

La gestion du travail par les compétences a donné lieu à l'apparition de référentiels de compétences ou des portefeuilles de compétences. Ils sont toutefois dépourvus de la réalité du travail (incluant les contraintes et les aléas rencontrés par les travailleurs). Les compétences sont rendues évaluables sans tenir compte que les situations où elles sont utilisées peuvent être très variables même si au départ elles semblent identiques. Ainsi, les compétences décrites ne reflètent pas la variabilité des situations rencontrées.

Les définitions proposées par les auteurs ayant travaillé sur les compétences s'articulent autour de deux paradigmes. Le premier considère les compétences

comme étant un état alors que le second le considère comme un processus. La compétence est un savoir-agir en situation. Pour (Fernagu-Oudet, 2012b), la compétence se construit dans l'action en situation. Cette proposition limite l'acceptation générale de la compétence qui serait un outil mobilisable à tout moment et dans toutes les situations rencontrées par le travailleur. C'est cette considération qui est la plus souvent rencontrée dans les exercices de recrutement. Les compétences font l'objet d'une liste de « savoir-faire », hors contexte (situation), étant considérées à ce titre comme un résultat et non comme un processus (voir figure 8). C'est là que se situe la difficulté majeure pour les recruteurs. La compétence considérée comme résultat offre la possibilité d'être observée alors qu'en tant que processus elle reste peu visible, voire invisible. C'est le « savoir-combiner » du travailleur qui reste au cœur de la compétence (Fernagu-Oudet, 2001). Le « savoir-combiner » se rapporte au savoir, au vouloir et au pouvoir du travailleur en action, qu'il va structurer en ressources (Le Boterf, 2006).

Pour Batal & Fernagu-Oudet (2013, p. 41), les compétences sont : « ...le résultat de la combinaison de ressources internes à l'individu (motivation, savoirs, expérience, etc.) et de ressources externes à ce dernier (moyens, techniques, information, relations, équipe de travail, organisation du travail, etc.) ».

Minet (1994, p. 23) décrit la compétence comme n'étant « qu'une manière efficace de comprendre un problème, de le résoudre avec élégance et célérité ».

Tardif (1994, p. 34) quant à lui, la considère comme :

...un système de connaissances déclaratives (le quoi), conditionnelles (le quand et le pourquoi) et procédurales (le comment) organisées en schémas opératoires et qui autorisent, à l'intérieur d'une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes, mais également leur résolution efficace.

De Montmollin (1996, p. 122) identifie les compétences comme « des ensembles stabilisés de savoirs et de savoir-faire, de conduites types, de procédures standards, de type de raisonnement que l'on peut mettre en œuvre sans apprentissages nouveaux ». Levy-Leboyer (1996) les qualifie de « répertoires de comportements », Turpin (1995, p. 76) de « capacités à sélectionner et à fédérer en un tout applicable à une situation, des savoirs, des habiletés et des attitudes », Minvielle (1997) de « dispositions portées par un individu », Wittorsky (1994, p. 60) « de mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'acteur de la situation », Vergnaud (1994) de « connaissances en acte », Leplat (1996) de « savoirs incorporés », Perrenoud (2004) de « mobilisation de ressources cognitives et de schémas opératoires », Malglaive (2005, p. 275) de « savoirs en usage désignant une totalité complexe et mouvante, mais structurée, opératoire, c'est-à-dire ajustée à l'action ».

Les définitions sont nombreuses et toutes aussi pertinentes à considérer les unes que les autres. Elles mettent en exergue le côté opératoire de la compétence ainsi que le rôle du travailleur dans la construction et la mobilisation de la compétence. Ce qui ressort c'est que la compétence peut être considérée par les uns comme état alors que les autres la considéreront comme un processus (Fernagu-Oudet, 2001).

Le Boterf (1998, p. 22) écrit que :

la compétence est une construction, le résultat d'une combinaison pertinente entre plusieurs ressources. Ces ressources relèvent d'un double équipement dans lequel la personne peut puiser pour construire ses compétences : l'équipement incorporé à la personne (connaissances, savoir-faire, aptitudes, expérience, motivation, valeurs...), et l'équipement de son environnement (réseaux relationnels, instruments, banques de données...). Ce double équipement constitue un patrimoine pouvant être plus ou moins développé et utilisé.

Ainsi posé, les compétences sont considérées comme des ressources à l'action. Elles jouent un rôle essentiel dans toute la conception du travail. Elles viennent en support à l'approche par les capacités qui sera discutée plus longuement un peu plus loin.

Les compétences sont plus précisément ce que Le Boterf (2011) appelle « des combinatoires » de ressources. Elles sont matérielles, cognitives, techniques, humaines, informationnelles, scientifiques, pratiques, managériales, etc. Elles ont la capacité de se réorganiser selon les situations rencontrées, de leur disponibilité et de leur usage. Ces combinatoires dépendent également de la singularité de chaque individu (Coutarel, Daniellou & Dugué, 2003) dans la manière dont il s'en saisit au cours de l'action, étayant le pouvoir d'agir par le développement de marges de manœuvre et d'ouvrir des possibles, favorisant la construction et le préservation de la santé au travail.

2.2. Les compétences au travail : Savoirs et expérience au travail

Il est classique de souligner que l'expérience du travail et l'organisation du travail produisent des pratiques professionnelles particulières, typiques et spécifiques à la situation rencontrée. Le travailleur, dans son expérience du travail doit résoudre des problèmes qu'il aura identifiés. Ainsi, par cette confrontation au réel, il tire des leçons de son expérience, qui lui permettent de prendre conscience du sens et de la manière dont il agit dans le travail (pourquoi et comment). Ces « leçons » vont également optimiser et corriger ses schèmes d'action et c'est ainsi que le travailleur pourra développer ses compétences. Autrement dit, le travail aide le travailleur à développer des savoirs multiformes (Fernagu-Oudet, 2004). Le savoir au travail va, selon Fernagu-Oudet (2004, p. 122), « faire évoluer les pratiques, guider et orienter

l'action et alimenter les compétences ». Il se décline en plusieurs types comme indiqués dans le tableau 2 en suivant.

Tableau 2; Types de savoirs et fonctions selon Fernagu-Oudet (2004).

TYPE DE SAVOIRS	FONCTION
Savoirs théoriques, scientifiques ou savants	Savoir comprendre Savoir interpréter
Savoirs procéduraux, appliqués ou opératifs	Savoir comment faire Savoir comment procéder
Savoirs environnementaux, contextuels	Savoir s'adapter Savoir se comporter Savoir comprendre
Savoir actionnable, pratique ou en usage	Savoir tirer des enseignements de sa pratique Savoir savoir ou savoir apprendre à apprendre Savoir caractériser, savoir diagnostiquer pour savoir transférer
Savoir-faire et savoir-faire procéduraux, savoir applicable, savoir de l'ingénieur	Savoir quoi faire, Savoir que faire Savoir procéder
Savoir-faire expérientiels, d'action, implicites ou empiriques, savoirs pratiques, savoir de l'artisan	Savoir y faire Savoir réagir
Savoir-faire sociaux, savoir-faire relationnels	Savoir se comporter Savoir se conduire
Savoir-faire cognitif	Savoir traiter de l'information Savoir raisonner Savoir comprendre Savoir analyser

Sans finalité pratique, les savoirs théoriques servent à orienter l'action. Ils n'indiquent pas ce qui est à mettre en place dans l'action et ne possèdent aucune prescription d'utilisation. Ils sont aussi appelés « savoirs scientifiques » ou « savoirs savant ». Leur finalité est d'apporter une information : « savoir que ». Leur rôle est purement explicatif, sans finalité pratique. En orientant l'action, ils vont permettre la construction de représentations opératoires et aider le travailleur à rendre possible la formulation d'hypothèses (Fernagu-Oudet, 2001).

Les savoirs procéduraux, quant à eux définissent les règles de l'action en indiquant comment il faut s'y prendre pour accomplir le travail. Ils indiquent la façon de faire et aide le travailleur à agencer les procédures liées à la réalisation du travail. Pour Fernagu-Oudet (2001), ces savoirs portent sur la distinction entre le savoir comment ça marche et le savoir comment faire marcher. Pour Chatigny (2001), les savoirs professionnels recouvrent les savoirs organisationnels et relationnels. Il s'agit des savoirs « stratégiques » : savoir gérer la marge de manœuvre, savoir mobiliser un répertoire de ressources, savoir apprendre, mobiliser les savoir-faire de prudence... Les savoir-faire procéduraux décrivent des procédures, des méthodes, des règles de travail, ces savoir-faire sont des savoirs opératifs. Ils sont mis en œuvre dans la réalité et se confrontent à l'activité de travail. Le savoir-faire du travailleur va

consister, dans le temps et le développement de son expérience, à élaborer un répertoire d'actes qui permettront la réalisation d'une action donnée. Dans la réalité du travail, et comme indiqué plus haut dans cet exposé, il existe un écart entre la réalité et ce qui a été prévu au départ. Un effort d'ajustement de la part du travailleur va être entrepris pour faire coïncider le prescrit au réel. Fernagu-Oudet (2001, p. 15) indique alors que « les savoir-faire procéduraux se situent à l'intersection de la procédure et de l'expérience ». En résumé, le savoir-faire procédural consisterait en tout ce qui permettrait au travailleur de passer de la prescription aux résultats souhaités.

Les savoirs pratiques recouvrent l'ensemble des savoirs autrement dénommés : savoir d'action, savoirs expérientiels, savoirs tacites, savoirs implicites, savoirs ouvriers, savoirs professionnels... Ces savoirs prennent leur origine au sein même de l'action. Ils sont le produit de la réalité du terrain et de tout ce que le travailleur rencontre de difficultés, d'aléas mais aussi de réussite dans son activité. Ces savoirs laissent apparaître l'importance de l'expérience, c'est-à-dire de la confrontation à la réalité et de l'action dans cette réalité.

Le développement des savoirs rencontre toutefois des difficultés. Certains facteurs en limitent la construction comme les aspects temporels et les conflits de logique de gestion entre les niveaux décisionnels (Chatigny, 2001). Il est impossible d'apprendre et de développer des savoirs si le travailleur est sans cesse occupé et/ou submergé par le travail. Un temps pour la réflexion personnelle devrait être préservé. Ce temps pourrait également être mis en place au niveau du collectif pour favoriser la régulation collective. Il est également difficile d'apprendre, donc d'accéder au savoir quand le travailleur ne sait pas exactement ce qui est attendu de lui (les objectifs doivent être très clairs). La possibilité d'analyser un problème et d'y trouver une solution est un outil puissant pour développer le savoir.

Dans le travail, l'expérience vécue peut être apprenante. Lorsque sa possibilité d'apprentissage est élevée, l'expérience favorise un degré de développement des compétences élevé. Quand les compétences se développent, elles le font dans un environnement particulier et des situations de travail particulières. Ces caractéristiques contextuelles sont fondamentales pour leur développement et ne peuvent pas être ignorées. Elles sont déterminantes dans le processus de développement. Ainsi le contenu même de l'expérience et son contenu vont dépendre des situations de travail rencontrées. Des facteurs particuliers (figure 14) entrent en ligne de compte et vont avoir une certaine influence sur le contenu de l'expérience et les processus d'acquisition qui lui sont associés : ces facteurs relèvent des contextes environnementaux et relèvent de la biographie de l'individu (Fernagu-Oudet, 2004).

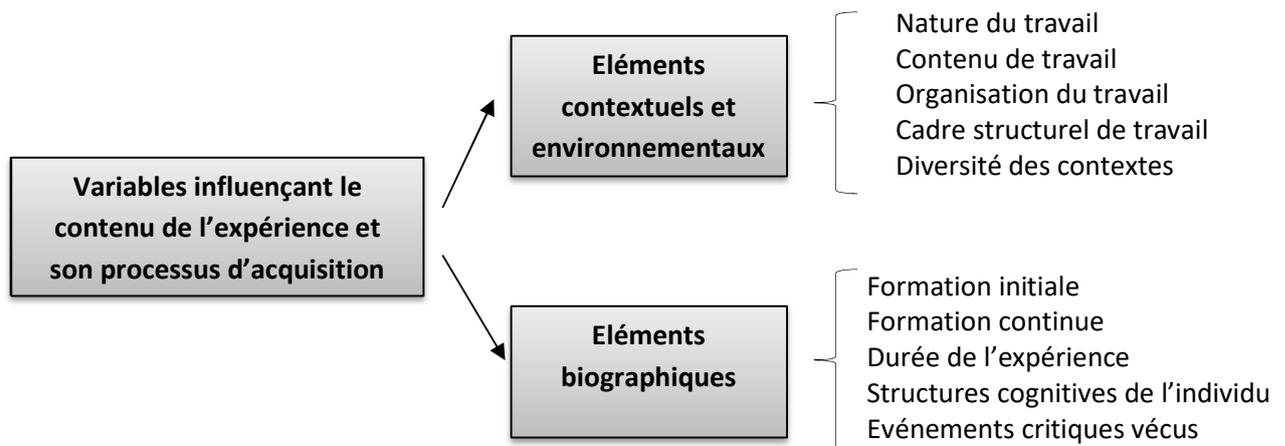


Figure 14 : Facteurs influençant le contenu et l'acquisition de l'expérience (Fernagu-Oudet, 2004).

La figure 15 renforce l'idée que l'expérience est une activité tout à fait subjective, vécue différemment selon chaque sujet. Les éléments contextuels et environnementaux peuvent être communs à un collectif, les éléments biographiques apparaissent *a contrario* sont individuels et appartiennent à chaque sujet indépendamment. Pour resituer cette proposition du point de vue de l'ergonomie, l'activité de travail ne repose pas seulement sur les compétences acquises jusque-là. Elle est elle-même une activité constructive en ce qu'elle permet des apprentissages nombreux engendrant de nouvelles compétences (Fernagu-Oudet, 2003 ; Vidal-Gomel et al., 2012 ; Samurçay & Rabardel, 2004).

Aussi, la limite de l'approche par les compétences se situerait selon nous en ce que le travail se pense en termes d'attendus et peu en termes de processus (Batal & Fernagu-Oudet, 2013), l'atteinte d'objectifs mettant de côté une approche développementale nécessaire à la construction de la santé.

Ce qu'il faut retenir...

Le travail dans sa complexité est source d'apprentissage et de création de savoirs. Les savoirs sont catégorisés en plusieurs types (théoriques, procéduraux, pratiques, savoir-faire...).

L'expérience dans le travail est apprenante. Elle favorise le développement des compétences. Les compétences sont supposées élargir la gamme des choix à venir. Les définitions des compétences sont multiples et issues de nombreuses disciplines scientifiques.

Les définitions proposées positionnent les compétences selon deux acceptions :

- . Elles sont considérées comme un résultat, un état
- . Elles sont considérées comme un processus

Les compétences sont le résultat de la combinaison de ressources internes au travailleur et de ressources externes portées par l'environnement. Les compétences sont considérées comme un savoir-agir en action.

Ainsi considérées, les compétences apportent un éclairage pertinent aux notions de ressources et de processus opératoires qui seront pris en compte dans le cadre de notre travail de recherche.

3. L'approche par les capacités

3.1. Sen et la liberté individuelle

L'approche par les capacités a été présentée et défendue par l'économiste et Prix Nobel d'économie Amartya Sen qui propose une nouvelle science économique prenant en compte les besoins des pauvres sans les réduire à la réponse aux besoins fondamentaux. Il inclut notamment dans son modèle les libertés fondamentales et encourage le lien entre sentiments moraux et efficacité ainsi que dignité humaine et prospérité (De Munck, 2008).

Selon Sen (2000), il existe deux acceptions de la liberté. La première consiste en une acception négative définie par une absence d'entrave à l'action. La liberté de ce point de vue, se comprend comme la possibilité de pouvoir faire ce que l'individu désire sans qu'aucune contrainte ne s'applique à lui. Une acception positive de la liberté, serait selon Sen, de l'envisager comme offrant une capacité réelle d'action qui reposerait sur l'existence d'opportunités et de moyens d'agir (Zimmermann, 2008). A la différence de la considération négative, où finalement la liberté est définie par les entraves extérieures au sujet, la considération positive repose davantage sur la rencontre des capacités intrinsèques du sujet et des capacités offertes par l'environnement dans lequel le sujet intervient.

Pour cet auteur, l'engagement dans un travail devrait porter l'individu vers une espérance de réalisation et d'accomplissement (Salais, 2009). Ainsi formulé, le travail serait source de bonheur et de bien-être. Cette proposition nous intéresse fortement dans la construction et la préservation de la santé au travail car si l'homme se réalise et s'accomplit dans son travail, alors il atteint un niveau d'épanouissement lui permettant de construire son cheminement vers un bien-être profitable, synonyme de bonne santé. A l'inverse, le non accomplissement de l'homme au travail pourrait interroger la difficulté à construire et/ou préserver sa santé dans le travail.

La considération positive proposée par Sen repose sur la notion de capacité d'action et notre travail de recherche s'ancre principalement sur cette notion que nous allons investiguer.

3.2. Les capacités

Avant de s'engager dans l'exploration de cette notion, il est indispensable d'apporter quelques précisions linguistiques préliminaires. En effet, cette notion a été présentée par Amartya Sen, auteur composant en langue anglaise. L'approche présentée par Sen porte le nom de « Capabilities approach », dénomination traduite par certains auteurs francophones comme : « Approche par les capacités » et par d'autres

« Approches par les capacités ». Dans un même texte les deux mots peuvent être utilisés indifféremment. Les mots anglais de « capability » ou « capacity », même s'ils ne sont pas synonymes, expriment l'idée de « capacité », d'« aptitude ».

Les tableaux suivants (tableau 3 et tableau 4) présentent les différentes définitions des mots « capacity » et « capability » selon différents dictionnaires de langue anglaise (Cambridge, Collins, Oxford, Longman dictionaries).

Tableau 3. Définitions du mot « capability ».

Cambridge dictionary	Longman dictionary	Collins	Oxford
1 – Capability (Ability) The ability to do something	1 - The natural ability, skill, or power that makes a machine, person, or organization able to do something, especially something difficult	1 - If you have the capability or the capabilities to do something, you have the ability or the qualities that are necessary to do it.	1 - Capability (to do something/of doing something) the ability or qualities necessary to do something
2 – Capability (Weapons) The number of weapons, soldiers, etc. a country has to fight a war	2 - The ability that a country has to take a particular kind of military	2 - A country's military capability is its ability to fight in a war.	2 - The power or weapons that a country has for war or for military action

Tableau 4. Définitions du mot « capacity ».

Cambridge dictionary	Longman dictionary	Collins	Oxford
1 – Capacity (Amount) The total amount that can be contained or produced, or (especially of a person or organization) the ability to do a particular thing	1 - The amount of space a container, room etc has to hold things or people	1 - Your capacity for something is your ability to do it, or the amount of it that you are able to do.	1 - The number of things or people that a container or space can hold
2 – Capacity (Position) A particular position or job	2 - Someone’s ability to do something	2 - The capacity of something such as a factory, industry, or region is the quantity of things that it can produce or deliver with the equipment or resources that are available.	2 - The ability to understand or to do something
3 – Capacity (Ability) The ability to do something in particular	3 - Someone’s job, position, or duty	3 - The capacity of a piece of equipment is its size or power, often measured in particular units.	3 - The official position or function that somebody has
	4 - The amount of something that a factory, company, machine etc. can produce or deal with	4 - The capacity of a container is its volume, or the amount of liquid it can hold, measured in units such as litres or gallons.	4 - The quantity that a factory, machine, etc. can produce
	5 - The size or power of something such as an engine	5 - The capacity of a building, place, or vehicle is the number of people or things that it can hold. If a place is filled to capacity, it is as full as it can possibly be.	5 - The size or power of a piece of equipment, especially the engine of a vehicle
		6 - A capacity crowd or audience completely fills a theatre, sports stadium, or other place.	
		7 - If you do something in a particular capacity, you do it as part of a particular job or duty, or because you are representing a particular organization or person.	

Nous choisissons ici de dénommer la notion : Approche par les capacités. Le terme de « capabilité » sera employé également dans cette présentation mais pour définir une autre idée du concept de l’approche par les capacités. Les définitions proposées mettent l’accent sur le fait qu’une capacité est une aptitude à réaliser quelque chose. C’est dans cette acception que nous considérerons ce terme pendant notre exposé. De nombreuses disciplines utilisent la notion de capacités, la littérature qui s’y rapporte est abondante. Sen, quant à lui, n’a jamais proposé de liste des capacités

fondamentales. Bryson & Merritt (2007) proposent les facteurs communs de définition qui apparaissent dans cette littérature :

- . L'importance du développement des individus ;
- . Le rôle significatif que le travail peut jouer ;
- . Les interactions entre individus et organisation en matière de développement des capacités.

Sen (2000) a défini les capacités comme un ensemble d'accomplissements qu'un individu peut réaliser lui permettant ainsi de choisir sa vie. Il s'agit pour un individu de se baser sur ses propres valeurs afin de pouvoir choisir les modes de vie qui lui correspondent au mieux (Sen, 1993).

Pour Salais (2009) et De Munck (2008), les capacités peuvent être appréhendées selon quatre acceptions ou dimensions. Tout d'abord, il s'agit de la capacité de choix. La personne doit être mise en présence de plusieurs opportunités de choix, ce que Sen dénomme « opportunity freedom ». La possibilité de choisir pose comme condition que l'individu soit en mesure d'effectuer une évaluation autonome face à un ensemble d'options possibles. Cette évaluation repose sur des motifs normatifs qui vont guider son raisonnement et l'amener à effectuer des choix. Sans options proposées, l'individu ne peut pas effectuer de choix. C'est dans la multitude des possibilités qui lui sont offertes, que l'individu mettrait en œuvre ses motivations et ses raisonnements, appuyés sur les représentations qu'il se fait du résultat à atteindre (Salais, 2009). La capacité de choisir repose sur deux piliers que présente Sen dans le concept de liberté. L'un des piliers réfère à un aspect « opportunités », l'autre à un aspect « processus » (De Munck, 2008). L'aspect « opportunités » fait référence à l'ensemble des options possibles qui sont présentées à l'individu. Et cet éventail d'options doit exister pour qu'il y ait possibilité de choisir. L'aspect « processus » indique que le choix doit se faire indépendamment d'autrui et doit rester une démarche totalement autonome et subjective.

La deuxième dimension renvoie à la capacité de réalisation qui fait référence au passage de ce qui est désiré à ce qui est finalement réalisé. Sen considère la vie d'un individu comme un ensemble de fonctionnements (functionings). La capacité devient alors ce que la personne peut réaliser dans le monde réel. Les fonctionnements atteints témoignent de ce que la personne a pu mettre en œuvre dans la réalité des possibles qui lui étaient offerts ou qu'elle a construit. La capacité doit donc être considérée comme un pouvoir d'être et de faire reposant sur les fonctionnements valorisés par l'individu (Salais, 2009). Dans la réalisation, De Munck (2008) indique qu'il s'agit pour l'individu d'avoir accès à des mondes possibles et de finalement mener la vie qu'il s'est choisie.

Sen ne considère cependant pas la liberté comme une fin en soi. Elle contribue à un développement important de l'individu. En considérant ses accomplissements, l'individu s'engage dans une recherche de nouveaux accomplissements plus riches en termes de contenu et de sens, ce qui constitue la troisième dimension, soit la capacité comme potentiel d'épanouissement. Les possibilités futures à atteindre contribuent à ce potentiel d'épanouissement, et le travail y participe pleinement

La dernière dimension développée, soit la capacité à délibérer et à exprimer sa voix (capacity for voice), renvoie au fait que l'individu doit pouvoir participer aux processus de décisions qui le concernent. Le développement des capacités s'appuie sur deux dimensions : le pouvoir d'agir et la liberté effective de choix (Salais, 2009). Partant de ces dimensions, il est évident que l'individu doit être impliqué et engagé dans toutes décisions qui le touchent. Dans le cas contraire, l'individu peut ressentir toutes décisions le concernant venant de l'extérieur comme une atteinte à son pouvoir d'agir et à sa liberté effective de choix.

Pour Corteel & Zimmermann (2007, p. 264), l'existence d'opportunités de développement est d'une importance primordiale au déploiement des capacités. Sans ces opportunités, il est impossible au travailleur de convoquer ses capacités et de les mettre en œuvre dans la réalité.

Ils définissent ainsi les capacités :

La notion de capacité, telle que nous l'utilisons, implique tout à la fois une latitude de choix individuel, des opportunités réelles, leur conversion en réalisations effectives, un pouvoir d'agir soutenu par des supports collectifs, et enfin la possibilité pour les salariés d'exprimer leurs préférences et de les faire valoir.

Le travailleur devient donc acteur en mobilisant et en utilisant les ressources nécessaires à l'accomplissement de son travail. Il ne suffit plus de mettre à disposition des ressources pour qu'il s'en saisisse mais plutôt de l'engager dans l'action pour qu'il mobilise lui-même des ressources. La question réside alors dans la construction et l'utilisation des ressources. Oboeuf, A. et al., (2016) considèrent les capacités comme l'ensemble des conditions qui autorisent un individu à réaliser ses droits, ce qu'ils appellent le pouvoir-faire. Ils indiquent également que la mise en œuvre d'une capacité ne réside pas seulement dans sa disponibilité immédiate mais plutôt dans tout le travail de transformation de la capacité en réalisation dans la réalité. Cette transformation n'est possible que si l'individu s'appuie sur un ensemble de conditions organisationnelles, techniques et/ou encore sociales. L'ensemble de ces définitions précise que l'approche par les capacités prend en compte à la fois ce qu'une personne est capable de faire - ses compétences - ses préférences et les possibilités qui lui sont offertes pour développer ses compétences, comme les opportunités et moyens d'agir (Farvaque, 2006). De ce point de vue, les capacités

peuvent être considérées comme 1- des capacités comme compétences (skills-capabilities), 2 – des capacités comme opportunités (opportunities-capabilities) et 3 – comme des droits et moyens (entitlements-capabilities) (Zimmermann, 2008). L'approche par les capacités ne devrait pas être considérée de prime abord comme une approche se focalisant sur les ressources mais plutôt sur les opportunités effectives que l'individu possède de mener la vie qu'il désire. Les piliers de l'approche par les capacités sont les accomplissements, ou autrement dit par Sen, les *functionnings* (Robeyns, 2006). Les capacités relèvent d'un « savoir-faire quelque chose » (Fernagu-Oudet, 2012b).

Dans l'approche par les capacités (figure 15), la distinction entre les réalisations possibles (ce que l'on peut faire) et les réalisations accomplies (ce que l'on fait) est primordiale. Dans cette approche, différents processus entrent en action. Le « processus opportunité » soutient la capacité d'action. Le « processus liberté » se réfère quant à lui, à la capacité de choix. Le « processus opportunité » repose sur les ressources dont dispose l'individu pour agir ainsi que sur les moyens mobilisables pour les rendre opérationnelles au travers de facteurs de conversion. Le « processus liberté » repose sur la capacité de choix et les facteurs de choix. Ce processus permet d'identifier ce qui peut contraindre ou libérer les dispositions à agir (Fernagu-Oudet, 2017). Un dernier processus à prendre en considération est le « processus capabilités » qui s'intéresse à la rencontre des deux processus précédents. Il est au carrefour des capacités d'action et des choix des individus. Ce processus n'est autre que l'accomplissement dans la réalité du pouvoir d'agir, décrit également comme étant la mise en capacité à réaliser quelque chose. Il s'agit finalement de ce qui peut être dénommé maintenant « capabilités » (Fernagu-Oudet, 2017).

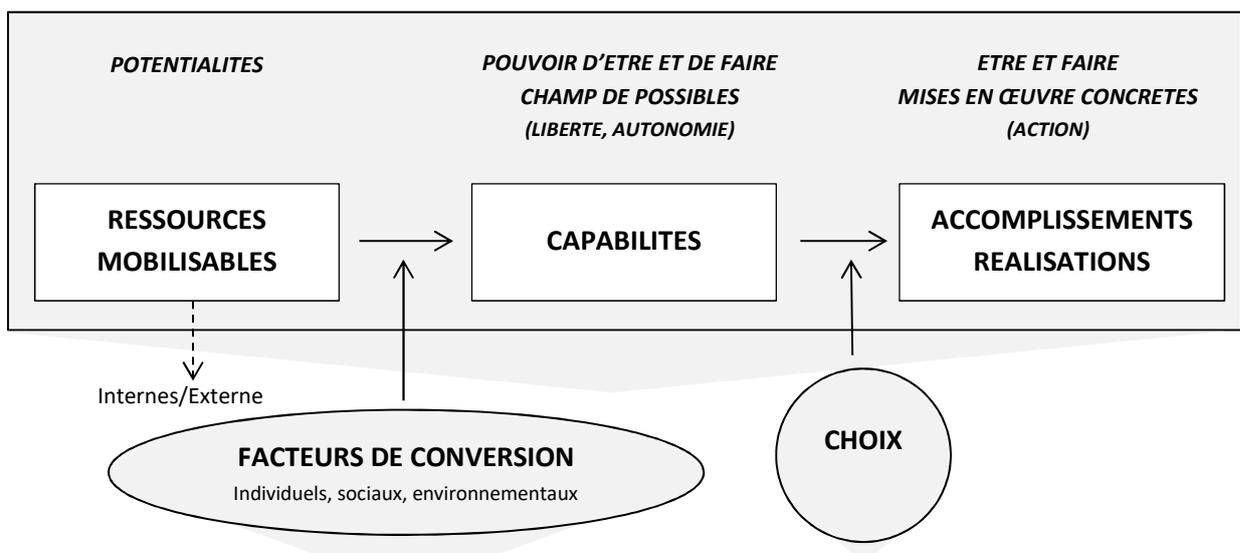


Figure 15 : L'approche par les capacités (adapté de Bonvin et Farvaque, 2006).

En considérant l'ensemble de ces processus, on ne peut que constater des interdépendances qui prennent place entre l'individu et l'organisation. Selon les situations, ces interactions seront plus ou moins capacitanes pour l'individu (voir figure 16, Fernagu-Oudet, 2018).

L'intérêt de l'approche par les capacités et du modèle qu'elle propose permet, à notre sens d'obtenir divers éclairages (figure 16). Tout d'abord, cela permet d'analyser les écarts entre les ressources disponibles et les usages réels. Ensuite, cette perspective décloisonne des approches qui se voudraient particulièrement focalisées soit sur l'individu uniquement ou sur l'environnement exclusivement. Elle prend en considération les deux éléments. Pour continuer, elle permet d'envisager les interactions entre les dispositions individuelles et organisationnelles. Et pour finir, elle permet de mettre en évidence des capacités constitutives comme la capacité de s'autodéterminer, indispensable au développement des capacités (Fernagu-Oudet, 2017).

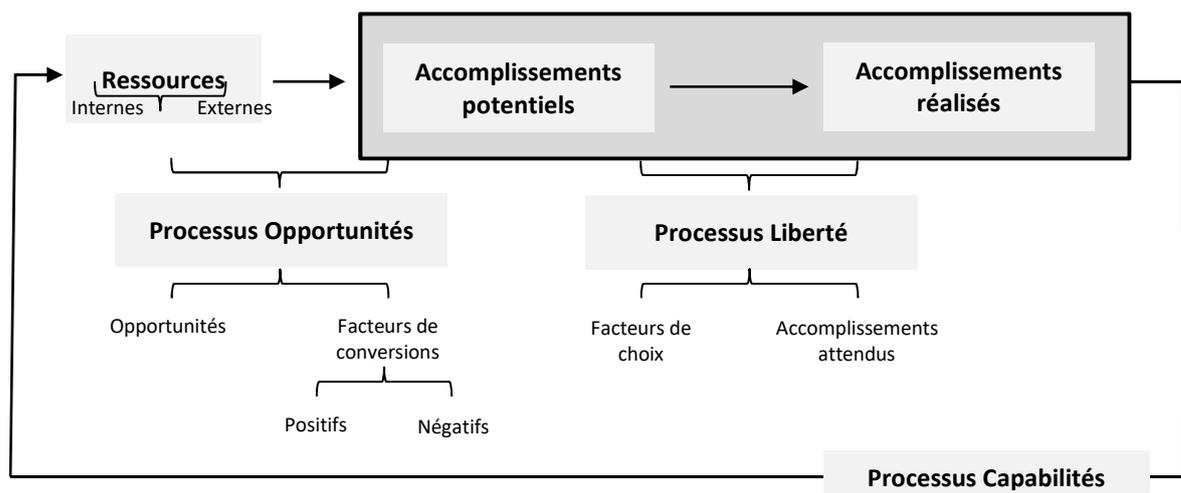


Figure 16 : Le processus de l'approche par les capacités (Fernagu-Oudet, 2018).

Cette approche permet également d'aborder le travail à partir d'une analyse des moyens et des opportunités et donc des processus mis en œuvre plutôt que de ne s'appuyer que sur le résultat des actions des individus (Fernagu-Oudet, 2016). Ainsi l'analyse se porte sur les forces, les habiletés et les droits des individus plutôt que sur leurs manques et besoins spécifiques (Fernagu-Oudet, 2014 a).

Dans l'approche sur les capacités, leur développement repose sur la reconnaissance d'opportunités, de libertés et d'avantages. Des facteurs institutionnels, organisationnels et individuels sont à la source du développement des capacités. Bryson & Merritt (2007) proposent le tableau suivant (tableau 5) pour identifier les principaux facteurs de développement des capacités.

Tableau 5. Tableau des principaux facteurs de développement des capacités d'après Bryson et Merritt (2007).

	Moteurs	Éléments contributifs	Freins
Institutionnels	<ul style="list-style-type: none"> . Attitudes sociales . Infrastructure de formation en entreprise 	<ul style="list-style-type: none"> . Etat de l'industrie et de l'économie 	<ul style="list-style-type: none"> . Attitudes sociales . Infrastructure de formation en entreprise/politique . Influences de l'école sur le choix du métier
Organisationnels	<ul style="list-style-type: none"> . Soutien et encouragement des employeurs et supérieurs hiérarchiques . Salaire . Conception et pratique de travail 	<ul style="list-style-type: none"> . Avantages sociaux ou autres des salariés . Bonnes relations avec les clients et les fournisseurs 	<ul style="list-style-type: none"> . Vision à court terme des dirigeants d'entreprise . Organisations de petite taille . Refus et réticence de partager savoir-faire et capacités (entre les individus et les organisations)
Individuels	<ul style="list-style-type: none"> . Attitude . Aspiration . Proactivité . Autres priorités 	<ul style="list-style-type: none"> . Aimer son travail . Aptitude à apprendre 	<ul style="list-style-type: none"> . Attitude . Manque de maîtrise de la lecture et de l'écriture

Comme on le constate, les facteurs de développement sont accompagnés de « moteurs » et d'« éléments contributifs », qui consistent en des éléments favorisant les capacités. Le développement des capacités fait finalement référence à la liberté réelle qu'un individu possède de mener la vie de travail qu'il désire.

3.3. Les capabilités

La notion de capabilités vient enrichir le modèle de l'approche par les capacités. Elles représentent le passage du potentiel qui a été discuté précédemment avec les capacités, à la réalisation dans la réalité. Pour obtenir cette transformation d'un potentiel en accomplissement, les capabilités consistent en la conversion de ressources. Elles témoignent, à travers les fins qu'un individu valorise et les moyens qu'elle possède pour atteindre ces fins, d'un certain pouvoir d'agir (Fernagu-Oudet, 2017).

La capabilité repose sur la possibilité de l'individu d'effectuer des choix et d'avoir à disposition les moyens de ses choix. Ainsi, l'individu peut réaliser quelque chose qu'il a décidé de réaliser et atteindre un état donné (Fernagu-Oudet, 2014b). Elle consiste en un champ de possibles dépendant des ressources qui vont être mobilisées

et qui pourront être converties en réalisations. Comme l'indique Fernagu-Oudet (2014b, p. 40) reprenant Sen (1987), « une capacité est une aptitude à la réalisation ».

Pour Dubois & Rajanoa Daka (2008, p. 23) : « La capacité d'une personne représente ainsi l'ensemble des fonctionnements effectifs ou potentiels qu'elle est capable, ou serait capable, d'accomplir sur la base de ses caractéristiques propres et des opportunités ou contraintes [...] qu'elle rencontre ». Pour enrichir ces définitions, Pavageau, Nascimiento & Falzon (2007), parlent de la capacité comme un ensemble de choix possibles donnés à un individu, et ceci quel que soit l'usage qu'il en fait. Cette notion d'usage basé sur le choix introduit la notion de latitude et réalise un pont avec la notion de marges de manœuvre utilisée en ergonomie et clinique de l'activité. Cette latitude doit pouvoir trouver un moyen de réalisation selon que certaines conditions sont réunies dans l'environnement de l'individu.

Au-delà du pouvoir d'agir, la capacité décrit le « pouvoir faire » et même le « pouvoir être » d'un individu. Cela comprend la possibilité pour un individu d'être capable de faire ou d'être face à une palette de choix et d'opportunités possibles. La capacité possède une dimension à la fois dans la réalisation actuelle et une dimension dans la potentielle réalisation face à des possibilités de choix possibles. Le développement des capacités d'un individu s'appuient sur l'aptitude d'un individu à convertir les ressources qui sont à sa disposition pour les rendre opérationnelles dans la réalité (Fernagu-Oudet, 2014a).

Dans la création qui prend part dans l'activité (figure 17), représentant un espace de réflexion, la capacité apparaît au croisement de l'activité productive et de l'activité constructive (Begon & Mairesse, 2013).

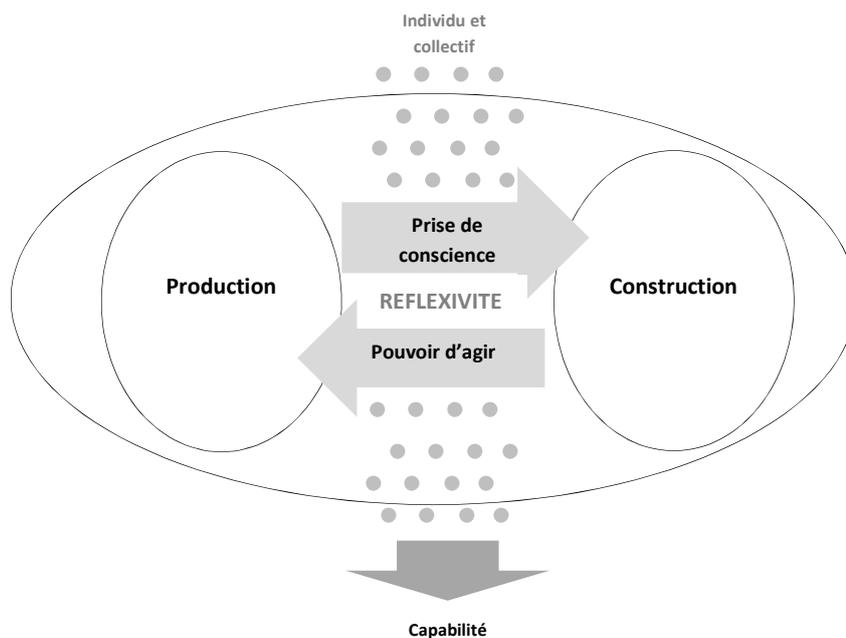


Figure 17 : La part de création au sein de l'activité ouvre un espace de réflexivité qui produit la capacité (Begon & Mairesse, 2013).

L'approche par les capacités met au final en relief la nécessité pour l'individu de s'appuyer sur des ressources pour construire les capacités mais aussi pour les mettre en œuvre afin qu'elles deviennent des capacités. Ces ressources peuvent être internes ou externes, appartenir à l'individu ou à l'environnement. C'est ce que la prochaine partie propose de découvrir.

3.4. Les ressources

Dans son travail, le travailleur mobilise un certain nombre de ressources. Ce nombre dépend de la situation rencontrée, beaucoup plus que des compétences mobilisées. Ainsi les ressources ne sont pas spécifiquement attachées aux compétences, puisque chaque ressource peut être mobilisée par des compétences différentes. C'est en ce sens qu'une approche stricte par les compétences est limitative. Simplement, le travailleur va avoir à sa disposition (ou pas) un répertoire de ressources dans lesquelles il va pouvoir puiser pour faire face à la situation rencontrée. Ces ressources à disposition sont de plusieurs sortes : contextuelles, matérielles, informationnelles, relationnelles, culturelles, expérientielles, affectives et immatérielles (Fernagu-Oudet, 2001 ; Demerouti et al., 2001). Nous allons voir plus en détail en suivant ces différentes ressources selon l'auteur indiqué.

Les ressources contextuelles sont formées par les savoirs relatifs au contexte et à l'environnement dans lequel le travailleur va réaliser son travail (organisation du travail, environnement de l'entreprise, santé de l'entreprise, objectifs de travail, etc.). Comme indiqué précédemment, plusieurs types de savoirs peuvent être mis en relief. Tout d'abord, les savoirs sur les processus consistent dans la description du fonctionnement du processus, donnant des informations sur les étapes, les enchaînements et tout autre renseignement indispensable. Un deuxième type de savoirs consiste dans les savoirs sur les matériels et les produits. Ces savoirs portent sur ce qui est fabriqué, les outils de fabrication (outils, machines). Le troisième type de savoirs concerne les savoirs organisationnels relatifs à l'organisation du travail, les réseaux professionnels... Et pour finir, le dernier type de savoirs réfère aux savoirs sociaux qui portent sur le type de clients, les résultats d'une étude de marché... (Le Boterf, 1994).

La manière de travailler peut être influencée par plusieurs facteurs : les outils, les techniques, les plans, les finances, l'organisation matérielle du travail, les équipements... Tous ces facteurs constituent des ressources matérielles mobilisables pour réaliser le travail.

Les ressources informationnelles regroupent toutes les informations qui permettent de réaliser le travail dans les meilleures conditions qui soient. Elles sont formées par

les données permettant de compléter toutes les phases du processus de réalisation du travail.

Les ressources relationnelles font références aux apprentissages qui sont considérés comme étant sociaux et prennent leur origine dans les échanges que le travailleur peut développer avec son environnement. Le Boterf (1994, p. 120) caractérise ainsi ces savoir-faire relationnels :

...ensemble de capacités permettant de coopérer efficacement avec autrui : capacités d'écoute, de négociation, de travail en groupe, de communication, de travail en réseau, etc. (...) Fortement incorporées à la personnalité, ces capacités font partie de l'habitus tel que le définit Bourdieu, à savoir un ensemble de dispositions acquises, de manières d'être ou de faire qui s'incarnent dans le corps.

Les ressources culturelles ne se caractérisent pas par une accumulation de savoirs spécifiques mais plutôt par le rôle qu'elles jouent dans l'orientation des comportements professionnels. Ce sont des ressources qui s'appuient particulièrement sur les valeurs portées par l'individu.

Les ressources expérientielles sont construites par les expériences vécues par l'individu. Pour qu'elles soient réellement formatrices ces expériences doivent passer par un processus de réflexion de la part de l'individu sur ce qu'il a vécu et sur les effets de son action. Il est indispensable également que l'individu transforme son vécu en de nouvelles possibilités d'actions. De par leur nature, ces ressources ne peuvent voir le jour que dans le cadre de l'action.

Les ressources affectives reposent sur l'image de soi mais également sur l'investissement personnel dans l'action porté par la motivation. Ces ressources affectives jouent un rôle primordial dans la mobilisation des compétences car elles participent pleinement à l'image que les autres vont avoir de l'individu.

Les ressources immatérielles considèrent les savoirs non dans le fait d'en accumuler un maximum pour être performant mais plutôt d'être capable de se les approprier pour finalement en produire de nouveaux, ce qui permettra finalement de mettre des compétences en œuvre dans la réalité.

Ce travail d'appropriation et d'articulation fait appel à des savoir-faire cognitifs qui structurent les opérations mentales qui mobilisent l'ensemble des savoirs du sujet.

Les ressources sont donc conçues comme au service de l'action et à ce titre, elles doivent être disponibles et visibles (Fernagu-Oudet, 2012). Aussi, ce n'est pas la quantité de ressources qui va importer mais plutôt leur pertinence pour contribuer au bien-être de l'individu (Fernagu-Oudet, 2017). Ce n'est finalement pas tant les

ressources qui influencent un agir compétent du sujet mais plutôt un savoir combiner qui va être mis en place reposant sur les événements, leurs contraintes, leurs exigences et leurs opportunités (Fernagu-Oudet, 2016). C'est dans l'apprentissage à repérer les ressources et à contourner les contraintes que les ressources pourront être mises en œuvre dans l'action (Chatigny, 2001). Pour Chatigny (2001), les ressources sont des aides que les individus se construisent à partir de l'environnement. Pour être opératoires, les éléments de l'environnement doivent être utiles (pertinents, efficaces, polyvalents ou spécifiques) et utilisables (accessibles, disponibles, transparents et sécuritaires). Ainsi, dans une situation particulière, le sujet va rechercher le meilleur rapport utilité/utilisation.

Les ressources opératoires (RESOP) évoluent selon la situation dans laquelle elles se trouvent. Ainsi Chatigny (2001, p. 10) propose trois situations ainsi décrites :

Situation 1. Les RESOP potentielles conviennent ou semblent convenir aux besoins. La stratégie consiste alors à utiliser une ou des RESOP de manière alternée ou combinée, selon l'usage attendu par l'entreprise ou par le collectif.

Situation 2. Les RESOP potentielles ne répondent pas suffisamment aux besoins. On trouve alors deux types de stratégies : transformer un ou plusieurs éléments de l'environnement ou une RESOP du répertoire, pour agir sur l'utilité et/ou l'utilisation ; créer de nouvelles RESOP.

Situation 3. Les RESOP ne répondent plus aux besoins. Les ressources concernées sont alors délaissées plus ou moins définitivement. Cette stratégie peut avoir plusieurs causes : la ressource s'avère moins utile et/ou utilisable qu'avant ou que prévu ; le temps manque pour se consacrer à sa transformation ; le travailleur a découvert une source de ressources plus opératoire [...] ; le travailleur ne soupçonne pas le potentiel de la ressource ou n'en a pas acquis une maîtrise satisfaisante.

Une autre ressource à prendre en considération réside dans le collectif de travail. La conception du collectif et son évolution dans le travail sont des objets dynamiques dans la vie du collectif. Aucun collectif n'est statique et peut constituer une ressource pour ses membres (Audoux & Gillet, 2020). Avec l'arrivée de nouveaux membres, les expériences vécues par chacun ou encore la confrontation à des conflits spécifiques, chaque travailleur peut s'appuyer sur ses collègues pour accomplir son travail. Le collectif de travail peut donc être positionné comme une ressource opératoire.

Après avoir présenté les ressources, nous allons voir comment la notion de « facteurs de conversion » vient compléter l'approche par les capacités.

3.5. Les facteurs de conversion

Dans le travail, les opérateurs vont se saisir de l'organisation pour l'adapter aux situations diverses qu'ils rencontrent et rendre possible leur travail. Ainsi, les ressources mobilisées vont être converties en réalisations concrètes. Cette transformation s'opère à travers ce que Sen nomme des facteurs de conversion (Arnoud & Falzon, 2013). Ces conversions consistent en la conversion de ressources en réalisations concrètes. Les facteurs de conversion sont définis comme étant des aptitudes, des droits ou des conditions sociales. Ces facteurs dépendent à la fois des personnes et de leur environnement (Zimmermann, 2008). Sen, à travers son œuvre, présente différents types de facteurs de conversion. Il existe trois types de facteurs : 1. Les facteurs strictement personnels (aptitude intellectuelle, sexe, âge, caractéristiques physiques...), 2. Les facteurs sociaux (normes sociales et religieuses, rôles et statuts, stéréotypes sociaux discriminants...) et 3. Les facteurs externes ou environnementaux (possibilités géographiques, institutionnelles, politiques ou culturelles). Les facteurs de conversion sont alors d'un côté, tout à fait personnels car liés à l'individu et d'un autre côté liés à l'environnement (Verhoeven Dupriez & Orianne (2009). Ils sont encore définis par Fernagu-Oudet (2012, 2014b) comme étant des facteurs qui vont faciliter ou empêcher la capacité d'un individu à utiliser les ressources à disposition pour les convertir en réalisations concrètes (figure 18).

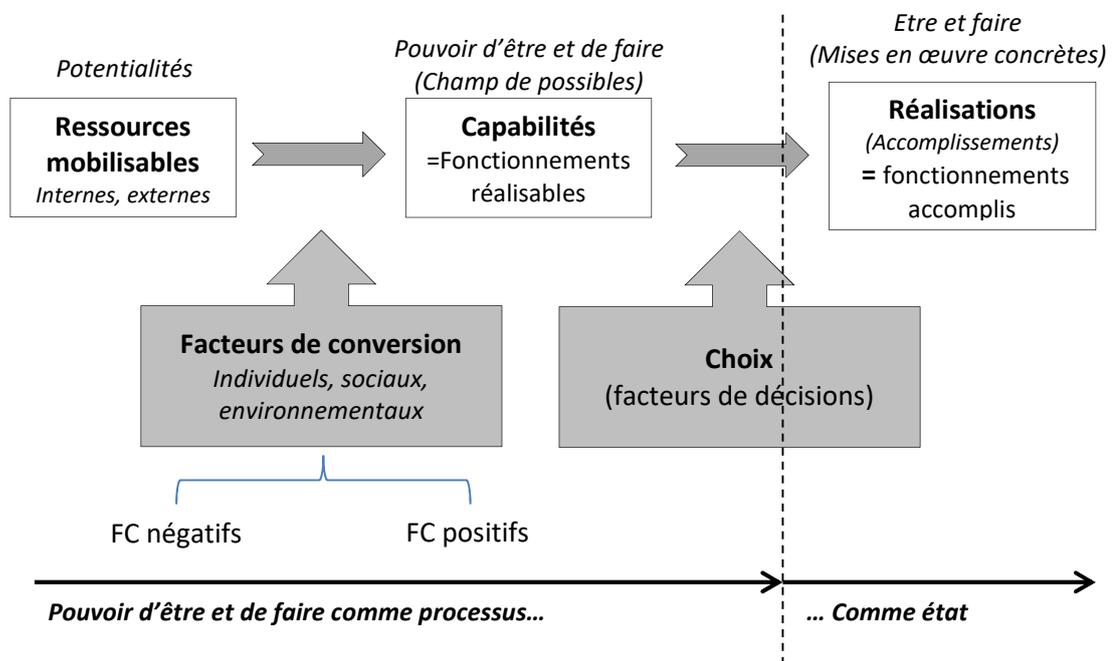


Figure 18 : Approche par les capacités comme processus (Fernagu-Oudet, 2014 b).

Les facteurs de conversion positifs favorisent la conversion des ressources alors que les facteurs négatifs empêchent cette conversion (figure 19).

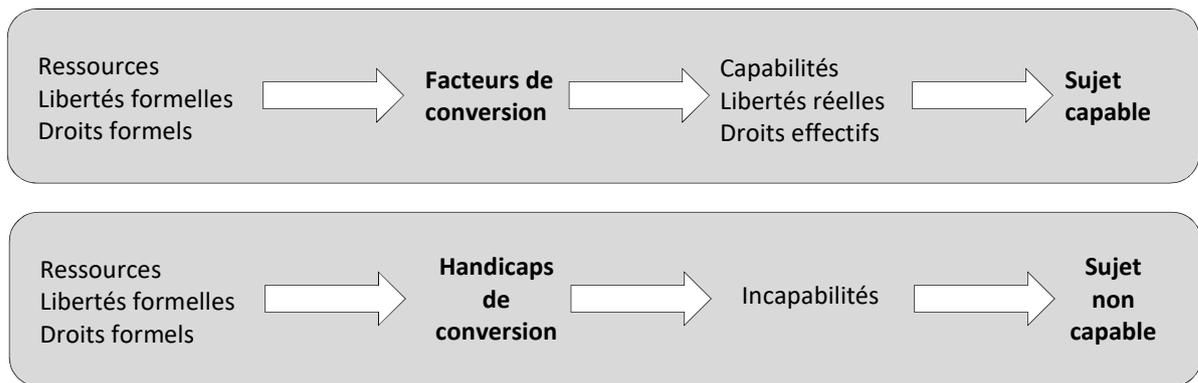


Figure 19 : Dynamique des capacités (Fernagu-Oudet, 2014 a).

Ce qu'il faut retenir...

Tout individu possède des compétences qui peuvent devenir des capacités lorsqu'elles sont confrontées à la réalité du terrain. Ces capacités sont appelées à devenir des accomplissements, aussi appelés des fonctionnements par Sen, à l'aide d'un processus de transformation. Des facteurs de conversion (individuels, sociaux et environnementaux) sont à l'origine de cette conversion. Pour arriver à accomplir cette conversion, l'individu va puiser dans différentes ressources, internes ou externes.

Tout l'enjeu de l'approche par les capacités réside dans la possibilité pour l'individu de mettre en relation ses capacités, ses ressources internes, des ressources puisées dans l'environnement pour arriver à une réalisation dans la réalité. Quand la capacité est transformée pour devenir un accomplissement, elle devient une capabilité. La capacité demeure au niveau du potentiel atteignable alors que la capabilité représente ce qui est atteint.

Ces éléments nous incitent, dans le cadre de notre recherche, à proposer une analyse de l'activité de travail au regard de cette approche basée sur les capacités. Ils constitueront les éléments fondamentaux de notre modèle de recherche.

3.6. Les environnements capacitants

L'approche par les capacités amène à une réflexion sur les contraintes que l'individu rencontre et les opportunités qui sont à sa disposition pour l'action qu'il mène. Cette approche propose de considérer à la fois ce que l'individu est capable de faire ainsi que les possibilités qui lui sont données de se développer (Fernagu-Oudet, 2012a). A ce titre, les contraintes ne doivent pas être considérées de manière forcément négative comme empêchant le développement d'une action. Dans le cadre de l'activité constructive, elles peuvent être une source non négligeable d'apprentissage (Villemain & Lémonie, 2014). De ce point de vue, et dépassant les objectifs plutôt classiques de l'adaptation du travail à l'homme de l'ergonomie, cette approche offre une compréhension plus large de la santé qui prend en compte les dimensions cognitives et le développement du sujet (Vidal-Gomel et al., 2012).

Mahbub ul Haq (1990, p. 9), auteur du rapport mondial sur le développement humain, cité par Pavageau, Nascimiento & Falzon (2007), écrit :

L'objectif de base du développement est l'élargissement des choix des personnes. En principe, ces choix peuvent être infinis et peuvent évoluer au cours du temps. Les gens valorisent souvent des réalisations qui ne se traduisent pas immédiatement ou même jamais en termes de revenus ou de croissance : meilleur accès à la connaissance, meilleure alimentation ou meilleurs services de santé, meilleure sécurité de vie, meilleure protection contre le crime ou la violence physique, temps de loisir satisfaisant, libertés politiques et culturelles et sens de participer à la vie collective. L'objectif du développement est de créer un environnement capacitant pour que les personnes puissent bénéficier de vies longues, saines et créatives.

3.6.1. Définition de l'environnement capacitant

Afin de permettre à l'individu de déployer ses capacités d'agir en situation, la création d'un environnement capacitant paraît incontournable. Il s'agit finalement de lui donner du pouvoir d'agir (Oboeuf A., 2016). Falzon (2007, p. 13) définit ainsi l'environnement capacitant : « un environnement qui permet aux personnes de développer de nouvelles compétences et connaissances, d'élargir leurs possibilités d'action, leur degrés de contrôle sur leur tâche et sur la manière dont ils la réalisent, c'est-à-dire leur autonomie ». L'auteur considère l'environnement capacitant comme un lieu d'apprentissage mais aussi de mise à l'épreuve de la réalité de ces apprentissages. Il ajoute une dimension de contrôle sur la réalisation de la tâche. Par ailleurs, Vidal-Gomel et al. (2012) définissent l'environnement capacitant comme étant la somme de situations capacitantes. Fernagu-Oudet (2012b) complète en indiquant que l'environnement capacitant est un environnement qui met des ressources à disposition et permet aux individus de les utiliser. L'environnement

capacitant permettrait ainsi de développer de nouvelles connaissances et compétences, d'élargir les possibilités d'action, d'augmenter le degré de contrôle sur la tâche et sur la manière de la réaliser. Fernagu-Oudet (2014a) indique aussi que l'environnement capacitant renforce l'accessibilité aux ressources, aux potentialités et aux opportunités offertes à l'individu. Ainsi, un environnement qui se dit capacitant ou même une organisation qui se dit capacitante doit permettre aux individus d'avoir accès à des possibilités d'extension de leur pouvoir d'agir (Ferganu-Oudet, 2012a).

Pour ce faire et toujours d'après Fernagu-Oudet (2012a), les possibilités d'extension du pouvoir d'agir s'opèreraient sur :

- . Les contenus du travail : les travailleurs peuvent varier les tâches qu'ils ont à réaliser, se confronter à des situations nouvelles, qu'ils ne connaissent pas, auxquelles ils n'ont jamais eu à faire, mener une activité de réflexion sur leur propre travail, analyser les événements, les aléas, les imprévus en leur donnant du sens.

- . Les modes d'organisation du travail : il est proposé au travailleur de travailler avec un binôme, de prendre sous sa coupe les nouveaux arrivants pour des activités de tutorat, de mener une part active dans les groupes de travail auxquels il est invité à participer, de visiter d'autres sites en amont ou en aval de sa propre activité...

- . La gestion des ressources humaines : autoriser un accès aux savoirs et aux connaissances dont le professionnel a besoin pour résoudre les problèmes qu'il rencontre et cela en facilitant l'accès à la formation, à la mobilité, en offrant des possibilités d'évolution.

En ergonomie, la notion d'environnement capacitant est portée par trois regards (Mollo & Falzon, 2005) :

- . Un point de vue préventif : c'est un environnement protecteur pour l'individu en préservant les capacités futures d'action (détection et prévention des risques, élimination de l'exposition aux toxiques, élimination ou réduction des exigences aboutissant à des déficiences durables ou à des effets psychiques négatifs, etc.) ;

- . Un point de vue universel : c'est un environnement qui tient compte des différences interindividuelles (sexe, âges, culture...) tout en compensant les déficiences individuelles (vieillesse, incapacité, maladie). Cet environnement prévient l'exclusion, les décrochages sociaux et générationnels et le non-emploi. Il favorise l'intégration, l'inclusion et la reconnaissance sociale.

- . Un point de vue développemental : c'est un environnement qui facilite les apprentissages en développant de nouveaux savoirs et de nouvelles compétences. Il

permet l'élargissement des possibilités d'action et du degré de contrôle sur la tâche et sur l'activité. Il favorise l'autonomie et permet le développement cognitif.

L'environnement qualifié de capacitant permet par le développement de l'autonomie et le développement des savoirs de participer à l'accroissement du pouvoir d'agir de l'individu. Pour ce faire, l'individu doit se saisir des ressources à disposition, participant alors au développement de son identité et le plaçant dans les conditions les plus favorables pour la construction et la préservation de la santé au travail. En clinique de l'activité, la notion d'environnement capacitant n'a pas été reprise comme elle l'a pu être en ergonomie.

Ces premiers éléments nous montrent que la question du développement est prégnante en Ergonomie comme en clinique de l'activité, considérant un environnement capacitant comme un espace de développement pour le travailleur.

3.6.2. Environnement capacitant et accès à la ressource

Teiger (1993, p. 339) indique que « l'activité se développe dans un environnement matériel, organisationnel et relationnel caractérisé par des ressources et des contraintes ». Les ressources sur lesquelles s'appuient les individus n'ont pas forcément, lors de leur création, été créées pour l'usage que l'individu en fait. C'est le travailleur qui va s'en saisir pour convertir les ressources d'apprentissage en apprentissages effectifs (Fernagu-Oudet, 2016). L'individu va devoir ainsi apprendre à repérer, mobiliser et utiliser les ressources qui sont à sa disposition. Il ne devra pas être seulement récipiendaire des ressources que l'on pourrait mettre à son service. Il va devoir s'engager dans une véritable action de recherche et de création des ressources pour les faire siennes et les rendre effectives dans la situation qu'il va rencontrer. Ce faisant, l'individu va créer les conditions de son autonomie et devient un sujet capable (Binon et al., 2013).

Ce qu'il faut retenir...

L'approche par les capacités prône le développement du sujet. L'environnement capacitant permet aux individus de développer de nouvelles compétences, d'élargir leur possibilité d'action et de développer leur autonomie.

L'environnement capacitant met des ressources à disposition de l'individu. Celui-ci est seul à décider s'il utilisera les ressources ou non. Le but de l'environnement capacitant est d'étendre le pouvoir d'agir (contenu du travail, mode d'organisation du travail, gestion des ressources humaines). En ergonomie, l'environnement capacitant repose sur trois points de vue : préventif, universel et développement.

Chapitre 7 : L'autoconfrontation comme outil pour l'investigation approfondie de l'activité

Il a été mentionné que Sen n'a pas proposé de méthodologie particulière pour rendre son approche opérationnelle dans la réalité. Ce dernier chapitre de la partie théorique présente les aspects conceptuels d'un outil qui a été utilisé sur le terrain : l'autoconfrontation. Sa mise en œuvre et les résultats obtenus apparaîtront dans la partie empirique.

1. Introduction

Que ce soit pour l'intervenant ou pour le chercheur, le but reste le même dans l'analyse du travail : avoir accès à l'activité du travailleur. Appréhender pleinement et complètement l'activité n'est pas des plus évidents, nous l'avons précédemment indiqué, tant les mécanismes sont pluriels et enchâssés les uns dans les autres. La méthode classique de l'observation ne se suffit pas en elle-même pour une compréhension approfondie de l'activité.

Cet accès à l'activité est un point fondamental de notre recherche. C'est au cœur de cette activité que se situent les facteurs de conversion dont nous interrogeons les mécanismes de fonctionnement.

Pour réussir à approcher, identifier et comprendre les facteurs de conversion, nous proposons d'utiliser la méthode de l'autoconfrontation dans la mesure où elle aide à établir une description de l'activité qui se rapproche au plus près de l'expérience du travailleur dans le but d'appréhender la complexité de l'action et des interactions qui se jouent dans l'activité de travail (Cahour & Licoppe, 2010). Selon l'approche de la clinique de l'activité, Clot (1999) recourt à l'échange dialogique et l'élaboration de controverses comme outils pour développer les compétences individuelles et les règles de métier. A l'aide de ces deux approches, nous essaierons de comprendre en quoi l'autoconfrontation se positionne comme étant l'outil le plus performant à mettre en œuvre dans notre recherche pour accéder aux facteurs de conversion.

2. De l'observation à l'autoconfrontation

Nous l'avons compris l'observation à elle seule ne permet pas de comprendre pleinement l'activité de travail déployée par un travailleur. Elle rend compte d'un comportement et donc à ce titre ne témoigne que d'une manière d'être, d'agir ou de réagir. Elle enregistre une attitude ou une conduite. Pour l'analyste du travail, ces considérations ne sont pas satisfaisantes car trop superficielles.

Un des biais principaux de l'observation est que le sujet se sent observé. Ainsi, il va développer des comportements qu'il va juger correspondre aux attentes de l'observateurs. Wallon (1983) indique :

L'attention que le sujet sent fixée sur lui, semble par une sorte de contagion très élémentaire, l'obliger à s'observer. S'il est en train d'agir, l'objet de son action et l'action elle-même sont brusquement supplantés par l'intuition purement subjective qu'il prend de son propre personnage. C'est comme une inquiétude une obsession de l'attitude à adopter. C'est un besoin de s'adapter à la présence d'autrui, qui se superpose à l'acte d'exécution.

Ainsi, les positionnements de l'observateur et de l'observé ne permettent pas une acquisition satisfaisante de connaissances (Clot et al., 2001). Se sachant observé, le sujet s'observe lui-même en exécutant ses tâches. Ainsi, l'observation produit des connaissances pour l'observateur mais aussi une forme d'activité chez le sujet. Cette activité pourrait être qualifiée de suractivité. Engagé dans la réalisation de la tâche qu'il reconstruit pour la rendre opérationnelle, le sujet reconstruit en même temps implicitement son comportement pour le rendre acceptable aux yeux de l'observateur. Par cette attitude, les connaissances produites sont discutables, leur légitimité pour comprendre le travail peut être interrogée.

3. De la compréhension de l'action au développement du sujet

L'observation extérieure peut minimiser l'expérience du travailleur en considérant que ses actions ne sont le résultat que de routines ou d'automatismes acquis au fur et à mesure du temps. De plus, l'observation seule ne peut accéder aux engagements subjectifs mis en œuvre dans l'activité (Clot et Leplat, 2005). Les choix opérés par le travailleur ne sont pas observables. Cependant, l'observation garde toute sa valeur car elle constitue une introduction inévitable à la compréhension du travail. Bakhtine (1984) déclare en ce sens :

Une observation vivante, compétente, impartiale, à partir d'un point de vue quelconque, garde toujours sa valeur et sa signification. La partialité et la limitation d'un point de vue (d'un observateur), voilà quelque chose qui peut toujours être rectifié, complété, transformé (inventorié) à l'aide de cette même observation à partir d'un point de vue différent.

L'autoconfrontation pallie ce manque de connaissances sur les motivations du sujet (Mollo & Falzon, 2004) en l'aidant à appréhender les stratégies choisies et mises en œuvre dans l'accomplissement du travail et en participant à la recherche de ce qui est compliqué à expliquer. Elle peut donner accès à des savoir-faire de prudence qui sont le résultat de mécanismes d'anticipation des dérives susceptibles d'aboutir aux

incidents et /ou accidents (Mhamdi, 1998). Cet exercice éclaire l'analyste du travail sur la compréhension de comment le sujet se situe sur ce qui est à faire, ce qu'il aurait pu faire, ce qu'il aurait voulu faire... (Clot, 2005). Finalement, l'autoconfrontation surpasse l'observation seule en ce qu'elle repositionne l'acteur au cœur de l'activité par la parole qui lui est redonné. La recherche a pour but alors d'avoir accès aux fondements subjectifs de l'acte (Rix, 2002).

4. Activité cognitive dans l'activité

L'autoconfrontation autorise l'analyste du travail à identifier les processus mentaux mis en œuvre dans l'action. Elle permet de saisir le sens de la conduite du travailleur. L'activité cognitive est au cœur du processus d'analyse. Au-delà de la simple image que le travailleur peut avoir de lui-même à travers le film de son activité qui lui est présenté, il est resitué dans sa perspective d'acteur. Ses images le poussent à considérer son activité en en prenant conscience (Rix, 2002). Cette méthodologie permet un certain niveau de réponse à une difficulté existante dans l'analyse du travail qui réside dans l'incorporation des savoirs. La question est alors de définir comment y avoir accès. Elle autorise l'analyste à identifier l'expérience des situations incorporée par le travailleur. Ainsi l'accès à des facteurs primordiaux dans la formation des compétences sera facilité : gestion de la variabilité dans l'activité de travail, règles d'usage du corps, savoir-faire de métier, savoirs pragmatiques mis en œuvre, conduites types, types de raisonnement (Six-Touchard & Falzon, 2013).

5. Une méthodologie de co-analyse

Comme cela a été mentionné précédemment, les travailleurs ne se rendent pas toujours compte des savoirs qu'ils ont acquis tout au long de leur carrière. Les travailleurs expérimentés peuvent avoir du mal à parler de leur travail. Ils savent comment être pertinents et efficaces dans leur travail mais n'ont pas conscience des modes opératoires qu'ils ont construits et mobilisent (Six-Touchard & Falzon, 2013). Il est alors compliqué de faire parler le travailleur de son travail. Afin d'avoir accès à l'activité, l'analyste du travail va devoir entamer une démarche de co-construction de cette compréhension. Seul, il n'a accès qu'à un comportement, et n'a pas conscience de ce qu'il met en œuvre pour accomplir son travail. Une méthodologie de co-analyse est alors indispensable. En ce sens, la clinique de l'activité apparaît comme un instrument efficace du développement de l'expérience. Appuyée par l'autoconfrontation, elle permet un accès fiable à l'identification de l'activité.

Un échange entre le travailleur et l'analyste est inévitable. L'enregistrement vidéo permet cet échange entre les deux protagonistes. Il s'agira de recueillir deux traces vidéo complémentaires : 1 – l'enregistrement de l'action et 2 – la confrontation aux

pairs. Cet exercice consistera finalement à inviter le travailleur à réfléchir sur ce qu'il se voit faire. Il lui est proposé de s'engager dans une activité réflexive. Cette prise de position dépasse la simple compréhension de comprendre pourquoi ce qui est fait est fait mais plutôt de comprendre le cheminement cognitif qui mène à l'action (Clot, 2005). Bakhtine (1970) écrit à ce sujet :

Il est impossible de saisir l'homme de l'intérieur, de le voir et de le comprendre en le transformant en objet d'une analyse impartiale, neutre, pas plus que par une fusion avec lui, en le « sentant ». On peut l'approcher et le découvrir, plus exactement le forcer à se découvrir seulement par un échange dialogique.

La clinique de l'activité, il convient de le rappeler, se construit sur deux principes majeurs : 1 – le développement de méthodes dialogiques pour développer le pouvoir d'agir du travailleur et 2 – le rapport entre le sujet individuel et le collectif (Duboscq & Clot, 2010).

Les méthodes dialogiques participent à la création d'une co-construction du pouvoir d'agir par l'interaction des acteurs en présence qui favorise cette construction par leurs échanges. Les conduites opératoires sont expliquées, les stratégies sont partagées, un dialogue intérieur est instauré, permettant au travailleur d'améliorer sa performance par le développement de marges de manœuvre supplémentaires. Cette construction du pouvoir d'agir s'appuie également sur le conflit intérieur du sujet et sur son rapport à un collectif qui nourrit le dialogue intérieur du sujet, notamment sur le plan conflictuel. Ainsi, un dialogue à deux dimensions apparaît : un dialogue extérieur avec l'interlocuteur et un dialogue intérieur au sujet lui-même (soit intrapsychique). Finalement, cette mise en débat des pratiques soumet le travailleur à une critique de son propre comportement par lui-même ainsi qu'à la critique du collectif (Mhamdi, 1998).

6. L'autoconfrontation pour construire le genre et le style professionnels

L'autoconfrontation nourrit la discussion entre les membres d'un collectif de travail. Par la rencontre des accords mais aussi des oppositions, les travailleurs mettent en place des règles implicites et explicites de fonctionnement. Il s'agit pour les opérateurs de construire ce que Clot et al. (2001) appellent un « répertoire des actes convenus ». Ce répertoire a pour fonction de réunir tous les pairs autour d'un mode opératoire partagé, commun et reconnu comme étant la bonne manière d'accomplir le travail, et se présente comme le résultat d'une concertation du collectif qui s'est construite dans le temps. Ce genre constitue une ressource sur laquelle s'appuyer pour faire face aux difficultés du réel du travail. Il est un cadre général définissant les règles à suivre pour réaliser un « bel ouvrage ».

Dans ce cadre défini, chaque travailleur a la possibilité d'y inscrire son empreinte personnelle, il s'agit alors du style du travailleur, dont nous avons déjà largement parlé, qui s'exprime dans la réalité. Clot et al. (2001) définissent le style comme une mise en œuvre du genre dans la réalité. Le style est pour le travailleur un instrument de l'action pour ajuster le genre au réel. L'expression de cette empreinte personnelle favorise le développement du sujet et lui accorde un certain pouvoir d'action. La combinaison du développement et du pouvoir d'agir joue un rôle fondamental dans le développement de la santé au travail.

L'autoconfrontation inscrit les travailleurs dans une activité dialogique qui les mène à une réflexion sur leur pratique. Finalement, ils vont porter chacun leur style dans le dialogue engagé pour comparer leurs modes opératoires. Ce qui est mis en discussion dans l'autoconfrontation, c'est bien le style personnel de chaque travailleur en présence. Les échanges produits en autoconfrontation contribuent à former le genre professionnel du collectif de travail.

7. Un outil pour l'activité future

L'activité d'autoconfrontation offre un double avantage au travailleur. Elle engage le travailleur dans une activité réflexive lui permettant une auto-analyse de son travail. Le dialogue intérieur instauré le confronte à ses choix et ses actions dans la réalité. Et en continuité, elle permet au travailleur de capitaliser de la connaissance ainsi que la maîtrise de certains mécanismes réutilisables dans des situations futures. Par cette capitalisation, l'autoconfrontation participe donc au développement du sujet engagé dans son activité constructive. De plus, l'activité dialogique dans laquelle le travailleur s'interroge peut être considérée comme une activité sans fin, le dialogue intérieur pouvant ne jamais être interrompu. Le travailleur peut être amené à constamment questionner ses choix, ses motivations, ses décisions ainsi que tout ce qu'il met en œuvre dans la réalité.

8. Les autoconfrontations simples et croisées

L'exercice de l'autoconfrontation peut prendre plusieurs formes. Lorsque le travailleur est confronté à la vidéo de son activité, il s'agit d'une autoconfrontation simple. Si un ou des collègues sont en présence du travailleur et visionnent la vidéo de son activité, il s'agit d'une autoconfrontation croisée. L'autoconfrontation devient une alloconfrontation lorsque le travailleur dont l'enregistrement vidéo a été réalisé n'est pas présent lors du visionnage en présence d'un collègue (alloconfrontation simple) ou de plusieurs collègues (alloconfrontation croisée).

Précisément, l'autoconfrontation simple consiste à positionner le travailleur face à son propre travail. A travers un enregistrement d'une phase de son travail, il devient un observateur extérieur de son activité, tout ce qui pour lui était évidence redevient question (Clot, 2005). Cette confrontation à l'activité de travail favorise la mise en relief des processus cognitifs utilisés dans la réalisation du travail. Cette mise en relief offre au travailleur la possibilité de prendre conscience des procédures qu'il utilise et de clarifier les processus mis en œuvre dans l'activité de travail (Mollo & Falzon, 2004).

L'autoconfrontation croisée consiste à présenter un enregistrement vidéo à un groupe de travailleurs en présence de celui qui a été filmé. Ainsi, l'autoconfrontation croisée, par les dialogues qui s'installent entre les pairs, favorise l'apparition de sujets de controverse entre les pairs. Ces sujets de controverse ne peuvent pas apparaître dans les autoconfrontations simples. Ils naissent de la rencontre des styles professionnels personnels de chaque travailleur. La place du « on », qui pouvait être utilisé dans l'autoconfrontation simple, se retrouve bousculée par la confrontation des styles (Clot, 2005). Le dialogue entre les travailleurs élargit le dialogue entre eux et en eux sur leurs pratiques professionnelles (Dubosq & Clot, 2010).

Comme cela a déjà été mentionné, l'autoconfrontation dépasse l'apport des observations par une approche plus fine dans l'analyse du travail. Les intérêts de l'autoconfrontation sont différents selon les auteurs. Pour Mhamdi (1998), l'autoconfrontation permet la confrontation de son propre savoir avec celui des autres. Mollo (2002) ajoute que l'autoconfrontation permet d'accéder à une meilleure compréhension des procédures mises en œuvre par la confrontation des différentes façons de faire, aboutissant à la construction de nouvelles pratiques mais aussi autorise une mise à distance temporelle et physique de la tâche permettant la mise en œuvre d'une activité réflexive indispensable pour construire les nouvelles pratiques. Par ailleurs, Dubosq et Clot (2010) indiquent que l'autoconfrontation tente de caractériser les développements de l'activité observée. Finalement, pour Boubée (2012), elle possède une richesse polysensorielle (image et son), et représente un soutien mémoriel important, co-analyse participants(s)/chercheur.

9. Opérationnaliser l'autoconfrontation

L'autoconfrontation est un exercice relativement invasif d'analyse du travail. L'activité de travail est enregistrée et fixée sur un support vidéo. Le travailleur se retrouve face à lui-même, n'ayant pour marge de manœuvre en cas de malaise face à ce qu'il se voit faire que de commenter et tenter d'expliquer. Il ne peut cacher ou revenir sur ce qui est enregistré. Tenant compte de cette considération, il est indispensable que les travailleurs engagés dans cet exercice soient volontaires et informés du déroulement de la procédure d'analyse. Dans le cas des

autoconfrontations croisées, il est important de choisir des situations qui soient aussi proches que possible les unes des autres afin de faciliter la comparaison (Clot et al., 2001).

Les phases à mettre en place sont les suivantes :

Phase 1 : Réalisation d'une analyse de l'activité (observations) pour comprendre les dimensions essentielles de l'activité au sein de la situation de travail et identifier les compétences mobilisées dans l'activité de travail.

Phase 2 : Constitution du groupe d'analyse

. Présentation des résultats de l'analyse de l'activité au groupe.

. Le groupe va déterminer les phases de travail les plus pertinentes à étudier.

Phase 3 : Réalisation des supports vidéo

Pour Mollo et Falzon (2004), trois caractéristiques importantes ressortent lors de l'enregistrement vidéo :

Critère de vérité : l'enregistrement vidéo évite les distorsions dues à la prise de note ;

Critère d'exhaustivité : l'activité est complètement capturée, pas d'omissions ;

Critère de fidélité : l'enregistrement vidéo évite les distorsions de l'activité.

. L'analyste du travail réalise les vidéos des situations reconnues comme étant les plus significatives dans l'activité de travail.

. L'analyste travaille à la création d'un schéma de compréhension d'une situation de travail qui représente l'activité et établit les relations de causalité entre les différentes composantes de la situation de travail (Six-Touchard & Falzon, 2013).

Phase 4 : Autoconfrontation simple

. Discussion autour du schéma de compréhension.

. Le travailleur observé est placé face à sa vidéo.

. Un film de la conversation est enregistré.

L'opérateur est invité à décrire les opérations d'exécution puis décrire et expliquer les opérations d'orientation et de contrôle de ses actions.

Phase 5 : Autoconfrontation croisée

. La vidéo du premier enregistrement est montrée au collectif.

. Un film de la conversation est enregistré.

La trace principale présentée jusqu'à présent consiste en un enregistrement vidéo. Il a été présenté l'avantage de la vidéo dans l'analyse du travail. Cependant, d'autres nombreuses traces peuvent être identifiées et étudiées pour faire parler les travailleurs de leur activité. Ces traces de l'activité peuvent avoir deux origines. La première consiste en la production personnelle du travailleur. Il peut par exemple rédiger des notes ou des documents, produire finalement un élément qui permettra d'en savoir davantage sur son activité. La seconde source des traces de l'activité peut être produite par l'analyste en dehors des vidéos réalisées (graphe d'activité par exemple). Ainsi, l'analyste ouvre un nouveau champ de ce qu'il a observé et propose au travailleur, une nouvelle forme d'activité réflexive.

Pour Rix-Lièvre (2010), le travailleur ne rencontre pas une situation déterminée en soi mais rencontre une situation qu'il construit : « Il s'agit alors de prendre en compte la manière dont, aux prises avec des circonstances particulières, l'acteur construit spontanément la situation dans laquelle il agit ». Le travailleur est le bâtisseur de la situation qu'il vit. Il est alors intéressant pour l'analyste du travail de diversifier ses outils pour avoir accès aux mécanismes de cette construction. Même si les outils principaux restent l'autoconfrontation simple et l'autoconfrontation croisée, la possibilité d'ouvrir l'objet de l'autoconfrontation à d'autres supports que la vidéo permet d'accéder à des espaces de découvertes élargis. Au-delà des actes que le travailleur se voit faire et sur lesquels il essaie de poser une signification, ou parfois même une justification, celui-ci est amené à réfléchir sur ses actes productifs et leur lien avec le besoin de performance dans l'activité réalisée.

Ce qu'il faut retenir...

Pour l'analyste du travail, la seule observation du comportement du travailleur n'est pas suffisante pour avoir une connaissance approfondie du travail. Le comportement n'explique pas la motivation, les mécanismes décisionnels et tous les autres processus qui permettent au travailleur de faire son travail de la manière dont il le fait. La méthodologie de l'autoconfrontation favorise une étude approfondie du travail et de tous les mécanismes mis en œuvre pour pouvoir le réaliser dans la réalité. L'autoconfrontation peut être simple. Elle permet alors une compréhension de ce qui est mis en jeu par le travailleur pour réaliser son travail. Dans une activité dialogique avec l'analyste du travail, le travailleur est amené à indiquer ses choix et à présenter ses stratégies opératoires. Dans l'autoconfrontation croisée, le travailleur confronte sa pratique professionnelle à celle de ses pairs. Elle favorise le « conflit » professionnel favorisant ainsi la construction du genre professionnel du collectif de travail. L'intervenant nourrit son analyse de l'étude de la naissance et du développement de ces conflits et de leur conséquence dans la réalisation du travail.

Chapitre 8 : Construction de la problématique et enjeux de la recherche

1. L'activité questionnée par l'approche par les capacités

Les modèles de la santé présentés précédemment mentionnent une relation certaine entre le sujet et son environnement. Ces modèles reposent sur une approche « stimulus-réponse » qui positionne le sujet comme subissant l'environnement plutôt que participant dans une relation dynamique à construire l'environnement autant que l'utilisant, notamment au niveau des ressources qu'il propose.

Pour le modèle de l'ISR (French & Kahn, 1962), l'écart proposé entre environnement objectif et environnement subjectif est intéressant en ce qu'il indique que la perception par le sujet, l'invite à mobiliser des ressources différentes selon son histoire, son expérience et sa compréhension propre de la situation. La différenciation entre ces deux types d'environnement introduit la notion de stress comme facteur pouvant porter atteinte à la santé. Le sujet subit alors l'environnement selon ce qu'il en perçoit.

Cette proposition nous apparaît comme peu développementale alors que nous considérons que le sujet est un acteur dans la situation de travail, interagissant avec son environnement. Cette proposition s'éloigne des considérations portées par l'approche par les capacités, proposant au travailleur un mouvement constant entre lui et son environnement.

Dans le même ordre d'idée, le modèle de l'adéquation personne-environnement (APE) retient l'écart qui peut exister entre environnement objectif et environnement subjectif mais ne positionne pas le sujet comme acteur de sa santé. Même si le soutien social au travail joue un rôle au niveau de l'environnement subjectif, la santé est considérée comme une réaction et non comme une construction.

La proposition de Hackman et Oldham (1976), introduisant la notion de caractéristiques individuelles venant influencer les réactions expérientielles à court terme place le sujet avec l'ensemble de ses acquis mais n'aborde pas les processus de la construction de ces caractéristiques qui renforceraient ou freineraient les réactions en découlant. La relation entre le sujet et l'environnement reste toujours sur un mode réactionnel unilatéral.

L'approche par les ressources de Karasek et Theorell (1990) propose une forme de conscientisation des ressources proposées par l'environnement pour réaliser une

tâche ouvrant ainsi la voie à une possibilité de réguler le travail et d'utiliser ou de construire des marges de manœuvre. Le travail autour des ressources apparaît en écho aux propositions de l'approche par les capacités mais ce modèle demeure partiellement réactionnel, laissant peu de place à une élaboration des conditions permettant la construction et la préservation de la santé au travail.

Le modèle de la gestion préventive du stress (GPS), même s'il reste réactionnel, propose des dimensions pouvant aider à la construction de la santé mais laisse de côté les interactions dynamiques entre l'individu et l'environnement.

Si nous reprenons, nous avons souligné que la littérature positionne le sujet comme étant un sujet agissant sur les situations qui le concerne tout en évoluant dans un environnement mouvant qui conditionnerait l'atteinte de ses objectifs. Le travail pourrait être envisagé comme la possibilité pour un individu d'aller à la rencontre de lui-même, à la rencontre de ses capacités créatives lorsqu'il retravaille la prescription pour l'amener dans le réel. Or, nous partons du postulat que le sujet dans l'activité est toujours un sujet innovant. Comme cela a été mentionné en amont dans les modèles présentés en ergonomie et psychologie du travail, le sujet est créatif dans son activité dans le sens où il ne peut mettre en œuvre la prescription comme elle lui est présentée. La capacité d'innovation joue donc un rôle prépondérant dans la construction et la préservation de la santé (Böhle & Milkau, 1998 ; Wilson, 2012). La santé au travail est le résultat d'un maillage des différentes capacités disponibles mises en œuvre, ou ayant la possibilité d'être mises en œuvre. Quand l'innovation n'est pas ou plus possible, apparaissent alors des problèmes et des troubles portant atteinte à la santé du travailleur (Weill-Fassin & Valot, 1997 ; Flageul-Caroly, 2001), ce qui n'est pas retrouvé dans les modèles de la santé repris précédemment.

Dans cette activité constructive, les compétences qui sont, nous l'avons mentionné, considérées largement comme des savoirs stabilisés servent l'activité de recrutement en étant identifiables dans des référentiels. Mais qu'en est-il de la réalité du travail dans ces listes de savoirs qui apparaissent statiques, appris mais qui ne font pas écho à la réalité du travail et de l'activité de travail de l'opérateur. Même si elles peuvent parfois apparaître comme étant un construit dans l'action, leur valorisation ne porte pas la même résonance que les capacités qui deviennent, dans l'activité, des capacités, c'est-à-dire des réalisations dans la réalité. Nous estimons que le statut de la compétence comme savoir stabilisé ou en devenir, n'est pas suffisant pour participer au développement des conditions nécessaires à la santé au travail.

Ainsi, l'approche par les capacités issue du domaine de l'économie est empruntée ici pour tenter de construire un modèle développemental explicatif des mécanismes aboutissant à la santé au travail. Le développement dont il est fait référence consiste en la construction de ressources propres à l'individu. Cette vision constructiviste, à laquelle nous adhérons, dépasse la considération habituelle, et consiste à voir le

travailleur comme un utilisateur de ressources, qu'elles lui soient internes ou externes. Dans cette approche, au-delà de convoquer des ressources identifiables, le travailleur est producteur de nouvelles ressources (développement d'un nouveau mode opératoire, apprentissage spécifique appris...). Cette construction n'est possible qu'à certaines conditions, notamment que l'activité de travail ait lieu dans un environnement capacitant (Falzon, 2007 ; Vidal-Gomel et al., 2012 ; Oboeuf et al., 2016).

Le collectif de travail constitue une des ressources opérantes à condition que le genre professionnel y soit correctement discuté et construit. Ainsi, si le collectif est une ressource pour le travailleur, le genre doit également en être une. Le genre devient ressource en ce qu'il pose les critères de qualité à respecter pour que le travail réalisé soit accepté et reconnu par le collectif. Les règles qui y sont définies bornent – au sens de guident, et pas de limitent - l'activité productive du travailleur. L'enjeu est de savoir comment les capacités sont construites au sein du collectif. Le collectif bénéficie-t-il de l'ensemble des capacités individuelles ou est-il en mesure de créer ses propres capacités ?

Notre travail de recherche s'inscrit dans une approche peu orthodoxe qui est d'inviter une approche d'un autre domaine (l'économie dans ce cas) pour éclairer une question particulière. Il s'agit pour nous d'introduire l'approche par les capacités pour questionner la construction et la préservation de la santé au travail dans le point de vue de l'ergonomie et de la psychologie du travail. Nous pouvons nous interroger sur l'apport de cette approche pour interroger l'activité de travail ainsi que sur la possibilité qu'elle offre d'œuvrer à la transformation des situations de travail.

2. Questions de recherche

La santé est préservée ou développée au travail seulement si des conditions favorables sont proposées au travailleur. Les conditions matérielles de travail ne sont pas les seules conditions à respecter pour préserver la santé au travail et l'une des conditions supplémentaires serait la possibilité pour le travailleur de développer et de faire usage de son pouvoir d'agir. Ce pouvoir d'agir s'exprimerait par le développement de capacités et le recours à des marges de manœuvre pour faire face aux exigences du travail réel. Quand il peut pleinement se saisir de son pouvoir d'agir, le travailleur serait alors en mesure de préserver et de développer sa santé dans le travail.

Le développement du pouvoir d'agir s'apparente, nous l'avons souligné, à un processus dynamique qui nécessite un équilibre entre tous ses composants (les capacités individuelles et collectives, la transformation de ces capacités en capacités et leur mise en œuvre dans la réalité, en utilisant les marges de manœuvre à

disposition, cet ensemble se développant dans un environnement situé). Ainsi, il demeurerait une ressource pour la préservation et le développement de la santé au travail, notamment en ce qui concerne le développement et la mise en œuvre de facteurs de conversion et la mobilisation des ressources opératoires pour la mobilisation des marges de manœuvre indispensables à l'activité. Les facteurs de conversion sont tous les éléments en possession du travailleur ou qu'il va pouvoir se construire pour rendre opérationnelles dans l'activité réelle, les capacités nécessaires à la réalisation du travail. Ils interviendraient lorsque les capacités (éléments en possession du travailleur permettant d'envisager la réalisation d'une tâche : compétences...) seraient transformées en capabilités, c'est-à-dire que les capacités deviendraient opérationnelles dans l'activité réelle, sous certaines conditions, dont notamment la mobilisation de ressources opératoires qui consisterait à faire usage de marges de manœuvre disponibles ou à créer.

Un des intérêts de ce travail de recherche consiste à identifier les facteurs de conversion et de comprendre leur rôle dans le développement de l'activité permettant ainsi d'atteindre une certaine performance dans le processus de préservation de la santé au travail. Les outils que nous allons mettre en œuvre devraient nous permettre d'accéder à cette connaissance.

Question de recherche n° 1

Notre première question de recherche consiste à comprendre comment les éléments constitutifs de l'Approche par les capacités, c'est-à-dire les différents processus mis en œuvre (Processus Liberté, processus Opportunités et processus Capabilités), les capacités (Capacités de choix, capacités de réalisation et capacités à délibérer et à exprimer sa voix) ainsi que les facteurs de conversion participent au développement des conditions de construction et de préservation de la santé au travail des personnels hospitaliers.

Question de recherche n° 2

Notre deuxième question de recherche s'inscrit en ligne directe de la première. Nous nous interrogerons sur la construction des facteurs de conversion, sur le rôle qu'ils occupent dans la mise en œuvre des processus et des capacités dans le cours du développement de l'activité, et comment ils peuvent apparaître en soutien aux marges de manœuvre internes ou externes.

Question de recherche n° 3

La troisième question interroge l'approche par les capacités quant à sa possibilité d'agir sur la transformation des situations de travail ou ne se limite-t-elle qu'à une démarche descriptive aidant à l'analyse des situations de travail ? L'enjeu est alors de comprendre comment identifier et analyser les facteurs de conversion dans leur action sur les processus pour transformer les situations de travail.

Question de recherche n° 4

La quatrième question de recherche repose sur le rôle des facteurs de conversion en tant que piliers dans la conception d'environnements capacitants, résultats de la mise en œuvre de l'approche par les capacités, et comment ils contribuent à la construction et au développement de la santé au travail ? Si oui, quels sont les mécanismes mis en œuvre pour obtenir cette contribution ?

Pour accéder à cette compréhension de l'influence de l'approche par les capacités sur la construction et le développement de la santé au travail, nous proposons une approche méthodologique construite sur les apports de l'ergonomie de l'activité et de la clinique de l'activité en psychologie du travail.

3. Le modèle théorique de recherche

En prenant des références en ergonomie et en psychologie du travail, cette recherche s'appliquera à mettre en place une méthodologie permettant un croisement des différents concepts pour éclairer la problématique qui nous intéresse. Afin d'appréhender les questions de recherche présentées précédemment, un modèle s'appuyant sur l'articulation entre les concepts de l'activité du point de vue de l'ergonomie et de la psychologie du travail est proposé, inspiré par la recherche bibliographique présentée précédemment.

Le modèle proposé (voir figure 20) synthétise l'ensemble des notions présentées précédemment. C'est un modèle dynamique qui permet le développement et la préservation de la santé au travail parce qu'il favorise :

- 1 – la possibilité de développement du sujet au travail par l'apprentissage et l'acquisition de capacités ;
- 2 – la possibilité de mettre en œuvre ces capacités (qui deviennent des capacités) : il s'agit de la possibilité de faire, de mettre en action ;

3 – la possibilité d'utiliser l'expérience acquise pour développer de nouvelles capacités.

L'originalité et la force de ce modèle s'appuie notamment sur la conception et la mise en œuvre des facteurs de conversion et sur la mobilisation des ressources opératoires. Ce modèle (Figure 20) conduira notre action sur le terrain. Il présente la construction du travail selon le recours à des capacités mobilisées. Cette mobilisation s'opère dans un environnement particulier (situé). Elle repose sur les fondations que sont le collectif de travail et l'activité collective. Le passage des capacités à un accomplissement génère une activité constructive à la base du développement de l'individu. Le modèle proposé souligne la relation irréfragable de l'activité productive et de l'activité constructive, la première induisant la seconde. Cette relation est au cœur même de la construction et de la préservation de la santé au travail.

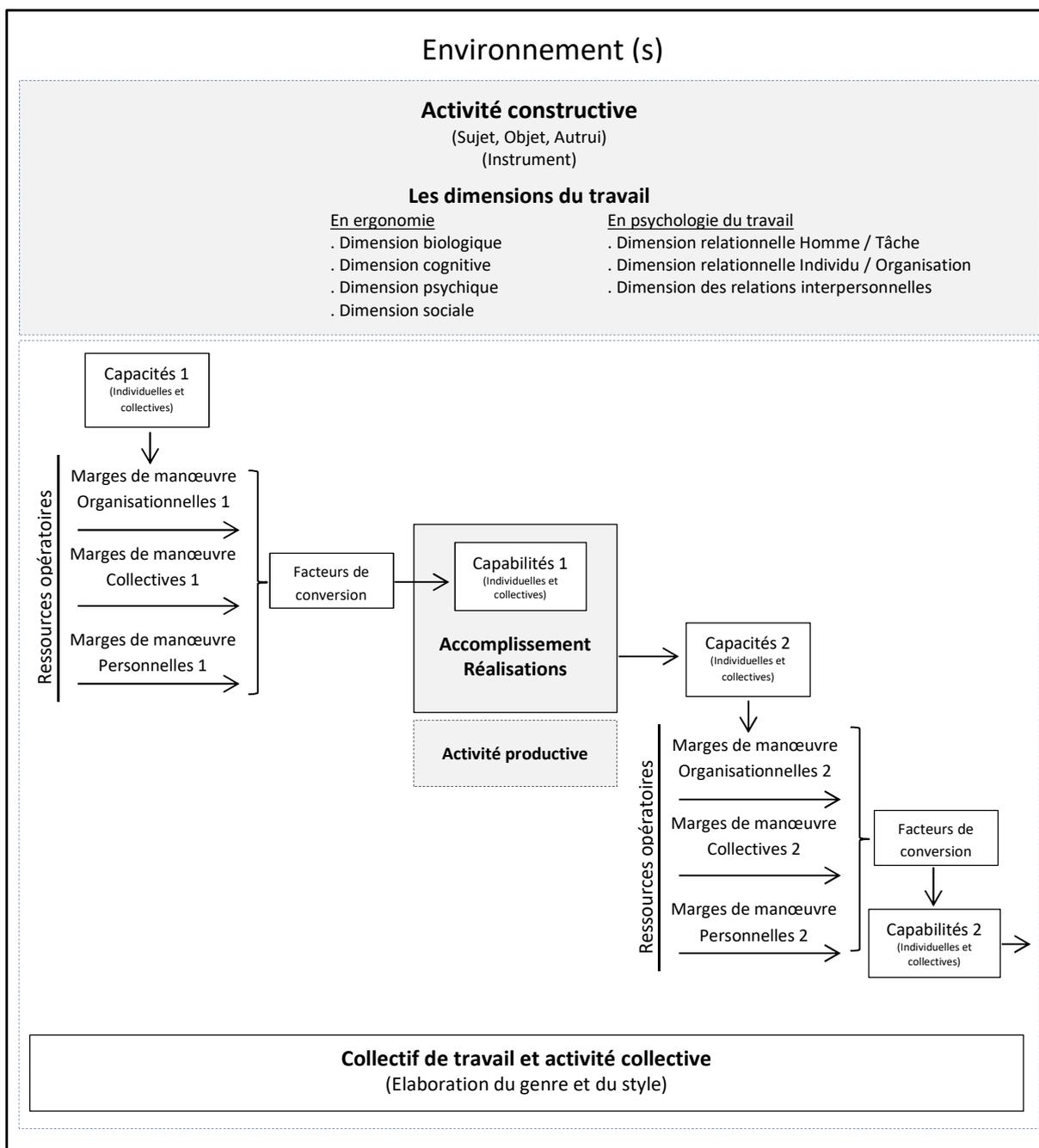


Figure 20 : Modèle théorique de recherche – Approche de la santé au travail par les capacités.

4. Appréhender les capacités au travail : tentative méthodologique

Après avoir présenté le modèle de l'approche par les capacités, la question de l'investigation de ce modèle dans la réalité se pose. Demeure-t-il un modèle purement théorique ou peut-il être opérationnalisé dans la vie réelle de l'individu ? Si oui, quels sont les outils à disposition ?

Dans son œuvre, Sen n'a pas proposé d'outils pratiques pour investiguer sa notion phare de « capacités » (Oboeuf et al., 2008). Le passage de la théorie à l'enquête de

terrain reste une difficulté importante dans l'approche de Sen (Zimmermann, 2008). C'est en ce sens toute l'originalité de cette recherche. Depuis Sen, des auteurs ont proposé différentes méthodes d'investigation de la question des capacités. C'est ce que nous allons découvrir dans cette partie. Nous préciserons le point de vue retenu dans notre travail de terrain dans le chapitre suivant (Problématique et cadre méthodologique).

L'approche par les capacités propose de s'intéresser à la base d'informations sur lesquelles s'appuient les décisions d'évaluation. Le modèle de l'approche par les capacités indique que l'individu est constamment à rechercher, évaluer, investiguer des informations lui permettant de prendre des décisions. Il doit trouver les informations nécessaires qui vont le conduire dans son action (Farvaque, 2008). Il opère des choix sur la base de ces informations recueillies. C'est le point clé de cette approche : savoir pour pouvoir prendre des décisions qui conduisent à l'action et finalement à la réalisation des tâches envisagées.

Les capacités possèdent un nombre considérable de dimensions : des opportunités, des ressources, des compétences, des réalisations, des préférences, des latitudes de choix individuel, des facteurs de conversion... tous ces éléments ayant pour objet de transformer des occasions en réalisations effectives. Ainsi, l'espace d'investigation propose une multitude de chemins possibles. Les capacités sont à l'intersection de plusieurs pistes d'investigations possibles (Zimmermann, 2008).

Oboeuf et al. (2016) proposent de s'intéresser en premier lieu aux contraintes inhérentes à une situation. Pour ce faire, les auteurs présentent les observations et les entretiens comme les outils incontournables de cette investigation. Ils soulignent l'importance de l'observation in situ afin de compléter ce qui aurait pu être déclaré par un individu lors d'entretiens ou à travers un questionnaire. Avec ces deux derniers outils, des oublis (volontaires ou non) peuvent apparaître. Les observations pourraient aider à combler ces oublis. Ils estiment que les observations permettent de questionner les moments de mise à l'épreuve des capacités dans la réalité.

Zimmermann (2008, p. 130), quant à lui, envisage l'investigation des capacités à partir des réalisations et de « reconstituer *a posteriori* l'espace des choix possibles dans le cours de l'action ». Cette méthode part de l'idée qu'il est plus facile d'observer l'absence des capacités à travers les difficultés rencontrées que l'étendue des capacités existantes. Il s'agit de remonter le cours de l'action pour identifier les éléments (présents ou absents), notamment les capacités convoquées, qui ont permis la réalisation de l'action. L'auteure propose une alternative à cette méthodologie qui est de s'intéresser non plus aux réalisations, à ce qui est accompli mais plutôt d'identifier dans l'action les moments de mise à l'épreuve des capacités. Il est alors indispensable, dans un premier temps, d'identifier la nature de ces moments.

Fernagu-Oudet (2016 ; 2018, p. 233) choisit un positionnement différent pour l'étude des capacités, positionnement auquel nous adhérons et qui conduira notre recherche. Son intérêt se porte sur les processus mis en œuvre. Cette méthodologie repose sur l'analyse des interactions entre capacités d'action, capacités de choisir, entre processus « opportunité » et processus « liberté ». Il s'agit dans cette approche méthodologique « de mettre en lumière ce qui conduit les individus à agir comme ils le font, à poser les choix qu'ils posent, à être et faire ce qu'ils ont envie d'être et de faire ». Il s'agira dans un premier temps de réaliser une analyse des moyens et des opportunités dont l'individu dispose pour agir. Cette méthodologie permet à la fois d'évaluer le caractère capacitant des organisations et aussi d'analyser comment les environnements de travail offrent ou non des possibilités de développement professionnel au regard des facteurs individuels, collectifs et organisationnels dans leurs interactions. Pour ce faire, trois processus ont été identifiés dans l'approche par les capacités et peuvent être investigués dans cette approche méthodologique : le processus « opportunités » (conversion des ressources en capacité d'action), le processus « liberté » (construction des choix, possibilités de faire et d'être), le processus « capacités » (voir figure 10). En ce sens, nous retiendrons dans l'analyse l'articulation de ces processus dans le déroulement de l'activité de l'opérateur.

5. Approche pluridisciplinaire

La compétence complémentaire principale à l'approche par l'ergonomie recherchée dans ce travail est celle apportée par la psychologie du travail et de son approche en clinique de l'activité. Compte tenu de la thématique de ce travail d'étude, il nous semble indispensable de convoquer plusieurs compétences qui aideront à éclaircir nos interrogations.

Pour organiser l'action pluridisciplinaire (et interdisciplinaire), nous proposons de suivre le cheminement présenté dans la figure n°21 suivante.

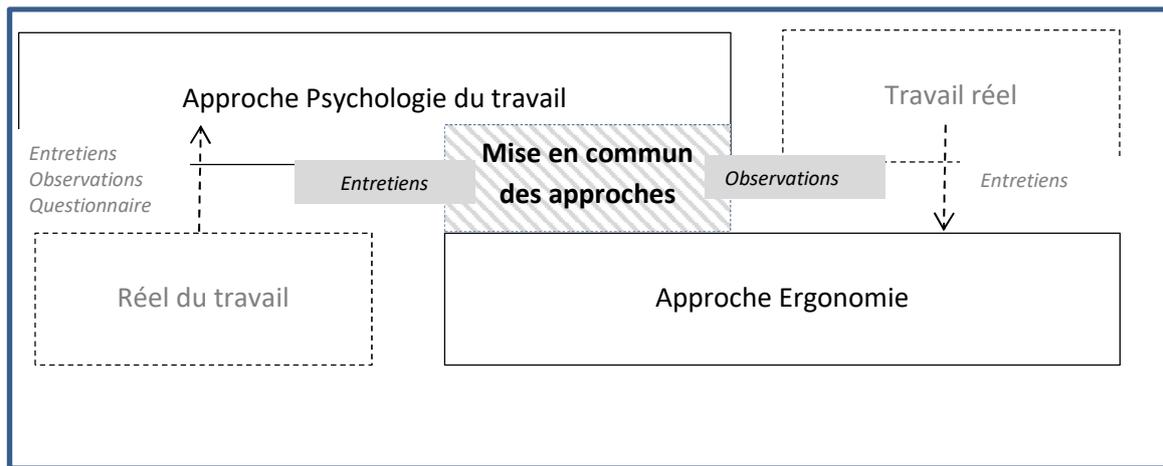


Figure 21 : Action pluridisciplinaire Ergonome-Psychologue du travail.

Cette méthodologie s'appuie sur un croisement des approches pour avoir une vision des situations de travail éclairée par deux angles différents, mais aussi complémentaires. Ce schéma indique que l'ergonome ou le psychologue du travail, même s'ils effectuent des actions de terrain distinctes, peuvent se retrouver pour mener des entretiens ensemble ou observer des situations ensemble.

Le travail de recherche va ainsi s'intéresser à ces trois processus avec un focus plus particulier sur le processus opportunités, se situant la réalisation effective de la tâche et faisant écho à la notion de pouvoir d'agir en ergonomie et psychologie du travail. Le processus opportunités porte la notion de facteurs de conversion qui sont un pont entre l'individu et son environnement.

Ce qu'il faut retenir...

Sen n'a jamais proposé d'outil méthodologique pour investiguer ou opérationnaliser son approche par les capacités dans la réalité.

Des auteurs ont fait des propositions méthodologiques, reprises dans le tableau suivant (tableau 6) :

Tableau 6. Propositions méthodologiques pour investiguer les capacités.

OBOEUF, D'ARRIPE, FANTONI, COLLARD & COLLARD	ZIMMERMANN	FERNAGU-OUDET
(2016)	(2008)	(2016 ; 2018)
Analyse des contraintes	Analyse des réalisations	Analyse des processus
Entretiens, questionnaires et observations pour étudier les moments de mise à l'épreuve des capacités dans la réalité	Analyse des choix possibles Intérêt de l'absence de capacités dans une situation	Analyse des moyens et des opportunités Développement professionnel Processus opportunités Processus liberté Processus capacités

Chapitre 9 : Choix méthodologique : vers une méthodologie qualitative

1. Introduction

La démarche mise en œuvre dans cette recherche prend en compte autant l'aspect de la construction et du développement de la santé que celui de l'atteinte d'une certaine performance dans le travail. Nous étudierons les processus qui permettent aux facteurs de conversion d'être opérants et ainsi de favoriser le développement du pouvoir d'agir dans l'activité, ces processus permettant le développement de ressources constructives pour la personne (capacités, compétences, marges de manœuvre, régulations, mise en œuvre de ressources opératoires). La compréhension de ces processus apportera également un éclairage sur ce qui peut être source d'empêchement dans le travail et donc susceptible de porter atteinte à la santé comme sur ce qui est source de développement individuel et collectif (équipes de travail) et donc susceptible de la sauvegarder. Pour ce faire, nous nous inscrirons dans une démarche de recherche interventionnelle alliant les travaux issus de la littérature scientifique et du travail d'observations sur le terrain. Elle contribuera à construire des connaissances transposables à d'autres systèmes de travail. Cette recherche est qualifiée d'interventionnelle car elle s'attache à rechercher de la connaissance tout en proposant de transformer, par l'étude effectuée, le travail des personnels interrogés. Elle ne se limitera pas seulement à la recherche et à la création de connaissances mais devra apporter des changements dans les systèmes de travail investigués.

Les données seront recueillies en utilisant 2 outils : des observations (générales et approfondies) et des autoconfrontations (simples et croisées) permettant d'avoir accès à l'activité développée par les agents. Les observations seront mises en œuvre pour observer les agents en action, dans leur environnement afin de recueillir des données sur la réalisation de leurs tâches (différence entre le travail prescrit et le travail réel, modes opératoires, régulations, utilisation de marges de manœuvre...). Les autoconfrontations simples et les autoconfrontations croisées permettront d'accéder à une compréhension plus profonde du travail car il est commenté par celui qui le réalise ou ceux qui lui sont associés. Ainsi, des échanges sur les pratiques professionnelles, leur construction et leur développement sont attendus.

A partir de ces considérations, il est proposé d'étudier un service dans lequel la question de la santé au travail ne pose pas de difficulté particulière en se basant sur des données issues de la médecine du travail, et en contrepartie, d'étudier un service pour lequel les difficultés de santé au travail sont prouvées (absentéisme, interventions du service de santé au travail notamment...).

2. Population concernée

Dans ce travail, il s'agit d'étudier la population infirmière (IDE) de deux services. Nous avons pris ce parti car ce collectif est à la croisée de plusieurs interactions importantes dans la vie d'un service (IDE/Médecin, IDE/Aide-soignant, IDE/Patient). Il nous semble essentiel de considérer la convergence (ou les divergences) entre le corps médical et le corps paramédical sur la problématique proposée. Pour ces deux corps professionnels, les logiques peuvent différer, les critères relatifs au « travail bien fait » peuvent ne pas être partagés et sont donc susceptibles d'être sources de discussion. L'organisation du travail des médicaux et des paramédicaux n'est pas la même (temps de travail différent, temps de présence auprès du patient différent, temps de présence dans le service différents, relations hiérarchiques déséquilibrées...). Nous étudierons un service dont les indicateurs de santé sont stables et un service dont ces mêmes indicateurs sont alarmants (absentéisme important, déclaration des maladies professionnelles en hausse, nombre de visites à la demande élevé auprès de médecin du travail...).

Tableau 7. Données relatives aux observations en Chirurgie colorectale et en Chirurgie hépatobiliaire.

Services :	Chirurgie colorectale	Chirurgie hépatobiliaire
Nombre d'IDE observées (observation générale)	2	2
Nombre d'IDE filmées	4	7
Nombre de films réalisés	12	10

Le nombre d'agents observés varie d'un service à l'autre mais le nombre de films est quasi-identique, fournissant ainsi assez de matériaux à notre recherche (tableau 7).

3. Description de l'intervention

Le déroulement de l'intervention s'est effectué en utilisant plusieurs outils :

Des outils de recueil de données, d'investigation du terrain : observations générales, observations approfondies, autoconfrontations d'abord simples puis croisées. La complémentarité de ces outils est apparue fondamentale pour arriver à comprendre l'activité de travail telle qu'elle était effectuée et régulée (différences entre travail prescrit et travail réel, régulations mises en place pour réussir à accomplir le travail, ressources utilisées ou non) et ainsi nous permettre d'identifier des facteurs de conversion et leur fonctionnement dans la réalisation de l'activité.

Des outils de compréhension et d'analyse : analyse des données (analyse des mécanismes : facteurs de conversion). Ces analyses ont permis d'ordonner et de comprendre les éléments recueillis pour comprendre le fonctionnement des facteurs de conversion et leur rôle dans la préservation de la santé au travail et la performance.

Des outils de communication : réalisation d'un diagnostic, restitution du diagnostic qui a servi d'objet intermédiaire avec les différents protagonistes de la recherche. Ils ont permis de rendre compréhensible par le plus grand nombre les données recueillies et les éléments explicatifs des facteurs de conversion.

Des outils de valorisation : exploitation des données pour la recherche, création d'un outil opérationnel livrable à l'institution.

La méthodologie retenue est une méthodologie qualitative. Elle a pour objectif d'interroger le travail par l'intermédiaire des observations générales de l'activité puis par les différents types d'autoconfrontations. Cette méthodologie nous semble la plus appropriée pour étudier un processus à l'œuvre dans l'activité de travail.

L'étude des capacités au travail sera présentée selon deux niveaux d'analyse. Le premier niveau que nous qualifierons de macroscopique interroge l'enchaînement des activités pour identifier les activités liées au cœur du métier du travailleur au regard des autres activités. Ce premier niveau d'analyse des capacités permet de comprendre comment, dans l'activité générale du travailleur, les capacités peuvent se développer et représenter une ressource importante pour le pouvoir d'agir et dans les réalisations des accomplissements. Le second niveau d'analyse est le niveau microscopique. Ce niveau qui nous plonge au cœur de l'activité de travail permettra de comprendre comment les capacités sont mises en œuvre pour permettre au travailleur d'arriver à réaliser le travail en participant à la construction et à la préservation de la santé du travailleur.

3.1. Explicitation du choix méthodologique – Schéma d'intervention sur le terrain

Pour appréhender les deux niveaux d'analyse précédemment présentés, nous avons procédé en mettant en œuvre l'approche suivante sur le terrain (Figure 22). Il faut bien sûr, ne pas considérer cette approche comme séquentielle car des allers-retours entre les différentes étapes sont possibles, chaque étape s'enrichissant les unes les autres.

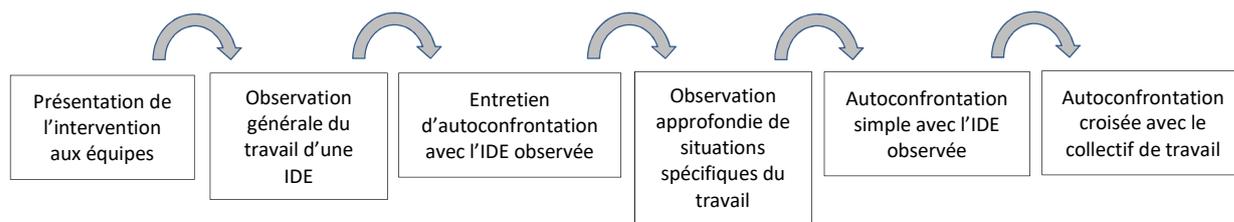


Figure 22 : Méthodologie d'investigation sur le terrain.

Lors des autoconfrontations (entretiens ou vidéos), la discussion a été menée selon la technique du « Pourquoi ? Comment ? » présentée par Bisseret et al. (1999). Cette technique consiste à mener un entretien semi-dirigé durant lequel le sujet est orienté à l'aide des questions Pourquoi ? ou Comment ? Ces questions permettent au sujet d'expliquer les choix et les orientations de son action ainsi que les procédés utilisés pour réaliser le travail. La technique est inspirée des travaux de Graesser et al. (1978, 1980 & 1981). Expliquant les tâches mises en œuvre et les procédures de réalisation, la technique met également en exergue les conditions préalables à la réalisation de la tâche ou des alternatives. C'est ce niveau qui nous intéresse dans la construction et la mobilisation des processus (Opportunités, Liberté, Capabilités).

Trois types de verbalisations peuvent apparaître lors de l'entretien. Le premier consiste à faire une description des tâches (buts et sous-buts à exécuter). Le deuxième est une énumération de suite d'actions de même niveau et le troisième se traduit par une description hiérarchique de la tâche. Les réponses au « Pourquoi ? » apportent des explications sur la hiérarchisation des tâches alors que les réponses au « Comment ? » donnent des explications sur les stratégies de réalisation.

Riche de cette méthodologie, l'originalité de notre travail de thèse réside dans l'étude de l'articulation des différents points de vue sur le concept de pouvoir d'agir selon des disciplines distinctes. Cette étude apportera une vision de la notion de pouvoir d'agir en tant que garant de la santé au travail. Il s'agit pour nous de mettre à l'épreuve des concepts autour du pouvoir d'agir dans des services aux préoccupations différentes : pour l'un il s'agira de trouver des moyens pour résoudre ses difficultés, pour l'autre il s'agira de trouver des moyens pour préserver son bon fonctionnement. Il est très rarement fait référence dans la littérature sur les interventions, d'interventions sur des terrains non dysfonctionnant. Dans la majeure partie des cas, les intervenants agissent dans des situations de dysfonctionnement. Une des originalités de ce travail de recherche réside dans cette étude d'un terrain fonctionnant plutôt bien.

Chapitre 10 – Le CHU de Bordeaux et la santé au travail

1. Présentation du CHU de Bordeaux

Le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, composé de plusieurs sites prenant en charge chacun des spécialités médicales spécifiques, est dispersé sur l'agglomération bordelaise. Il est constitué de 3 entités distinctes. Le Centre hospitalier Pellegrin et le Centre hospitalier Saint-André sont situés au centre-ville de Bordeaux. Le Centre hospitalier Haut-Lévêque est positionné dans la banlieue sur la commune de Pessac avec une annexe (EHPAD) sur la commune de Lormont. Depuis les années 2000, de nombreux changements s'opèrent en termes de réorganisation spatiale. Ces réorganisations, accompagnées de travaux neufs, vont continuer de manière significative dans les années à venir.

Le CHU de Bordeaux comptait en 2019 : 2671 lits et 396 places en chirurgie ambulatoire. Toujours la même année, 128 672 entrées ont eu lieu ainsi que 616 390 consultations. Ce fut aussi 52 802 interventions chirurgicales (221 par jour). Un jour au CHU en 2019 représentait : 16 naissances, 2 892 patients suivis, 12,4 tonnes de linge, 7 655 repas servis. Pour assurer ces services, le CHU a enregistré une dépense d'environ 3 000 000 € par jour.

Dans les 10 ans qui arrivent, CHU de Bordeaux devra faire face à de nombreux défis.

1 - Défi de la réorganisation interne des structures et activités afin de travailler à l'amélioration continue des conditions d'accueil et de prise en charge des patients. Il s'agit également d'optimiser la performance des modes de fonctionnement et des pratiques de gestion.

2 - Défi lié à la territorialisation accrue de l'offre de soins et de l'organisation des parcours des patients.

3 - Défi lié aux organisations et au modèle managérial pour mieux accompagner les professionnels dans les évolutions de pratiques et de soins comme de métiers et de formations.

4 - Défi de la recherche et de l'innovation, si caractéristiques de la dimension hospitalo-universitaire de l'établissement.

5 – Défi de l'amélioration de la qualité des infrastructures et des équipements au service de l'amélioration du service rendu aux patients et des conditions de travail quotidiennes des professionnels.

6 – Défi de l'engagement des restructurations d'activités indispensables pour conforter à la fois l'attractivité et le positionnement du CHU de Bordeaux sur son territoire.

7 – Défi de la contribution à l'amélioration des modes et résultats de gestion interne, pour renforcer la capacité financière de l'établissement.

Ces défis interrogent la place de l'humain dans le système et les modalités lui permettant de continuer à y évoluer tout en construisant et préservant sa santé au travail.

2. La santé au travail au sein du CHU de Bordeaux

Le CHU de Bordeaux possède son propre service de santé au travail interne. Il est composé de 5 unités : une unité de consultations de Pathologie professionnelle (CPP) dans laquelle interviennent des médecins du travail, une unité de médecine du travail des personnels hospitalier (MTPH) par site (3) composé de médecins du travail et d'infirmières en santé au travail et une unité d'intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) composée de 1 coordonnatrice (psychologue du travail), 2 ergonomes, 2 préventeurs hygiène, sécurité et environnement (HSE), 2 psychologues en santé au travail (menant des activités d'entretiens individuels avec un suivi possible sur plusieurs semaines) et 2 psychologues du travail (agissant plus particulièrement sur les problématiques collectives).

2.1. Données générales

Les données présentées en suivant (tableau 8 à 12) sont issues du bilan social 2019 (le plus récent au moment de l'écriture de cet exposé).

Tableau 8. Accidents du travail - CHU de Bordeaux - 2017 à 2019.

	2017	2018	2019
Nombre total d'accidents du travail au cours de l'année (avec et sans arrêts)	1 171	1 256	1 247
Taux de fréquence des accidents du travail (ne concerne que les AT ayant déclenchés un arrêt)	21,73	19,67	19,95
Nombre de jours de congés de maladie suite à un accident du travail	20080	22532	23589

Tableau 9. Trois causes d'accident les plus fréquentes - CHU de Bordeaux - 2019.

Indication des 3 causes d'accident de travail les plus fréquentes	Efforts de soulèvement	324
	Emplois d'instruments et AES	292
	Chutes glissades	223

Tableau 10. Trois causes d'arrêt de travail les plus fréquentes - CHU de Bordeaux - 2019.

Indication des 3 causes d'arrêt de travail les plus fréquentes	Efforts de soulèvement	165
	Chutes glissades	92
	Autres éléments matériels	59

Tableau 11. Métiers les plus touchés par les accidents du travail - CHU de Bordeaux – 2019.

Indication des 5 métiers les plus touchés par les accidents de travail	Infirmier(ère) en soins généraux	344
	Aide-soignant(e)	330
	Agent de bio-nettoyage	72
	Infirmier(e) de bloc opératoire	38
	Manipulateur électroradio	36

Tableau 12. Tranches horaires pendant lesquelles les accidents du travail surviennent le plus souvent - CHU de Bordeaux – 2019.

Indication des 3 tranches horaires (plages de deux heures) pendant lesquelles les accidents du travail surviennent le plus souvent	De 08h00 à 10h00	200
	De 10h00 à 12h00	271
	De 12h00 à 14h00	135

La majeure partie des accidents du travail se déroulent dans la tranche horaire 08h00 – 12h00, étant la plus occupée : petits déjeuners, toilettes, soins... Une attention particulière sera portée sur cette information lors de l'analyse de l'activité afin de comprendre comment ces accidents peuvent, ou non, éclairer la question du développement des conditions de construction et de préservation de la santé au travail.

. Nombre de jours d'arrêt pour maladies professionnelles et maladies reconnues imputables au service

Tableau 13. Nombre de jours d'arrêt - CHU de Bordeaux - 2019.

	Femme	Homme	TOTAL
Nombre de jours d'arrêt	11 854	1 476	13 330

. Nombre de maladies professionnelles et de maladies reconnues imputables au service reconnues au cours de l'année de référence

Tableau 14. Nombre de maladies professionnelles reconnues imputables - CHU de Bordeaux – 2019.

Nombre de maladies professionnelles reconnues imputables	45
---	-----------

Tableau 15. Taux de travailleurs handicapés au sein du CHU de Bordeaux – 2019.

Taux de travailleurs handicapés au sein de l'établissement	5,98%
---	--------------

Le nombre d'accidents du travail demeure stable sur les dernières années avec une augmentation non négligeable, par ailleurs, du nombre de congés maladie suite à un accident du travail. Cette augmentation pourrait traduire une aggravation des accidents avec une nécessité de temps de récupération plus important que les années passées. Les accidents du travail sont particulièrement liés aux efforts de soulèvement et de manutention et touchent plus spécifiquement la population des IDE.

3. Les services investigués sur le terrain

Deux services ont été repérés pour l'intervention sur le terrain. Il s'agit de deux services du Pôle Appareil Digestif, Endocrinologie et Nutrition (ADEN) situés sur le site de Haut-Lévêque à Pessac : le service de Chirurgie hépatobiliaire et transplantation hépatique et le service de Chirurgie colorectale et pariétale. Ces deux services ont été sélectionnés au sein d'un pôle pour lequel des interventions relatives aux interruptions de tâches avaient été entreprises. Les problématiques relevées lors de ces précédentes interventions ont fait résonance avec la thématique de ce travail de recherche. Aussi, le service de Chirurgie hépatobiliaire et de transplantation hépatique est un service dont les indicateurs de santé ont attiré notre attention et il a pu être considéré en 2015 comme un service en difficulté. D'un autre côté, le service de Chirurgie colorectale et pariétale ne présente aucune alerte sur les indicateurs de santé relevés.

Notre travail de recherche sur l'approche par les capacités dans la construction et la préservation de la santé au travail s'appuie sur l'étude d'un service présentant certaines difficultés et sur un service n'en présentant aucune au premier abord. Ces indicateurs de santé seront présentés en suivant.

3.1. Le service de Chirurgie colorectale et pariétale

3.1.1 Histoire du service

Le service actuel de Chirurgie colorectale et pariétale est le résultat d'un regroupement de plusieurs unités opéré en avril 2016. Précédemment, l'activité de chirurgie digestive du CHU de Bordeaux était positionnée entre le Groupe Hospitalier Saint-André (GHSA) et le Groupe Hospitalier Haut-Lévêque ou Groupe Hospitalier Sud (GHS). Sur le GHSA, il existait une unité de 14 lits consacrée à la chirurgie colorectale (Unité 10) et une unité d'urgences digestives (Unité 12). Le chef de la chirurgie digestive était aussi le chef de service de l'Unité 10. Lorsque les unités digestives ont été regroupées sur le GHS, l'unité d'urgences digestives a disparu, chaque unité de chirurgie digestive étant supposée recevoir des urgences.

Les Unités 10 et 12 ont fusionné pour créer un service de 24 lits de Chirurgie colorectale et pariétale. Cette fusion a amené plusieurs équipes à se regrouper. Les équipes des Unités 10 et 12 se sont rapprochées ainsi qu'un agent de l'Unité 18 (Chirurgie hépatobiliaire) auxquelles 2 agents des unités de chirurgie du GHS (hépatobiliaire, 1D et œsogastrique, 1E) se sont ajoutés. L'équipe actuelle est donc la réunion d'agents provenant de 5 unités : Unité 10, Unité 12, Unité 18, Unité 1D et Unité 1E. Les agents des Unités 10 et 12 se connaissaient déjà car la cadre supervisait les deux unités et faisait tourner les agents sur les deux unités. L'Unité 18 participait également à cette polyvalence.

En préparation du regroupement, la cadre a organisé des réunions d'intégration pour toutes les équipes qui allaient se retrouver. Ces réunions ont permis à chacun de découvrir ses futurs collègues, d'élaborer ses repères dans cette fusion mais aussi d'engager un travail de valorisation de la fonction d'aide-soignant (AS). Jusqu'à ce moment-là, la fonction aide-soignant était minorée par le corps infirmier. Cette valorisation est passée par la participation des AS à la visite des patients menée par un médecin le matin en présence des chirurgiens et des infirmiers (IDE), par l'envoi des AS, par la cadre, au bloc opératoire pour assister à des interventions et par la participation à des formations sur la thématique de la douleur, notamment sur la réflexologie plantaire. D'autres agents ont été intégrés par la suite, originaires du service de médecine de gastroentérologie et du pool de suppléance.

3.1.2. Activité du service

Le service propose une activité de chirurgie traditionnelle et ambulatoire : hernies, appendicites, éventrations, colon (cancers 90%), endométriose et incontinence fécale.

Le projet de service est très fortement lié à une activité de recherche relativement importante portée par le chef de service. Ce projet de service s'attache également à un objectif de réhabilitation précoce des patients en mettant particulièrement l'accent sur la qualité de vie des patients. L'équipe médicale et paramédicale porte une attention particulière à ces patients qui vont devoir vivre temporairement, mais pour certains définitivement, avec une stomie (anus artificiel). Les conséquences d'un tel équipement peuvent être relativement importantes selon les patients (âge, activité professionnelle...). Chaque chirurgie est adaptée à chaque patient. L'équipe chirurgicale est en constante recherche d'amélioration de ses pratiques et lui vaut ainsi de former des médecins venant du monde entier.

Tous les lundis, l'équipe médicale se réunit pour étudier les cas qui vont être opérés afin de définir avec précision la chirurgie qui va être proposée selon les examens réalisés. Au niveau paramédical, le projet porté relève de l'activité liée à la réflexologie plantaire. Cette pratique est développée pour agir sur quatre domaines : la gestion de la douleur, la reprise du transit, la gestion de l'anxiété et la prise de sommeil. Lorsque par exemple, suite à une chirurgie, un problème de transit persiste, les chirurgiens demandent - avant même d'avoir recours à de l'imagerie ou à une reprise en bloc opératoire - à ce que le patient bénéficie de réflexologie plantaire. Les résultats obtenus dans le service sont très satisfaisants et vont faire l'objet d'une recherche scientifique pour argumenter cette pratique au sein de la communauté scientifique.

La durée moyenne de séjour (DMS) est d'environ 5 jours. Il n'y a pas de passage en réanimation, ce qui fait que le patient reste très peu de temps à l'hôpital même pour des chirurgies qui pourraient apparaître comme étant lourdes. Seuls de rares cas de patients passent 2 jours en réanimation, concernant des patients devant recevoir des chimiothérapies hyperthermiques intrapéritonéales.

L'activité du service est une activité qui par principe est programmée mais qui voit de nombreuses urgences arriver, reportant ainsi un certain nombre d'interventions programmées. Par manque de place dans le service, ces urgences sont hébergées dans une autre unité de chirurgie digestive (œsogastrique).

3.1.3. Le personnel rattaché au service

L'étude portant sur le travail des IDE, nous ne présenterons ici que la population IDE. Le service fonctionne avec 11 IDE de jour. Il existe en réalité 10 postes d'IDE et 1 poste d'IDE stomathérapeute qui est délogé sur les consultations, les différentes stomathérapeutes tournant régulièrement entre les consultations et le service de Chirurgie colorectale. Pour les postes de nuit, les 8 IDE tournent entre la chirurgie colorectale et la chirurgie œsogastrique. Le poste de nuit est composé de 1,5 poste : 1

poste complet sur la chirurgie colorectale et 0,5 poste partagé avec la chirurgie œsogastrique (travail à la tâche par cet agent).

La figure 23 présente la répartition des âges dans le service pour l'équipe de jour et l'équipe de nuit distinctement.

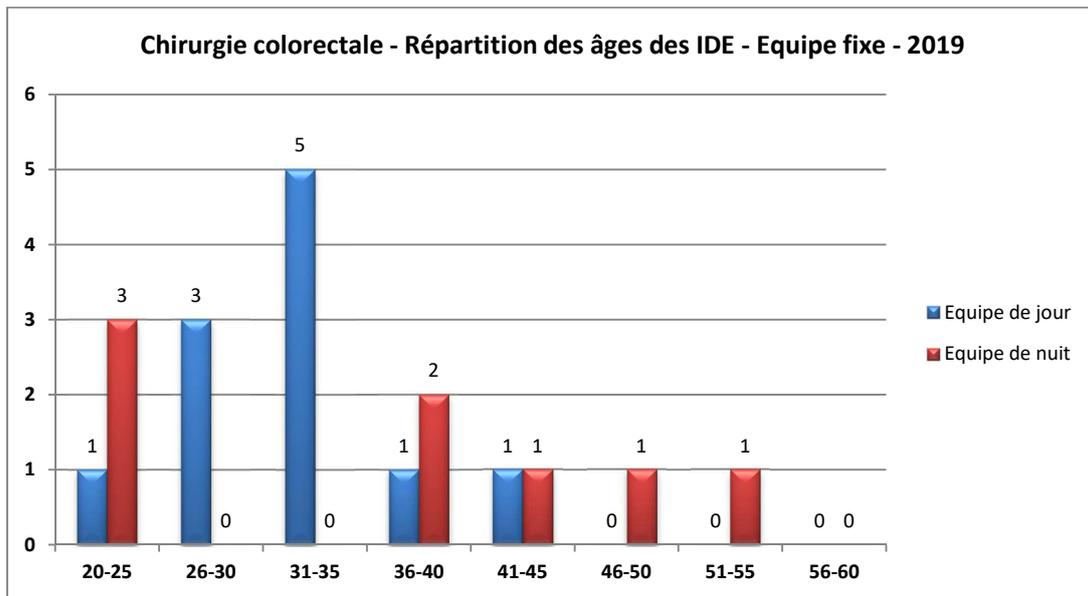


Figure 23 : Chirurgie colorectale – Répartition des âges des IDE – Equipe fixe – 2019.

La population de l'équipe de jour est plutôt répartie entre 20 et 45 ans alors que l'équipe de nuit est majoritairement répartie entre 40 et 55 ans.

La figure 24 représente la répartition de l'ancienneté pour l'équipe de jour et pour l'équipe de nuit distinctement.

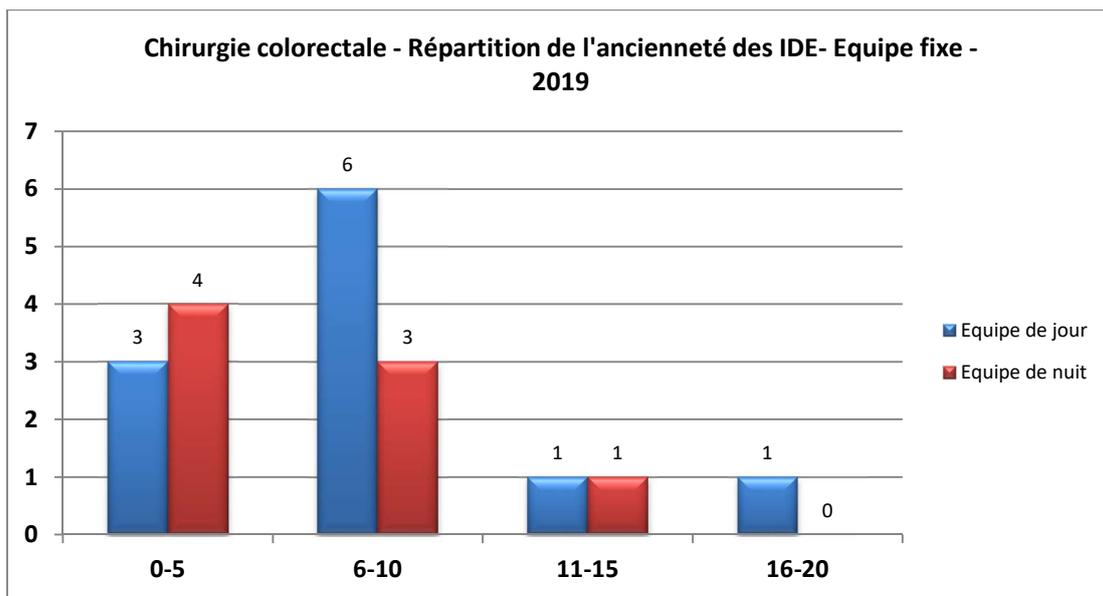


Figure 24 : Chirurgie colorectale – Répartition de l’ancienneté des IDE – Equipe fixe – 2019.

L’ancienneté est majoritairement répartie de 1 à 10 ans autant pour l’équipe de jour que pour l’équipe de nuit.

Suite à l’histoire de la composition actuelle du service qui résulte d’une fusion de plusieurs unités, les figures 25 et 26 représentent la répartition des sites d’origine pour l’équipe de jour puis pour l’équipe de nuit.

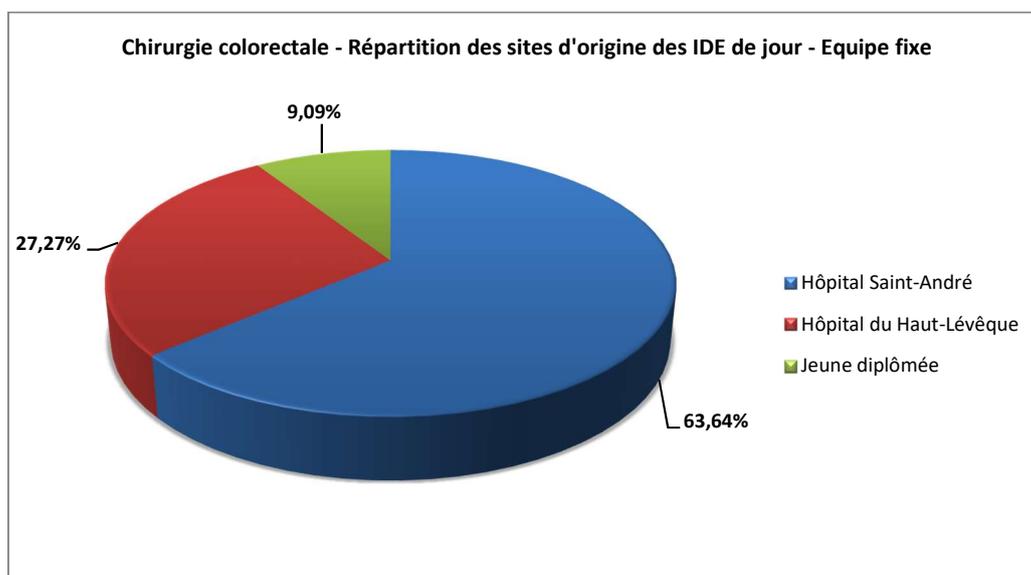


Figure 25 : Chirurgie colorectale – Répartition des sites d’origine des IDE de jour – Equipe fixe.

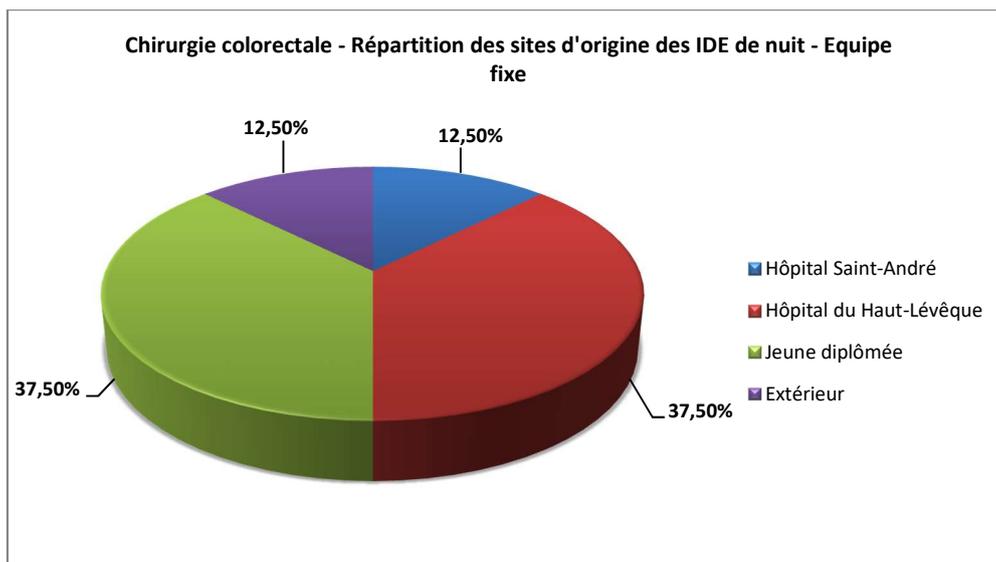


Figure 26 : Chirurgie Colorectale – Répartition des sites d’origine des IDE de nuit – Equipe fixe.

3.1.4. L’organisation du service

Les personnels IDE travaillent sur trois durées de travail : 7h30, 10h00 ou 10h30.

La répartition du personnel s’effectue ainsi :

En semaine :

Matin :	2 IDE	06h45-16h45 (10h00)
Soir :	2 IDE	11h15-21h15 (10h00)
Jour :	1 IDE	09h30-17h00 (07h30)
Nuit :	1,5 IDE	20h45-07h15 (10h30)

En résumé :

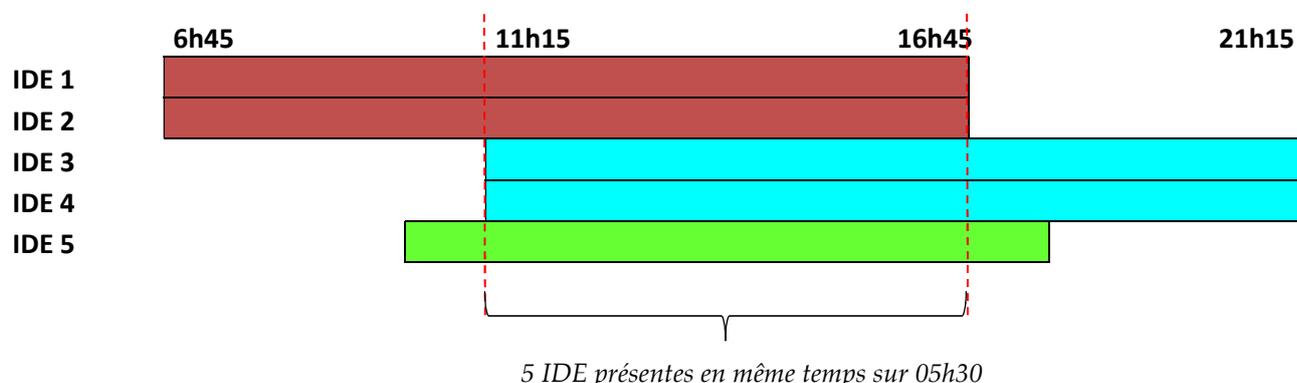


Figure 27 : Chirurgie colorectale - Répartition des horaires de travail de jour en semaine.

Le week-end :

Matin : 2 IDE 06h45-14h15 (07h30)
Soir : 2 IDE 13h45-21h15 (07h30)

En résumé :

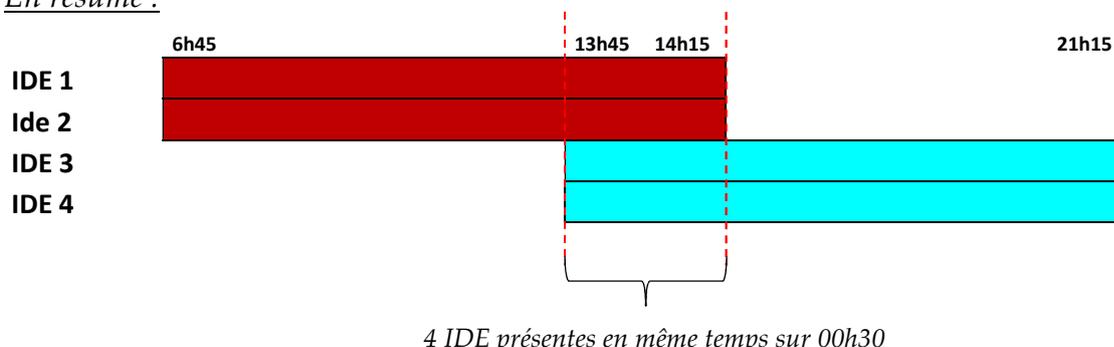


Figure 28 : Chirurgie colorectale - Répartition des horaires de travail de jour le week-end.

La trame de planning permet une vision à un an. Le planning est remis par la cadre qui l'établit pour le 15 de chaque mois, adapté selon les congés, les absences pour maladie, les formations et en fonction des besoins des agents. Les agents réalisent également des ajustements entre eux selon leurs impératifs personnels. Les transmissions ont lieu à 06h45 et 20h45 pour assurer la continuité entre les équipes de jour et celle de nuit. Une transmission est organisée à 13h45 entre l'équipe de matin et celle d'après-midi. Les IDE d'après-midi embauchent à 11h15 mais les transmissions s'effectuent à 13h45 afin que les AS qui travaillent en 07h30 puissent y assister avec l'infirmière en binôme sur leur secteur.

Une visite menée par un médecin sénior a lieu tous les matins à 07h30. Il s'agit d'une visite rapide, non professorale. Les IDE y assistent pendant environ 20 minutes par secteur. Les internes indiquent en suivant les changements de prescription si besoin. Une grande visite professorale a lieu tous les mercredis matin de 07h30 à 09h00. Le staff est purement médical et a lieu tous les lundis. Il n'y a pas de staff médico-soignant. Un staff pour le service a lieu à chaque arrivée d'internes, c'est-à-dire en mai et novembre.

Le service accepte la présence d'accompagnant. La personne accompagnante est autorisée à être présente la veille de l'intervention ainsi que la première nuit en suivant l'intervention. Ce fonctionnement permet de réguler l'angoisse qui peut être ressentie par les patients. Il existe trois chambres pouvant recevoir les accompagnants. Parfois le nombre de chambres à disposition n'est pas suffisant pour les accompagnants alors il est autorisé que les accompagnants restent dans les chambres classiques et dorment sur les fauteuils. Il s'agit de situations particulières :

mineurs, personnes handicapées, personnes parlant une langue étrangère, couples fusionnels... Les chambres sont alors très encombrées représentant un risque en cas d'urgence vitale.

3.1.5. L'architecture du service

Le service est abrité dans un bâtiment relativement récent, inauguré en 2016. Il est situé au 2^{ème} étage sur 3 étages au total. Le service est réparti sur deux côtés avec une salle de soins positionnée vers le centre de celui-ci.



Figure 29 : Plan du service de Chirurgie colorectale et pariétale.

- Secteur 1
- Secteur 2

Le service est réparti en 2 secteurs de 12 lits chacun. La sectorisation a été pensée pour éviter le plus possible de déplacement important. Il n'y a pas de sectorisation la nuit. Le secteur 1 comprend les chambres : 1 à 7 et 22 à 26. Le secteur 2 est composé des chambres 8 à 21. Une chambre a été supprimée et a été transformée en salle de réunion.

3.1.6. Les données de santé du service

Les données présentées dans la figure 30 sont issues des données collectées par le Service Santé Travail Environnement et les Ressources Humaines. Peu d'événements indésirables sont apparus dans cette période de temps si ce n'est une dizaine de restrictions d'aptitude qui ont pu accompagner des pathologies (troubles musculosquelettiques, troubles anxieux...) à certains moments de la vie des agents.

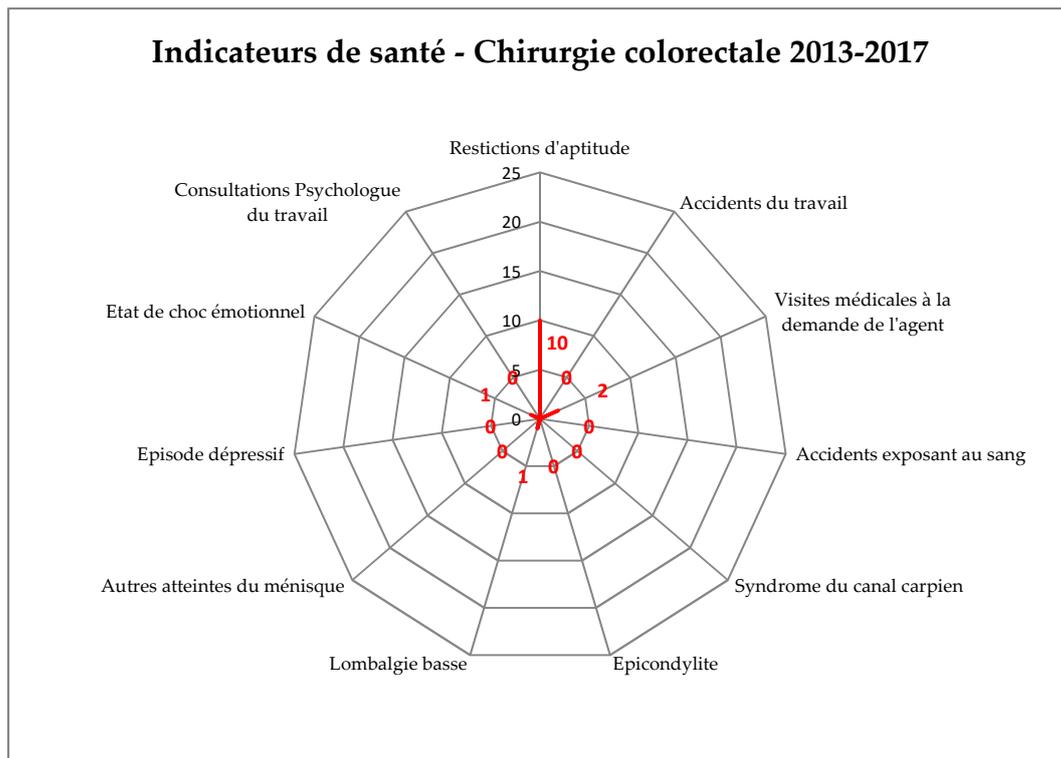


Figure 30 : Indicateurs de santé – Chirurgie colorectale 2013-2017.

3.2. Le service de Chirurgie hépatobiliaire et transplantation hépatique

3.2.1. Histoire du service

Le service de Chirurgie hépatobiliaire est le fruit de la réunification de deux entités : le service du GHSA (Unité 18) et le service du GHS. Cette réunification a eu lieu en avril 2016. Le service du GHSA possédait 22 lits, celui du GHS en possédait 24. Le service a été réuni en une seule unité de 26 lits. Les filières Hépatologie et Colorectale étaient moins bien définies qu'aujourd'hui. Chacune a été différenciée des autres beaucoup plus spécifiquement qu'avant 2016. Le regroupement, sur l'ensemble du Pôle ADEN, a conduit à la suppression de plus de 50 postes. Lors de la mise en place du projet de regroupement des activités digestives qui a duré 2 ans, les

professionnels des services ont pu manifester leur souhait soit de rester dans le Pôle soit de partir pour d'autres spécialités (3 choix possibles).

Les deux services d'hépatobiliaire (un sur l'hôpital Saint-André et un sur l'hôpital Haut-Lévêque) avaient chacun leur cadre de santé. Ils se sont rencontrés une fois par mois tout au long du projet afin de préparer le passage de deux à un seul cadre et préparer également les équipes qui allaient être réunies. La fusion des différentes unités a obligé à réfléchir les organisations de travail différemment d'autant plus que la fermeture de lits a été accompagnée d'une augmentation de l'activité médicale. Un mois après la fusion, en mai 2016, l'activité de transplantation hépatobiliaire est venue s'ajouter à l'activité du service développée précédemment sur le Groupe Hospitalier Pellegrin (GHP).

Le nouveau service de Chirurgie hépatobiliaire a été créé en 2016 sur le bâtiment Magellan 2 et a déménagé en mai 2017 sur le bâtiment Magellan 1. Cette opération de déménagement s'est produite en même temps que le déménagement du service de Médecine hépatobiliaire qui a quitté le bâtiment des USN pour aller sur le bâtiment Magellan 1. Le service de Médecine hépatobiliaire et celui de Chirurgie hépatobiliaire se sont alors rejoints sur un même étage. Ce rassemblement a permis une certaine cohérence dans la prise en charge du patient transplanté hépatique mais a mis mal le fonctionnement des trois chirurgies (Colorectale, Hépatobiliaire et Œsogastrique) qui avaient l'habitude de travailler ensemble et dont certains moyens (matériel, notamment RH) sont encore partagés. Il a demandé à la cadre de proximité un travail important pour arriver à construire une identité propre au service. Pour ce faire, elle a notamment travaillé à produire un planning regroupant des agents originaires du GHSA et d'autres venants du GHS. Elle a également mis en place des groupes de travail incluant des agents venant des deux précédents sites. Pour finir, elle a œuvré à la valorisation du travail en binôme qui était très présent sur le GHSA et qui a permis de mélanger les équipes, et à la mise en valeur des référents (ex : tutorat, plaie et cicatrisation).

3.2.2. Activité du service

Le service de Chirurgie hépatobiliaire et transplantations hépatiques prend en charge des activités de chirurgie hépatique, de chirurgie pancréatique, de transplantation hépatique en appel greffe et en post-opératoire (environ 70 par an) et des urgences (environ 1 par jour, appendicites, vésicules biliaires...). Le projet médical du service est orienté vers la réhabilitation précoce. Ce projet a réellement débuté en septembre 2017. Il est accompagné d'un projet de réflexologie plantaire et d'un projet autour de l'encadrement des étudiants IDE. L'objectif principal de cet ensemble de projets est de réaliser une cohésion du travail pour accueillir au mieux le patient en ayant également les meilleures conditions de travail possibles pour les professionnels.

En 2016, le service a enregistré 1026 entrées (d’avril à décembre), représentant 5 825 journées d’hospitalisation et portant la durée moyenne de séjour (DMS) à 5,7 jours. Le taux d’occupation était alors de 85%. En 2017, le service a enregistré 1475 entrées, soit 8 444 journées d’hospitalisation, conservant une DMS à 5,7 jours. Le taux d’occupation est passé à 89,7% pour un taux d’ouverture de 98,6% (service fermé pour les fêtes de fin d’année). Entre 2016 et 2017, le service a enregistré 4 décès pour chacune des années.

3.2.3. Le personnel rattaché au service

Le service fonctionne avec 11 IDE de jour et 5 de nuit. La figure 31 présente la répartition des âges dans le service pour l’équipe de jour et l’équipe de nuit distinctement. La population de l’équipe de jour est plutôt répartie entre 20 et 45 ans alors que l’équipe de nuit est majoritairement répartie entre 46 et 60 ans.

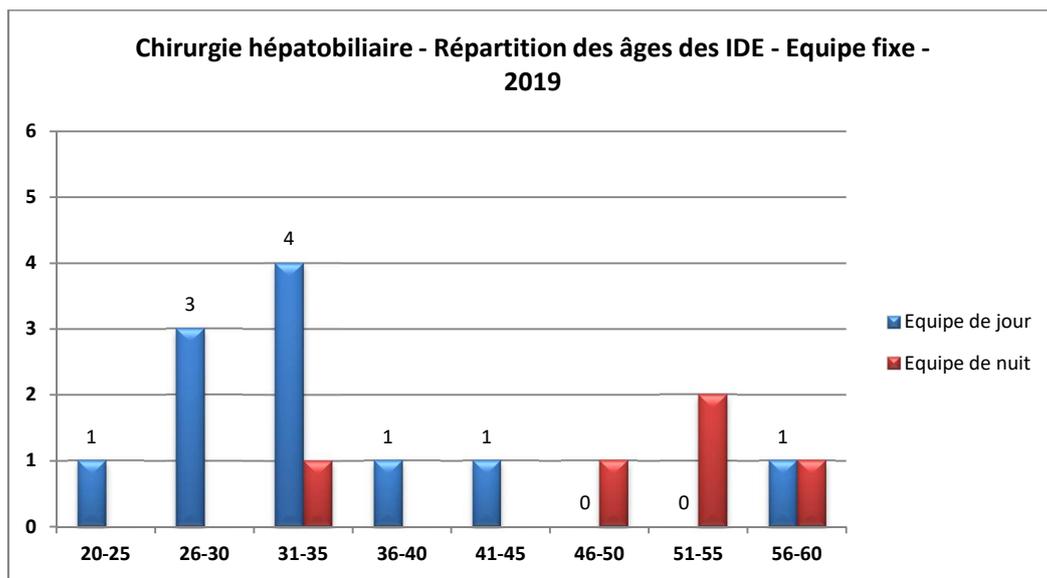


Figure 31 : Chirurgie hépatobiliaire – Répartition des âges des IDE – Equipe fixe – 2019.

La figure 32 représente la répartition de l’ancienneté pour l’équipe de jour et pour l’équipe de nuit distinctement.

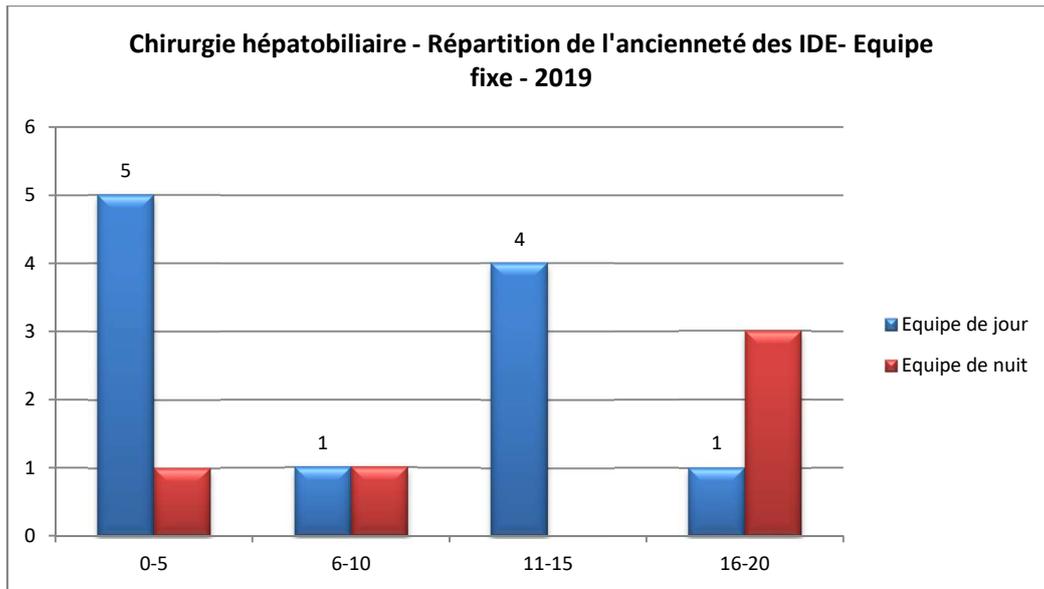


Figure 32 : Chirurgie hépatobiliaire – Répartition de l’ancienneté des IDE – Equipe fixe – 2019.

L’ancienneté est majoritairement répartie de 1 à 15 ans autant pour l’équipe de jour que pour l’équipe de nuit.

Suite à la fusion de plusieurs unités, les figures 33 et 34 représentent la répartition des sites d’origine pour l’équipe de jour puis pour l’équipe de nuit.

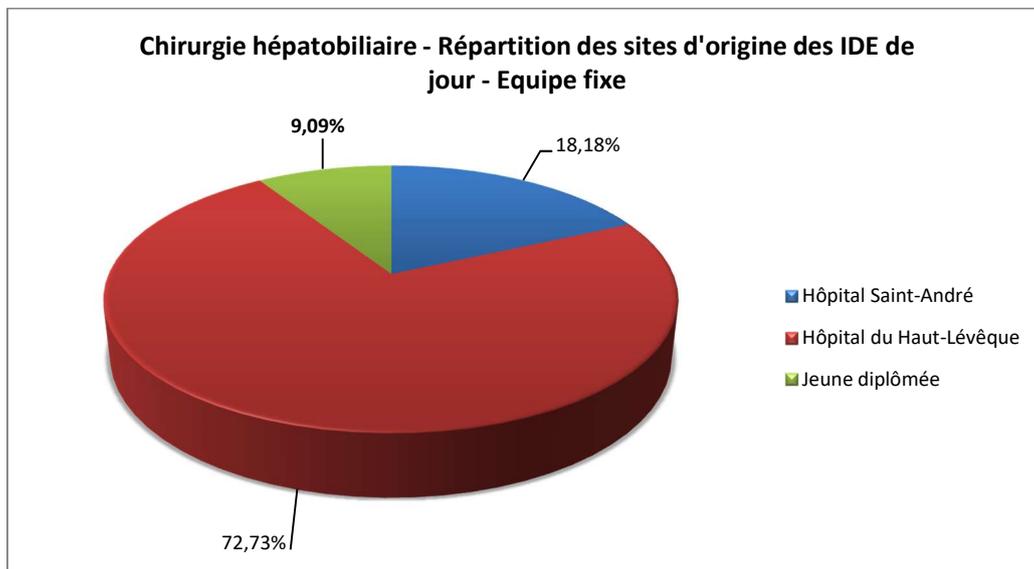


Figure 33 : Chirurgie hépatobiliaire – Répartition des sites d’origine des IDE de jour – Equipe fixe.

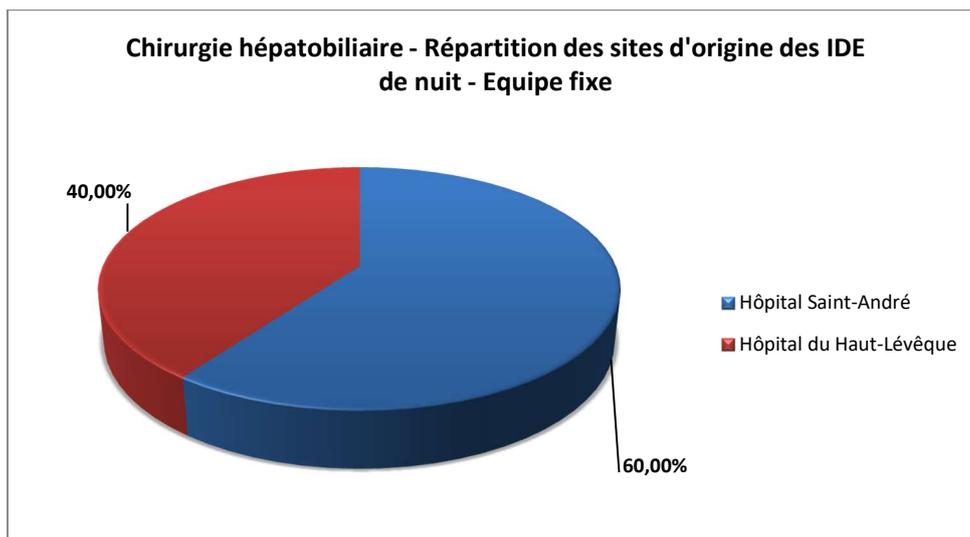


Figure 34 : Chirurgie hépatobiliaire – Répartition des sites d’origine des IDE de nuit – Equipe fixe.

Ces répartitions montrent les origines des différents professionnels composant l’équipe du service. Cette fusion des différentes équipes d’origine a permis de construire une équipe enrichie d’une grande diversité de pratiques et d’expériences, sans pour autant mettre à mal la cohésion du collectif nouvellement rassemblé.

3.2.4. L’organisation du service

Les personnels IDE travaillent sur trois durées de travail : 7h30, 10h00 ou 10h30. La répartition du personnel s’effectue ainsi :

En semaine :

Matin :	2 IDE	06h45-16h45 (10h00)
Soir :	2 IDE	11h15-21h15 (10h00)
Jour :	1 IDE	10h00-17h30 (07h30)
Nuit :	2 IDE	20h45-07h15 (10h30)

En résumé :

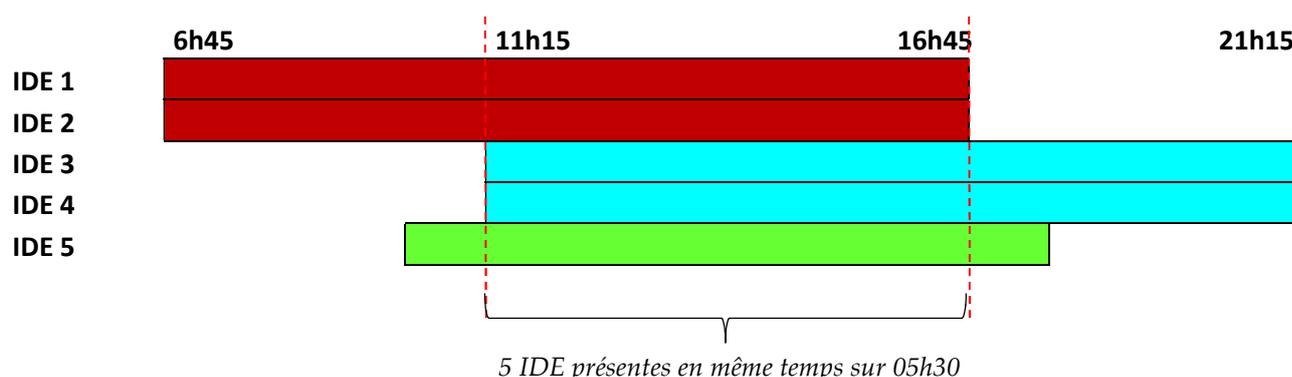


Figure 35 : Chirurgie hépatobiliaire - Répartition des horaires de travail de jour en semaine.

Le week-end :

Matin : 2 IDE 06h45-14h15 (07h30)
Soir : 2 IDE 13h45-21h15 (07h30)

En résumé :

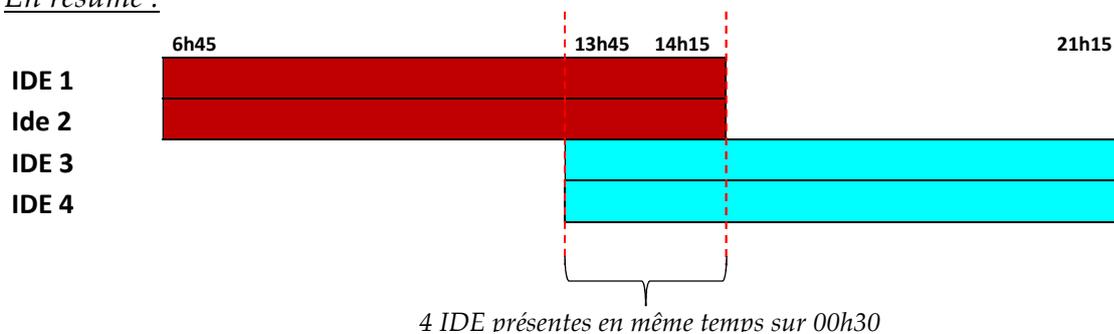


Figure 36 : Chirurgie hépatobiliaire - Répartition des horaires de travail de jour le week-end.

La trame de planning est établie à un an. Le planning définitif pour chaque agent est donné un mois à l'avance (le 15 de chaque mois). Des modifications peuvent y être apportées au crayon à papier par les agents. La cadre valide les modifications demandées. Les agents doivent prendre 3 semaines de congés l'été, soit en continu soit en coupé. En chirurgie digestive, tous les ans une unité ferme soit l'été soit à Noël. La fermeture des unités est ainsi programmée : fermeture de la moitié du service pendant 15 jours, fermeture totale pendant 15 jours, réouverture de la moitié du service pendant 15 jours puis réouverture totale en suivant.

Une visite est organisée tous les matins à 07h30 incluant les professeurs, les chefs de clinique, les internes, les externes et les IDE. Elle peut être parfois vécue comme une contrainte car elle prend du temps mais elle est aussi un moment de reconnaissance important car chacun a droit à la parole. Un avantage de la visite est que les prescriptions sont réalisées en temps réel et sont écrites par un interne qui est présent le matin dans l'unité. Aussi, le temps de la visite est un temps pendant lequel le patient peut poser des questions au médecin, ainsi, il sollicitera beaucoup moins l'infirmière au cours de la journée.

Les familles peuvent visiter les patients entre 12h00 et 20h00. Le service possède 3 chambres d'accompagnants qui peuvent être présents pendant 48h00 minimum. Les accompagnants ne sont pas admis dans les chambres doubles (manque d'espace, respect de la confidentialité) ainsi que dans le cas de transplantations hépatiques (risques de transmissions de microbes...).

3.2.5. L'architecture du service

Le service est situé dans le bâtiment Magellan 1 précédemment nommé Maison du Haut-Lévêque (MHL) plus ancien que le bâtiment Magellan 2 construit en 2016.

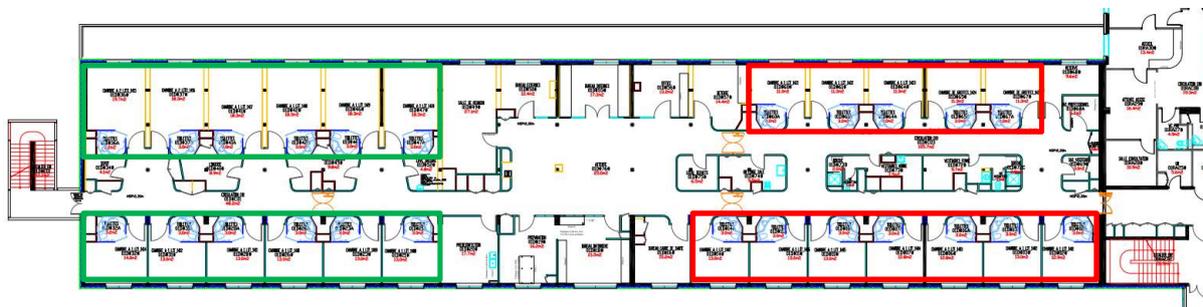


Figure 37 : Plan du service de Chirurgie hépatobiliaire.

- Secteur 1
- Secteur 2

Le service est réparti en 2 secteurs (figure 37) dont un de 12 lits (secteur 1) et l'autre de 14 lits (secteur 2). Le secteur 1 comprend les chambres : 1 à 7 et 21 à 25. Le secteur 2 est composé des chambres 8 à 20. Sur le secteur 1 se trouvent les 2 lits dédiés à l'activité de greffe hépatique.

3.2.6. Les données de santé du service

Les données présentées dans la figure 38 sont issues des données collectées par le Service Santé Travail Environnement et les Ressources Humaines. Trois indicateurs témoignent de certaines difficultés en matière de santé au travail. Tout d'abord le service a connu sur la période retenue 13 accidents du travail. Il a été également retenu 12 restrictions d'aptitude et 24 visites médicales à la demande de l'agent, représentant 20 personnes. Ce dernier indicateur est le reflet d'un certain mal-être dans le service. Généralement, peu de personnes font appel aux visites à la demande. De plus, dans ce cas, vu le nombre d'agents impliqués, un certain malaise collectif est à relever sur cette période.

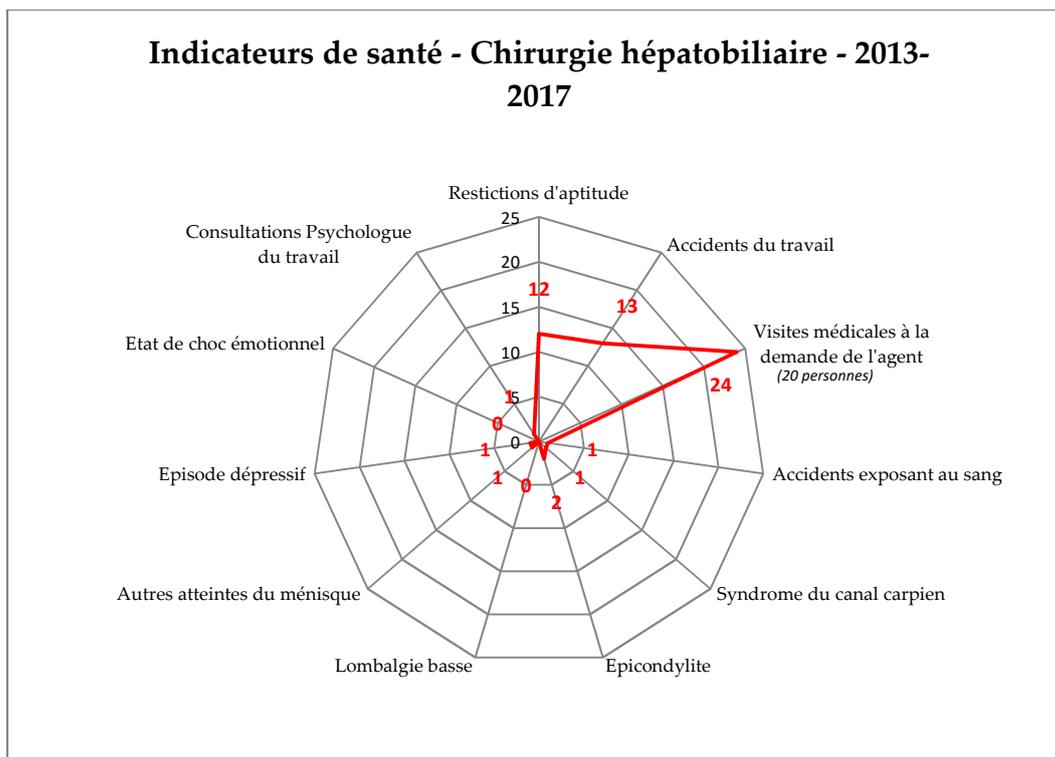


Figure 38 : Indicateurs de santé – Chirurgie hépatobiliaire 2013-2017.

4. Synthèse des données de santé pour les deux services

Le tableau 16 présente une comparaison des données de santé pour le service de Chirurgie colorectale et le service de Chirurgie hépatobiliaire.

Tableau 16. Synthèse des données de santé - Chirurgie colorectale et Chirurgie hépatobiliaire - 2013-2017.

	Chirurgie colorectale	Chirurgie hépatobiliaire
Restrictions d'aptitude	10	12
Accidents du travail	0	13
Visites médicales à la demande de l'agent	2	24
Accidents exposant au sang	0	1
Syndrome du canal carpien	0	1
Epicondylite	0	2
Lombalgie basse	1	0
Autres atteintes du ménisque	0	1
Episode dépressif	0	1
Etat de choc émotionnel	1	0
Consultations Psychologue du travail	0	1

Les visites à la demande de l'agent ainsi que le nombre d'accidents du travail sont plus nombreux en Chirurgie hépatobiliaire qu'en Chirurgie colorectale. Ces deux indicateurs témoignent des difficultés de santé observées dans le service de Chirurgie hépatobiliaire.

Chapitre 11 – Construction et réalité du travail infirmier en service de Chirurgie digestive (Colorectale et Hépatobiliaire)

1. Objectifs, méthodes et données communes

L'analyse de l'activité du travail infirmier poursuit ici les objectifs suivants : 1 – comprendre comment se construit le travail infirmier tout au long de la journée et 2 – obtenir des données permettant d'avoir accès à un certain niveau de connaissances constituant le travail (déterminants, variabilités...).

Pour les deux services, les observations ont consisté à suivre une IDE durant toute la durée de son poste (un poste de matin, un poste d'après-midi) et de noter son activité à la seconde près. La méthode du papier-crayon-montre (h/m/s) a été utilisée pour effectuer les relevés. Les données ont été transférées sur fichier Excel afin d'en faciliter l'utilisation et l'exploitation (Annexes 1 à 4). La variabilité du travail à l'hôpital étant importante, il est impossible de déterminer un nombre de jours particulier pour que l'observation puisse être considérée comme généralisable. Cette variabilité est une réelle limite à l'observation mais témoigne par ailleurs d'un théâtre d'exercice du métier relativement complexe à appréhender.

Ce chapitre indiquera dans un premier temps les activités principales poursuivies par les IDE qui seront ensuite présentées dans un déroulement théorique tout au long de la vacation de travail. Ces données seront suivies de quelques indications sur les espaces de travail pour finalement présenter les résultats des observations générales de l'activité réelle de travail pour l'IDE de matin et l'IDE d'après-midi.

2. Données communes au service de Chirurgie colorectale et au service de Chirurgie hépatobiliaire

2.1. Les principales activités de l'IDE

Le travail de l'IDE en service de chirurgie digestive se décompose en plusieurs activités organisées dans la journée : la visite médicale (doctorale ou professorale), les transmissions, la préparation des traitements, les tours, les pansements et le travail administratif. Pour le décrire, nous présentons ici la synthèse des activités observées avant de les décrire plus précisément.

2.1.1. La visite médicale au cœur du sens de l'action

Il a été observé que la visite médicale peut être à la fois doctorale (praticiens hospitaliers et interne) et/ou professorale (professeurs d'université/praticiens

hospitaliers et internes). Comme cela a été indiqué dans la présentation des services, chacun opte pour le mode qui lui semble faire le plus sens dans l'activité. De manière générale, cette visite est effectuée le matin de bonne heure aux alentours de 07h00. La visite est composée de deux moments clés : une discussion entre professionnels dans le couloir devant la porte du patient (revue de la pathologie, de l'intervention chirurgicale réalisée ou à réaliser, choix des traitements médicamenteux, recours à la réflexologie plantaire, retour à domicile, choix des annonces à effectuer...) et une rencontre des professionnels avec le patient. Ce mode opératoire offre plusieurs avantages aux équipes médicales et paramédicales. Du point de vue médical, les médecins (praticiens hospitaliers et/ou internes) peuvent rencontrer les patients et l'équipe paramédicale avant de se rendre au bloc et d'entreprendre l'activité chirurgicale de la journée. Ainsi, des indications de prise en charge peuvent être données, des prescriptions réajustées, des décisions thérapeutiques posées. Du point de vue paramédical, l'activité des médecins détermine l'activité des AS et IDE. La visite matinale permet ainsi d'organiser l'activité paramédicale du reste de la journée. Les médecins peuvent soulever des pansements pour vérifier la cicatrisation avant que le patient ne soit lavé et que les IDE aient fait des pansements neufs. Elles apprécient que les médecins ne passent pas en milieu de matinée, une fois que le patient a reçu tous les soins, que les pansements sont refaits et bien propres. Les médecins auraient alors à défaire un travail juste réalisé obligeant les IDE à recommencer. Les IDE reçoivent en début de journée les ajustements thérapeutiques leur évitant ainsi de voir apparaître des modifications en cours de journée. Ce temps de visite médicale est un temps de régulation important entre les équipes. La visite médicale matinale offre aussi aux professionnels des occasions de se rencontrer et de discuter de chaque patient. C'est à ce titre un véritable espace de discussion permettant la construction du travail. Cet espace est également utilisé pour échanger entre professionnels sur une technique opératoire, sur une stratégie de soins... créant un véritable espace d'élaboration et de consolidation des compétences.

2.1.2. Les transmissions en amont de l'action

Les transmissions constituent un moment important dans l'organisation de la journée, nécessitant environ 01h00 d'échange entre les professionnelles. Officiellement, les transmissions doivent être écrites et elles le sont réellement pour les deux services. Ces transmissions orales consistent en la rencontre des deux équipes qui se croisent. Généralement, les AS et les IDE assistent en même temps aux transmissions orales. Ce moment de transmissions consiste en la passation d'informations relatives aux patients du secteur pris en charge. Nous avons observé que des informations sur les pathologies, les gestes chirurgicaux sont échangés. L'état général du patient est passé en revue. Les traitements administrés sont présentés et l'aspect psychologique est discuté permettant ainsi aux personnels de s'adapter à chaque patient. Les relations avec la famille peuvent également y être

discutées. Les IDE prennent le temps de parler de techniques particulières si nécessaire. C'est un moment d'échange important au niveau technique. D'autres informations à caractère général peuvent aussi être échangées : fonctionnement du service, vie sociale du service, nouveaux protocoles...

2.1.3. La préparation des traitements

Les IDE passent un temps inférieur à 30 minutes à la préparation des traitements qui seront administrés dans chaque secteur pour la journée. Ainsi, lorsque l'on pénètre dans la salle de soins, les paillasses sont remplies de dispositifs médicamenteux : poches de solutés, plateaux de soins avec préparation d'injections... Lors des observations, il a été noté que les équipes se préparent les traitements d'une vacation sur l'autre. Les IDE reviennent à plusieurs reprises dans la salle de soins pour récupérer ces traitements. C'est notamment le cas lorsqu'elles préparent leur chariot de soins pour le tour. Ce moment de préparation des traitements est également un moment où les compétences peuvent être renforcées : observations de discussions sur des partages sur les dosages, les modes d'administration...

2.1.4. Les tours : collecte d'informations et réponses aux besoins

Les tours organisés plusieurs fois par jour sont des moments pendant lesquels les IDE et les AS vont travailler en binôme. Nous avons observé que les AS vont prendre les constantes pendant que les IDE vont vérifier les traitements et préparer les médicaments. Toute cette activité s'opère à la porte du patient. Avant de partir pour le tour, l'IDE prépare son chariot de soins. Elle vérifie le contenu de son chariot et refait le plein des éléments de base : antiseptiques, compresses, matériel de glycémie, matériel de prélèvement sanguin... Elle y ajoute les traitements à administrer que ce soit sous forme de perfusion (médicaments dilués dans les solutés) ou de médicaments à ingérer (préparation d'un pilulier). Ainsi préparée, l'IDE fait le tour de son secteur, en voyant individuellement chaque patient. Le tour est difficilement définissable en termes de durée. Il devrait faire en moyenne 02h00 mais la durée est très variable. Cette variabilité est très souvent due à l'état du patient. Cela peut concerner son état de santé (dégradation) ou son état de préparation (petit-déjeuner ou douche en cours) pouvant ralentir l'activité de l'IDE. Nous avons par exemple constaté une amplitude allant de 01h00 à 02h00. L'IDE essaie de répondre à tous les besoins exprimés par le patient alors qu'elle n'avait pas forcément prévu telle ou telle question.

2.1.5. Les pansements : acte technique de choix pour l'IDE

De tous les actes techniques, les pansements demeurent, pour les IDE, des occasions de mettre en pratique des gestes techniques précis, contribuant au soin et à la guérison du patient, créant un espace supplémentaire de rencontre avec ce dernier. Ces éléments contribuent à en faire un acte technique privilégié. Les pansements sont prévus à l'avance et discutés entre IDE pour se répartir le travail entre l'IDE de secteur et l'IDE de jour. Les pansements comprennent les pansements suite aux chirurgies mais aussi les ablations de drains, les changements de stomies... L'IDE prépare un petit chariot en inox sur lequel elle installe son matériel pris dans la salle de soins. Elle ne dispose sur son chariot que le matériel nécessaire pour un seul pansement et reviendra recharger son chariot autant que de besoin pour faire les pansements suivants. Nous avons ainsi vu une IDE revenir 7 fois. Dans la chambre, le chariot de soin est positionné au plus près du patient. Elle installe le patient le plus confortablement possible mais aussi dans la position la plus favorable pour avoir accès au pansement. La commande électrique pour élever le lit à la hauteur la plus appropriée est utilisée pour travailler confortablement. Elle réalise le pansement en discutant avec le patient pour l'apaiser, le rassurer mais aussi pour l'éduquer, notamment dans les cas de stomies. Il a été observé qu'une des IDE était accompagnée par une élève IDE. Dans ce cas, l'IDE laisse l'élève IDE prendre en charge le maximum de tâches possibles, la guidant tout au long de la réalisation. La réalisation de pansements est le moment, selon les IDE interrogées, le plus technique dans l'ensemble des tâches réalisées par l'IDE dans sa journée.

2.1.6. Le travail administratif

Le travail administratif a tendance à envahir l'activité des IDE. Depuis le passage à l'informatique, l'activité administrative a augmenté significativement. La traçabilité a accompagné l'arrivée de l'informatique dans les services, obligeant les IDE à passer beaucoup de temps en travail informatique. Les IDE utilisent un logiciel (DxCare) qui correspond au dossier informatisé du patient. Tous les renseignements concernant les patients y sont enregistrés : les renseignements personnels, les pathologies, les chirurgies, les traitements... Le plan de soins est également installé sur le logiciel. L'IDE passe environ 25% de son temps (cela sera décrit dans les observations de terrain ultérieurement) à remplir le logiciel, chaque action devant être enregistrée informatiquement.

2.2. Présentation du déroulement théorique de la journée d'une IDE

Le déroulement de la journée est commun aux deux services de médecine digestive.

Tableau 17. Planification théorique des activités de l'IDE de matin en Chirurgie digestive (Colorectale et Pariétale/Hépatobiliaire et Transplantations).

Activités de l'IDE du matin	
06h45	Transmissions
07h15	Prises de sang
07h30	Tour et visite
09h00	Pansements + soins divers
12h00	Tour
13h00	Transmissions écrites
13h45	Transmissions orales
14h30	Pause repas
15h00	Entrées nouveaux patients
16h45	Départ

Tableau 18. Planification théorique des activités d'une IDE d'après-midi en Chirurgie digestive (Colorectale et Pariétale/Hépatobiliaire et Transplantations).

Activités de l'IDE d'après-midi	
11h15	Préparation tour de 12h00 I.V.
12h00	Tour + IDE de matin
13h00	Préparation médicament Per os
13h15	Repas
13h45	Transmissions orales
14h45	Tour
16h30	Transmissions orales + IDE matin sur entrées
17h15	Transmissions écrites
17h30	Point + interne
17h45	Préparation I.V.
18h00	Tour distribution de traitement + installation des patients
20h00	Transmissions écrites
20h45	Transmissions orales + équipe de nuit
21h15	Départ

Cette planification est théorique car chaque plage horaire initialement prévue peut déborder sur la plage suivante. Les difficultés rencontrées dans l'accomplissement du travail sont à la source de ces débordements. Les interruptions de tâches, des prescriptions modifiées, la dégradation de l'état d'un patient, la difficulté d'administration d'un médicament, un pansement complexe... sont les difficultés observées qui mettent à mal l'IDE dans le respect des horaires théoriques comme cela sera indiqué dans les résultats des observations présentés plus tard.

2.3. Les espaces de travail

Les IDE n'ont pas, à proprement parler, de poste fixe mais plutôt un ensemble de postes répartis dans différents espaces.

La salle de soins (ou bureau de soins ou encore bureau infirmier) est le centre névralgique du service. Les IDE y trouvent tous les équipements informatiques fixes dont elles ont besoin pour déployer leur activité. Elles y trouvent surtout le matériel de soins dont elles ont besoin pour prendre soin des patients. Les deux services fonctionnent selon le principe du « plein-vide ». Ce système consiste à mettre à disposition du service le matériel strictement nécessaire. Chaque tiroir est organisé avec une panière en plastique divisée en deux parties. Les deux parties contiennent exactement la même quantité de matériel. Les agents sont supposés prendre le matériel dans la première partie puis, lorsqu'elle est vide, sortent une étiquette de devant la panière et la positionne dans la réserve. Le logisticien va ensuite scanner cette étiquette pour déclencher un réapprovisionnement. Pendant ce temps, les IDE vont utiliser le matériel de la seconde partie de la panière. Ce système a été mis en place pour éviter le gaspillage avec un stockage massif de matériel dans les services. La salle de soins est donc composée d'étagères de stockage, d'une paillasse centrale et d'un point d'eau. En Chirurgie colorectale, les chariots de soins y sont stockés. En Chirurgie hépatobiliaire, les chariots sont stockés dans le couloir, à côté de la porte de la salle de soins. Une armoire à pharmacie y est également présente ainsi qu'un coffre-fort pour le stockage des produits sensibles.

La salle de soins est un lieu de stockage mais aussi de préparation des traitements. Les IDE s'y retrouvent pour préparer leurs traitements mais également pour y échanger sur un patient, discuter sur les protocoles... Elles y rencontrent également parfois les internes qui viennent dans le service. C'est l'occasion de discuter d'un patient, d'un protocole particulier...

Un autre espace de travail de l'IDE est la chambre du patient. Elle y vient plusieurs fois par jour pour la visite, le tour, les pansements et d'autres actions à la demande du patient ou de la famille. Dans la chambre, l'IDE travaille au niveau du patient pour les actions de soins mais aussi autour de lui : réglage des perfusions, réglages

des pompes à seringues automatiques, aménagement de l'environnement (adaptable, table de chevet). Elle utilise également la salle de bain qui possède un point d'eau nécessaire pour certaines activités comme par exemple mouiller des compresses lors du changement d'une stomie.

Le couloir constitue un autre des espaces de travail important pour l'IDE. Comme nous le verrons dans les résultats détaillés des observations, elle y reste longuement lors du tour pour y préparer le matériel et les médicaments à donner au patient. C'est également un lieu dans lequel elle va engager des conversations avec ses collègues IDE ou encore AS. Les familles et autres intervenants (kinésithérapeutes, diététiciennes, brancardiers, ambulanciers) l'interpellent notamment dans cet espace. L'ouverture sur l'ensemble du service ne favorise pas un environnement calme pour le travail. De nombreuses interruptions y prennent place.

En Chirurgie hépatobiliaire, les chariots de soins sont stockés devant la salle de soins ce qui oblige les IDE à faire de nombreux allers-retours pour préparer et équiper leur chariot de soins.

D'autres espaces de travail peuvent être identifiés que nous qualifions de « lieux supports » en ce qu'ils viennent en complément de l'activité (local de prédésinfection, réserves de dispositifs médicaux, réserves de matériel biomédical...). Les IDE ne font qu'un passage rapide dans ces lieux de travail. Elles y sont en général seules.

Après cette description générale des éléments constitutifs de l'activité de l'IDE, nous présentons les résultats obtenus lors de l'observation de l'activité. Cette observation, comme nous l'avons indiqué précédemment, est indispensable pour une première approche et compréhension du travail. Compte-tenu de la variabilité décrite dans les descriptions précédentes, nous proposons de l'interroger au regard de l'activité réelle de travail. Nous commencerons ainsi à questionner la place des capacités dans l'activité réelle de travail.

3. Observations générales et activité réelle de travail

3.1. Observations en Chirurgie colorectale et pariétale

3.1.1. Observation du travail de l'IDE de matin

Cette partie s'applique à présenter des résultats d'une observation générale du travail. Il s'agit de comprendre en quoi consiste le travail d'une IDE et d'identifier les phases principales de son activité en chirurgie colorectale sur la vacation du matin.

Comme indiqué précédemment, le déroulé de l'activité quotidienne de l'IDE de matin est identique chaque jour dans le type de tâches à réaliser : transmissions, visite doctorale, tours (préparation et administration de traitements), pansements, départs au bloc (voir tableau 15). La variabilité principale se situe dans le temps qu'elle va consacrer à chacune de ces tâches. Le temps de réalisation, comme indiqué précédemment, est défini par plusieurs sous-classes de variabilités : l'état du patient qui peut changer très rapidement (amélioration ou dégradation), la complexité des pansements à réaliser, les soins non prévus avant d'avoir vérifié le pansement, l'anxiété et l'angoisse du patient qui peuvent être exacerbées à certains moments (départ au bloc, découverte de la stomie, annonce, discussion avec les chirurgiens le matin de bonne heure...), etc.

3.1.1.1. La prise en charge d'un secteur

L'agent suivi sur cette période est l'IDE la plus ancienne en âge et en ancienneté dans le service (42 ans, 15 ans d'expérience). Le jour de l'observation, elle travaillait sur le secteur 1, prenant en charge 11 patients (1 place disponible sur ce secteur). Sur ces 11 patients, 3 avaient un pronostic vital engagé dont 1 avec une situation sans issue avérée. Le jour de l'observation, le patient dont le pronostic vital est sans issue venait d'être informé de sa situation. Il s'agissait d'un homme de 44 ans sur lequel une laparotomie (incision dans l'abdomen) avait été effectuée et qualifiée de « laparo blanche ». Il s'agit d'une intervention par l'équipe chirurgicale qui a effectué une laparotomie sans pouvoir réaliser le geste chirurgical prévu, les métastases étant trop répandues pour tenter tout acte chirurgical. L'IDE intervenait auprès de patients dont les âges sont variés comme en témoigne la figure 39. Cette figure présente la répartition des âges des patients et le pronostic vital engagé pour le secteur 1.

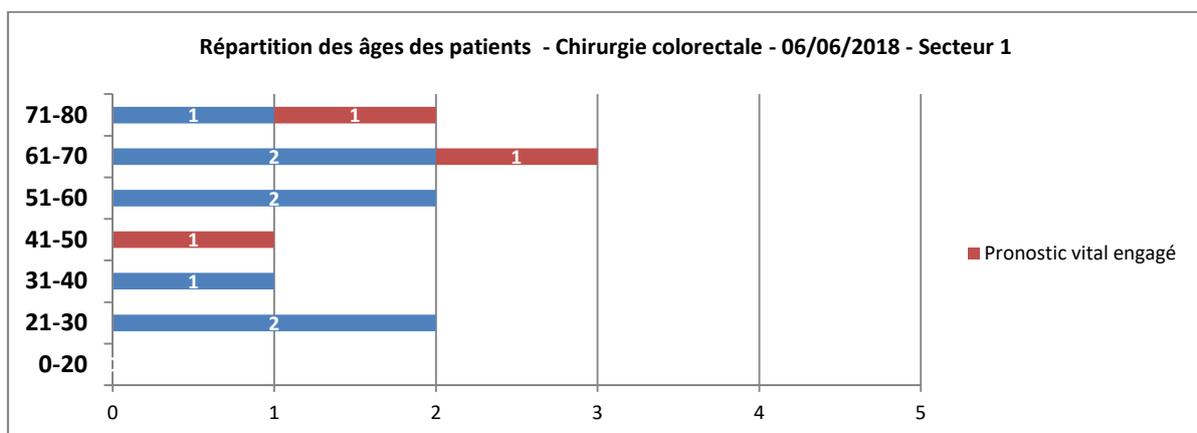


Figure 39 : Répartition des âges des patients – Chirurgie colorectale – 06/06/2018 – Secteur 1.

Un pronostic vital engagé peut toucher n'importe quelle tranche d'âge et les besoins des patients s'expriment différemment d'un patient à l'autre. L'âge n'est pas un facteur déterminant dans l'attention à porter. Un patient jeune peut être très valide mais très angoissé. Il va solliciter peut-être plus souvent l'IDE. Un patient âgé peut de son côté être moins angoissé et ne sollicitera pas l'IDE. La variabilité relative aux patients crée une situation d'adaptation continue pour le personnel paramédical.

3.1.1.2. Répartition de l'activité de l'IDE de matin

L'observation du travail met en relief un certain respect des horaires des activités de l'IDE au cours de sa vacation comme en témoigne le tableau 19.

Tableau 19. Différence entre l'activité prescrite et l'activité réelle - Chirurgie colorectale et pariétale - 06/06/2018 - Secteur 1.

Chirurgie colorectale et pariétale			
	Prescrit	Réel	Ecart
Transmissions	00:30:00	00:29:13	-00:00:47
Prises de sang	00:15:00	00:00:00	-00:15:00
Tour et visite	01:30:00	01:53:35	+00:23:35
Pansements + soins divers	03:00:00	02:41:22	-00:18:38
Tour et visite	01:00:00	01:15:45	+00:15:45
Transmissions écrites	00:45:00	01:04:05	+00:09:05
Transmissions orales	00:45:00	00:24:20	-00:20:40
Pause repas	00:30:00	00:33:02	+00:03:02
Entrées nouveaux patients	01:45:00	01:31:13	-00:13:47
	10:00:00	9:52:35	

L'activité de l'IDE est plus ou moins organisée autour d'un planning qui malgré tout a du mal à être strictement respecté. Ce jour-là, par exemple, elle n'a eu à réaliser aucun bilan sanguin, lui dégageant ainsi une période de 15 minutes qu'elle a utilisée à effectuer une autre tâche. La visite est incluse dans le premier tour. L'IDE n'attend pas que la visite ait été effectuée et commence à aller voir un ou deux patients afin de ne pas se mettre en retard. Le tour s'organise typiquement autour d'un cycle répété pour chaque patient. Ce cycle peut être ainsi modélisé (Figure 40).

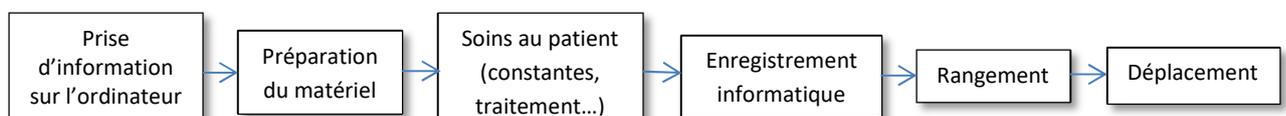


Figure 40 : Représentation des différentes phases effectuées lors d'un tour pour chaque patient – Chirurgie colorectale et pariétale.

Les pansements sont réalisés selon une liste qui a été établie et rédigée dans la salle de soins. L'IDE observée a fait le point des pansements qui étaient à réaliser sur son secteur et les a inscrits sur une feuille libre qu'elle laisse à disposition sur la paillasse de préparation des traitements. Ainsi, au fur et à mesure qu'elle avance dans la réalisation des pansements, elle revient dans la salle de soins pour se référer à cette liste. Lorsqu'un pansement est achevé, elle le mentionne sur sa liste. Cette liste est également mise à disposition des IDE qui peuvent lui venir en aide, notamment celle qui travaille en poste de journée (J). Lors de l'observation, 7 pansements étaient prévus en 03h00 de temps alloué pour cette activité. L'IDE n'a utilisé que 02h41 et n'a réalisé que 2 pansements de son côté. Elle a donc reçu de l'aide pour les 5 autres. Elle n'a pas pu réaliser ces 5 pansements car elle a été amenée à intervenir auprès d'autres patients. En effet, elle a dû gérer des perfusions à 9 reprises, des sondes urinaires à 2 reprises ainsi qu'une stomie. Ces activités pourtant indispensables l'ont détournée de son activité principale qui était à ce moment-là de réaliser des pansements. Cet éloignement de l'activité prévue a créé un ressenti négatif qu'elle a manifesté en regrettant de ne pas avoir pu se consacrer pleinement aux pansements. Après avoir consacré du temps aux pansements, l'IDE est entrée dans un nouveau tour pendant lequel elle a exécuté des vérifications générales : prise de constantes, diurèses... mais également des reprises de pansements ainsi que la gestion des appels entrants.

Les transmissions écrites, qui représentent une activité qui suit celle des pansements a été réalisée en un peu moins de temps que prévu (01h04 au lieu de 01h15). Cependant, ce temps normalement consacré à enregistrer toutes les activités menées jusque-là, pour laisser une trace dans le dossier patient, a été utilisé pour d'autres nombreuses tâches : gestion des appels entrants, accueil d'un retour de bloc, service d'eau fraîche à un patient, administration de médicaments, communication vers les blocs, les assistantes sociales, échanges avec les collègues (voir tableau 18). En fin de vacation, l'IDE, sur le temps réservé à l'accueil des nouveaux patients a pu effectivement en accueillir deux. Le reste du temps a consisté à s'occuper de vider le chariot de pharmacie et de réaliser le travail administratif qu'elle n'a pas le temps d'effectuer autrement. L'observation de l'activité permet d'obtenir les résultats détaillés présentés dans le tableau 20.

Tableau 20. Répartition du temps passé par activité et occurrences liées à cette activité pour l'IDE de matin en Chirurgie colorectale.

	Occurrences	Durées	Durées en %
Communication	111	02:25:18	24,52%
Action auprès du patient	84	02:37:43	26,62%
Gestion des médicaments	17	00:15:50	2,67%
Travail informatique-administratif	68	01:34:20	15,92%
Rangement	15	00:06:11	1,04%
Gestion du matériel	66	00:34:17	5,79%
Hygiène	5	00:02:05	0,35%
Pauses	6	01:18:43	13,28%
Déplacements	156	00:39:16	6,63%
Gestion activité	28	00:16:57	2,86%
Gestion des déchets	7	00:01:55	0,32%

On constate que l'activité de l'IDE est très variée. Elle passe une partie importante de son temps en communication (24,52%), indiquant que la gestion de l'information est une partie importante de son travail. Communiquer des informations aux médecins, aux collègues IDE ou AS, discuter avec le patient ou la famille constituent une activité principale de son travail. L'environnement dans lequel évolue l'IDE lui demande de grandes capacités d'adaptation avec un sens aigu de la prise de décision. En effet, chaque situation demande qu'une décision soit prise : adapter un traitement, changer un pansement... ou même décider de ne rien avoir faire en termes de soins ou d'actions envers le patient. Le travail informatique et administratif prend également un temps important, l'IDE regrettant de passer ce temps sur l'ordinateur à faire du reporting plutôt que d'être auprès du patient, ce qui constitue pour elle le cœur de son métier (26,62%). Une activité importante également consiste en la préparation de traitements ce qui est assez compréhensible pour un service de chirurgie post-opératoire. Les IDE doivent suivre le patient en sortie de chirurgie, parfois de réanimation, en administrant des traitements très variés, adaptés à chacun d'eux.

Tout au long de son travail, l'IDE doit gérer un grand nombre d'informations relatives à chaque patient : l'intervention subie (type de chirurgie, complications, spécificités...), les traitements médicamenteux (diversité, heures de prescriptions, commandes à la pharmacie...), l'environnement social (accompagnant à gérer en plus du patient, famille à distance à informer...) ainsi que d'autres informations nécessaires au bon déroulement de l'activité. Cette charge cognitive se gère en partageant dès que possible avec ses collègues, les informations détenues et/ou les émotions ressenties, participant ainsi aux interruptions de tâches. Les déplacements occupent une place prépondérante dans l'activité de l'IDE. Même s'ils ne

représentent pas la durée principale d'activité, en termes d'occurrences, ils sont nombreux et courts.

3.1.1.3. Temporalités de réalisation du travail

Le tableau 21 présente les renseignements de l'observation en termes de durée d'observation et de nombre d'actes réalisés (déplacement, administration de traitement...).

Tableau 21. Données sur les durées de l'activité - Observation de l'IDE de matin en Chirurgie colorectale.

	06/06/2018 (Matin)
Durée observation	09:52:35
Nombre d'actes	564
00:00:01-00:00:30	58,41%
00:00:31-00:01:00	18,81%
Total < 1 min	77,22%
Durée moyenne	00:00:50
Durée max.	00:15:46
Durée min.	00:00:02

Ayant précisé précédemment que le travail apparaît particulièrement découpé, la durée moyenne d'une action est de 50 secondes. Le temps passé sur des actions inférieures à 30 secondes représente 58,41% du temps global de travail sur cette période. Le temps inférieur à 1 minute est de 77,22%.

En 10h00 de temps de travail, l'IDE de matin va répartir sa charge de travail par patient selon les besoins de chacun. La figure 41 présente le temps passé par chambre. Ce graphique montre notamment que l'âge n'a pas d'incidence sur la prise en charge du patient. A partir du moment où celui-ci est valide et autonome, le temps qui lui sera accordé sera moindre. Le sujet de 44 ans dont le pronostic vital est engagé de manière certaine a demandé une présence plus importante. C'est à lui que l'IDE a consacré le plus de temps ce jour-là. En prenant son poste, l'IDE a reçu l'information lors des transmissions et n'en a parlé à aucun moment, sous quelques formes que ce soit avec le patient. Chacun savait. Chacun savait aussi que l'autre savait. L'IDE lui a apporté tous les soins qu'elle a pu sans laisser paraître quoi que ce soit de cette situation. A ce moment, le fait de porter une telle information a contribué à augmenter la charge psychique de l'IDE. Les deux autres patients qui ont occupé le plus l'IDE ce jour-là sont des patients de 23 et 53 ans, relativement jeunes

donc. Leurs pathologies respectives ont été les éléments clés pour décider du temps à passer pour chacun. La personne la plus âgée dans ce groupe de patients (80 ans) n'a demandé que 10 minutes de prise en charge sur les 10 heures de travail.

La variabilité de la patientèle est importante (âges, genre, pathologies) et le facteur déterminant de la prise en charge à adapter reste le type de chirurgie subie par le patient.

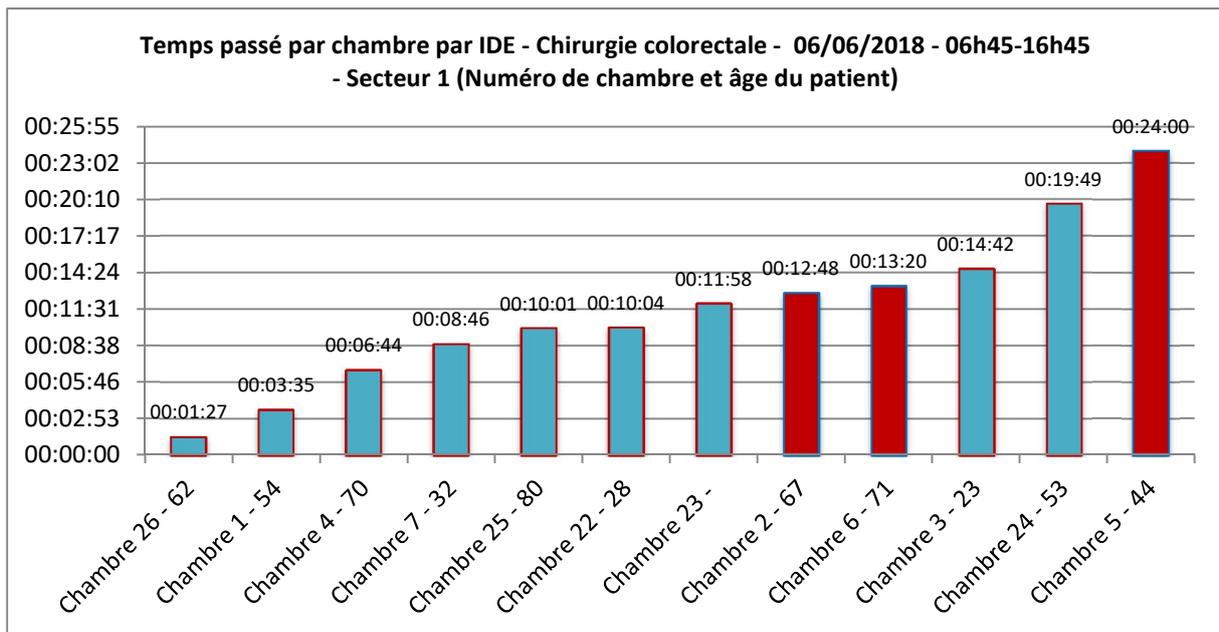


Figure 41 : Temps passé par chambre par l'IDE de Chirurgie colorectale.

En ce qui concerne le travail haché, la figure 42 montre que 58,41% des actions sont réalisées en moins de 30 secondes. Cet enchaînement d'actions courtes interroge le bon développement d'un même cours d'action. Il traduit l'impossibilité pour le travailleur de construire un cours d'action qui corresponde à ses attentes en termes de temps à passer dans l'action.

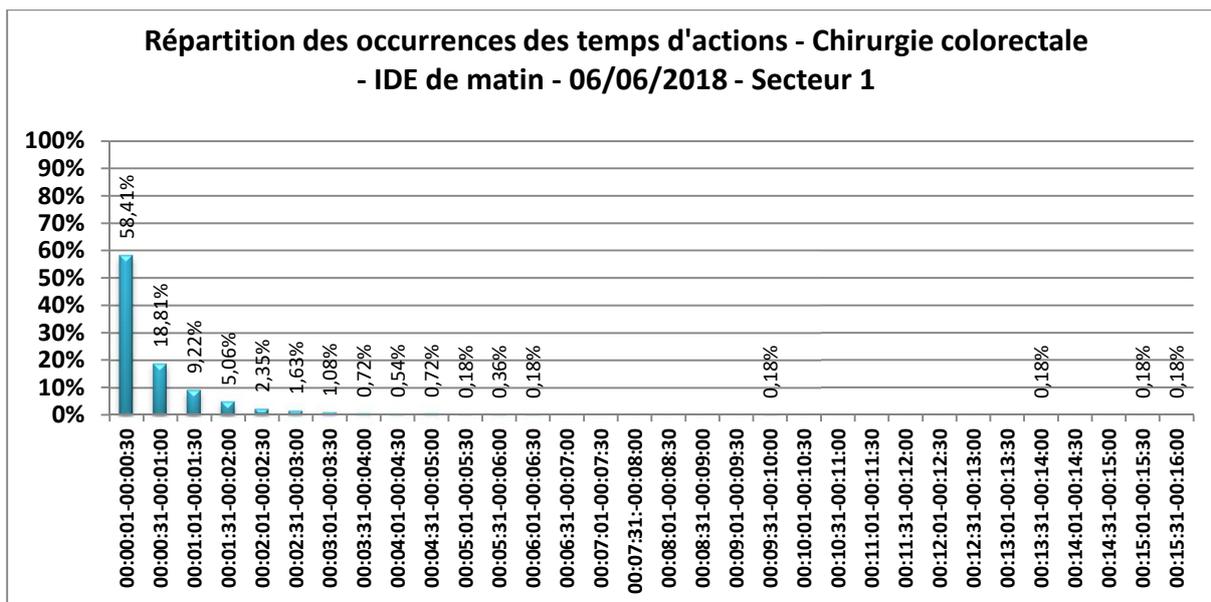


Figure 42 : Répartition des occurrences des temps d'actions - Chirurgie Colorectale - IDE de matin - 06/06/2018 - Secteur 1.

Pour aller plus loin dans l'analyse des temps d'action, la figure 43 présente les pourcentages pour chaque durée de 01 seconde à 30 secondes. 58,62% des actions inférieures à 30 secondes, font moins de 10 secondes. Ce score témoigne d'un rythme de travail élevé et renforce l'idée d'un travail découpé, haché dont se plaint l'IDE lors de l'entretien d'autoconfrontation, quand elle considère son activité sur la journée, évoquant le sentiment de devoir travailler vite en faisant une multitude de choses.

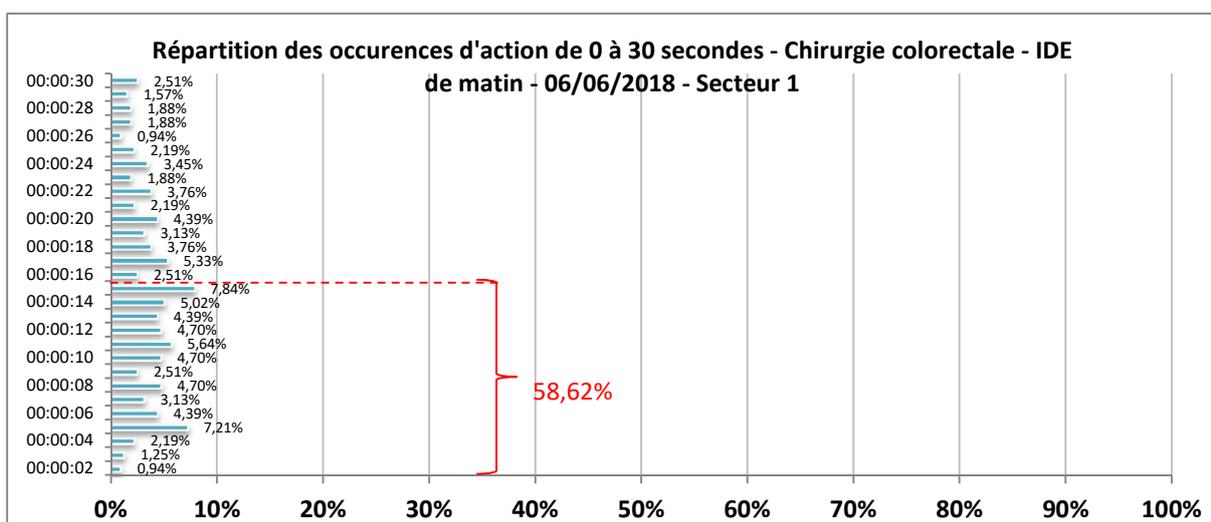


Figure 43 : Répartition des occurrences d'actions de 0 à 30 secondes - Chirurgie Colorectale - IDE de matin - 06/06/2018 - Secteur 1.

3.1.1.4. Fréquentation des différents lieux de travail

Pour affiner la présentation des lieux fréquentés par l'IDE la figure 44 présente la répartition de la fréquentation des lieux.

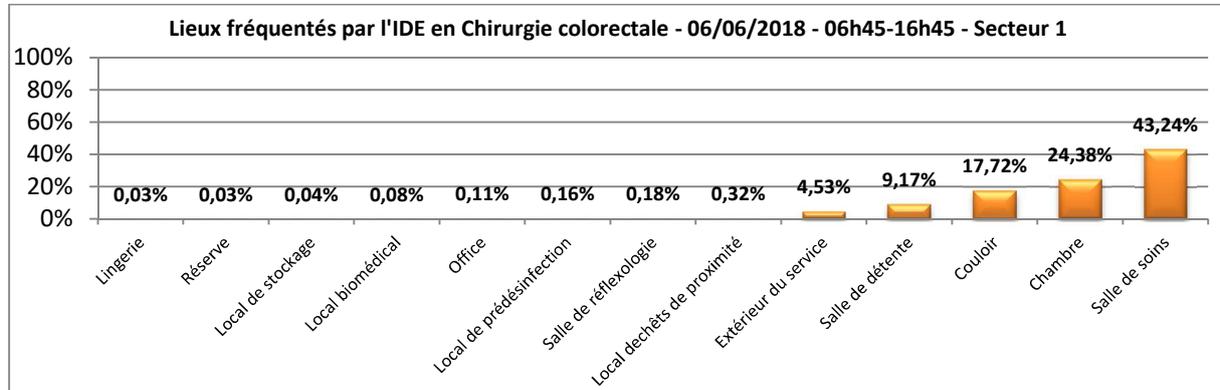


Figure 44 : Lieux fréquentés par l'IDE de matin de Chirurgie colorectale – Observation du 06/06/2018.

La salle de soins est le lieu le plus fréquenté (43,24%). C'est là que l'IDE prépare ses traitements, prépare son chariot de soins, remplit les dossiers informatisés, communique avec ses collègues... Les chambres ne restent qu'un lieu fréquenté pour le quart de l'activité (24,38%). Le couloir est un lieu de travail important pour cette IDE. Il n'est pas qu'un lieu de circulation mais un lieu où elle va positionner son chariot de soins et finir de préparer les traitements juste avant l'administration, renseigner le dossier informatique du patient et communiquer avec ses collègues IDE et AS. Il demeure le lieu où elle est la plus interrompue (Lhospital, 2017). Finalement, l'IDE ne possède pas qu'un seul poste de travail situé dans un espace précis mais plusieurs espaces de travail qu'elle investit selon ses besoins : la salle de soins, le couloir, la chambre du patient, les locaux techniques (salle de prédésinfection, biomédical, réserves...).

3.1.2. Observation du travail de l'IDE d'après-midi

Comme pour l'IDE de matin, le déroulé de l'activité quotidienne de l'IDE d'après-midi est identique chaque jour dans le type de tâches à réaliser : Préparation des médicaments pour le tour de 12h00, tour avec l'IDE du matin, etc. La première partie de son activité consiste à préparer le travail des collègues du matin en termes de préparation des traitements qui seront injectés par voie veineuse (perfusions en I.V.). Elle représente une véritable ressource pour l'IDE de matin qui n'aura pas à s'occuper de cette préparation qui prend du temps. A 12h00, les deux IDE partent ensemble sur le tour. Elles travaillent ensemble sur certains cas et se séparent pour d'autres. Cela permet d'avancer rapidement dans le tour et de distribuer les

médicaments sur un temps restreint. Les deux IDE se retrouvent ensuite pour les transmissions orales de 14h15. Jusqu'à ce moment précis, l'IDE d'après-midi avait tendance à avancer « à l'aveugle » dans l'activité, ne connaissant pas les patients. Les transmissions permettent de préciser les interventions chirurgicales, les traitements mis en œuvre, l'état psychique du patient... La vision du travail à accomplir est alors plus claire pour l'IDE d'après-midi.

3.1.2.1. La prise en charge d'un secteur

L'agent suivi sur cette période a 33 ans et 9 ans d'expérience. Elle est issue, comme sa collègue du matin, de l'ancienne équipe de l'hôpital Saint-André. Le jour de l'observation, elle travaillait sur le secteur 2, prenant en charge 12 patients. Sur ses 12 patients, aucun n'avait de pronostic vital engagé. La figure 45 présente la répartition des âges des patients et le pronostic vital engagé pour le secteur 1. On y observe que les patients de ce secteur étaient pour un tiers âgés de moins de 50 ans.

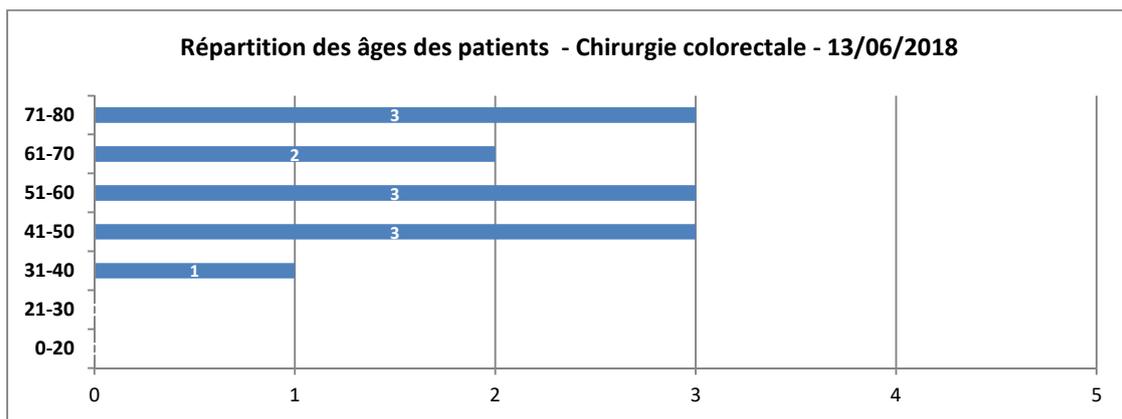


Figure 45 : Répartition des âges des patients – Chirurgie colorectale – 13/06/2018 – Secteur 1.

3.1.2.2. Répartition de l'activité de l'IDE d'après-midi

L'observation du travail met en relief un certain respect des horaires des activités de l'IDE au cours de sa vacation comme en témoigne le tableau 22.

Tableau 22. Différence entre l'activité prescrite et l'activité réelle – Chirurgie colorectale et pariétale – 13/06/2018 – Secteur 1.

Chirurgie colorectale et pariétale			
	Prescrit	Réel	Ecart
Préparation tour de 12h00 I.V.	00:45:00	00:11:11	-00:33:49
Tour + IDE de matin	01:00:00	01:07:58	+00:07:58
Préparation médicaments Per os	00:15:00	00:26:38	+00:11:38
Repas	00:30:00	00:34:02	+00:04:02
Transmissions orales	00:30:00	00:27:07	-00:32:53
Tour	01:45:00	01:55:09	+00:10:09
Transmissions orales +IDE matin sur entrées	00:45:00	00:06:49	-00:38:11
Transmissions écrites	00:15:00	00:38:07	+00:23:07
Point + interne	00:15:00	00:41:52	+00:26:52
Préparation I.V.	00:15:00	00:09:34	-00:05:26
Tour distribution de traitement	02:00:00	02:43:29	+00:43:29
Transmissions écrites	00:45:00	00:32:15	-00:12:45
Transmissions orales + équipe de nuit	00:30:00	00:32:28	+00:02:28
	10:00:00	10:06:39	

Lors du tour avec l'IDE de matin, l'IDE d'après-midi occupe une fonction support à sa collègue. Dans l'observation réalisée, l'IDE d'après-midi a aidé sa collègue à retirer des agrafes sur la cicatrice d'un patient. La première IDE ayant des difficultés à réaliser cette tâche dans ce cas précis, s'est tournée vers sa collègue en renfort pour bénéficier de son expertise dans ce domaine. Elle dispose d'une technique particulière qui fait d'elle une référence dans le service. Même si elle partage sa technique avec l'ensemble de ses collègues, elle est reconnue dans le collectif pour ses dispositions spéciales. L'IDE d'après-midi a apporté son soutien à l'IDE de matin en gérant des perfusions, en disposant des bas de contention, en administrant des traitements, en réalisant des injections, en prenant des constantes. Dans ces conditions, l'IDE d'après-midi agit à « l'aveugle », ne connaissant pas forcément les patients et n'ayant que de très brèves transmissions sur le secteur pris en charge, prenant son poste avant l'heure des transmissions officielles. Elle se positionne en exécutante jusqu'au moment où elle pourra prendre la main sur le secteur, au départ de l'IDE de matin.

Même si le programme prescrit est relativement respecté, des écarts sont observés dans l'activité de travail de cette IDE. Par exemple, dans le temps dédié à la préparation des médicaments Per os, elle a dû prendre en charge la gestion des repas, tâche normalement confiée aux aides-soignantes. Le modèle du tour présenté pour l'activité de matin se retrouve pour l'IDE d'après-midi. L'outil informatique reste relativement présent. Lors des transmissions avec l'interne, moment mis à part pour avoir un contact avec le corps médical, de nombreuses interruptions ont pu être observées. Ces interruptions sont liées au téléphone (appels entrants), à des échanges avec le médecin anesthésiste puis des échanges avec les brancardiers. Ces interruptions peuvent avoir des conséquences importantes autant sur l'activité de l'interne que celle de l'IDE. En effet, l'interne a besoin d'informations précises pour confirmer ou réviser le traitement et donc en suivant, les prescriptions des patients. L'IDE a besoin de décisions précises pour organiser son travail et prévoir les traitements adaptés pour chaque patient. Ces interruptions peuvent donc avoir un effet relativement délétère sur l'activité de chacun des professionnels de santé.

La problématique des interruptions se retrouve lors du temps réservé pour les transmissions écrites. Lors de l'observation, il a été noté de nombreux échanges avec les internes, les chirurgiens qui passent dans le service entre deux interventions, un déplacement vers le bloc pour apporter un matériel particulier demandé, la gestion des appels entrants, les échanges avec une aide-soignante pour les repas à venir... Les interruptions sont importantes et peuvent avoir des conséquences sur la qualité des transmissions écrites (traçabilité des activités menées : administration de traitement, informations générales sur le patient, suivi d'un besoin particulier...). Le tour de distribution des traitements fonctionne sur un modèle séquentiel (figure 46).

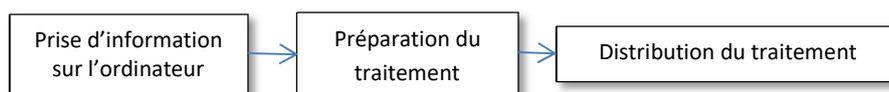


Figure 46 : Représentation des différentes phases effectuées lors d'un tour de distribution – Chirurgie colorectale et pariétale.

Pendant cette activité, l'IDE est également appelée à accomplir des tâches annexes : gestion du téléphone, distribution d'eau... qui sont autant d'interruptions dans une activité conduisant potentiellement à des événements indésirables graves (erreur médicamenteuse, erreur d'identité-vigilance...).

L'observation de l'activité permet d'obtenir les résultats détaillés présentés dans le tableau 23.

Tableau 23. Répartition du temps passé par activité et occurrences liées à cette activité pour l'IDE d'après-midi en Chirurgie colorectale.

	Occurrences	Durées	Durées en %
Communication	137	03:54:17	37,02%
Action auprès du patient	33	00:33:07	5,23%
Gestion des médicaments	56	00:59:46	9,44%
Travail informatique-administratif	94	01:58:29	18,72%
Rangement	21	00:16:10	2,55%
Gestion du matériel	51	00:35:37	5,63%
Hygiène	9	00:05:37	0,89%
Pauses	3	01:28:35	14,00%
Déplacements	125	00:33:29	5,29%
Gestion activité	18	00:07:06	1,12%
Gestion des déchets	5	00:00:38	0,10%

L'activité de l'IDE d'après-midi est très variée. Elle passe le tiers de son temps en communication (37,02%), devant se tenir informer du déroulement de l'activité qu'elle prend en cours de route. La communication est indispensable dans le cas présent car il n'y a qu'ainsi qu'elle peut se situer dans le travail qu'elle a à réaliser. Elle va devoir solliciter ses autres collègues qui ont commencé leur travail avant elle afin de se créer des repères qui lui permettront de se positionner dans cette activité co-construite. Elle s'inscrit et est considérée par ses collègues comme une « seconde-main » de ses collègues dans la première partie de sa prise de poste, jusqu'au transmissions orales qui la font basculer dans le rôle principal. L'IDE de matin change de rôle avec celle de l'après-midi et devient son aide. Le travail informatique et administratif prend environ un cinquième de l'activité (18,72%). Ce temps passé sur informatique reste un regret de l'IDE d'après-midi qui déclare ne pas pouvoir passer assez de temps auprès des patients. Tout comme pour l'IDE de matin, les déplacements occupent une place prépondérante dans l'activité de l'IDE. Ils sont très nombreux en termes d'occurrences mais restent relativement courts. Les déplacements durent en moyenne 16 secondes. Etant en position d'aide en début d'activité, l'IDE fait de nombreux allers-retours pour récupérer du matériel notamment, en salle de soins (médicaments, dispositifs médico-stériles) ou dans les réserves (matériel biomédical). Elle peut également se déplacer pour communiquer verbalement des informations au reste de l'équipe paramédicale.

3.1.2.3. Temporalités de réalisation du travail

Le tableau 24 présente les renseignements issus de l'observation en termes de durée d'observation et de nombre d'actions.

Ayant précisé précédemment que le travail est très découpé, la durée moyenne d'une action est d'environ 1 minute. Le temps passé sur des actions dont la durée est inférieure à 30 secondes représente 57,14% du temps global de travail sur cette période. Le temps inférieur à 1 minute est de 76,67%.

Tableau 24. Répartition du temps passé par activité et occurrences liées à cette activité pour l'IDE d'après-midi en Chirurgie colorectale.

	13/06/2018 (Après-midi)
Durée observation	10:32:51
Nombre d'actions	553
00:00:01-00:00:30	57,14%
00:00:31-00:01:00	19,53%
Total < 1 min	76,67%
Durée moyenne	00:01:09
Durée max.	00:34:02
Durée min.	00:00:01

En 10h30 de temps de travail, l'IDE de matin va répartir sa charge de travail par patient. La figure 47 présente le temps passé par chambre par l'IDE. Cette fois également, ce graphique montre que l'âge n'a pas d'incidence sur la prise en charge du patient. Les deux extrêmes du graphique ont pratiquement le même âge, respectivement 88 et 89 ans, pourtant le temps passé pour chacun d'eux est très varié (1min29 et 19min09). Entre ces deux extrêmes, tous les âges sont mélangés. La répartition du temps passé pour chaque patient est relativement homogène sur deux groupes : un groupe environ 5 minutes et un groupe environ 10 minutes. Là encore, la variabilité de la patientèle est importante (âges, genre, pathologies) et le facteur déterminant de la prise en charge à adapter reste le type de chirurgie subie par le patient.

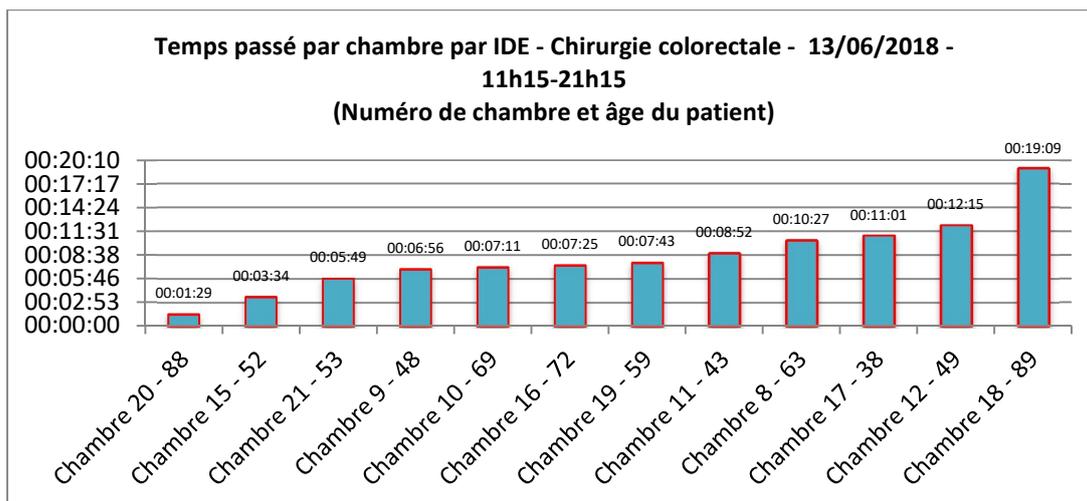


Figure 47 : Temps passé par chambre par l'IDE d'après-midi de Chirurgie colorectale.

En ce qui concerne le travail haché, la figure 48 montre que 57,25% des actions font moins de 30 secondes.

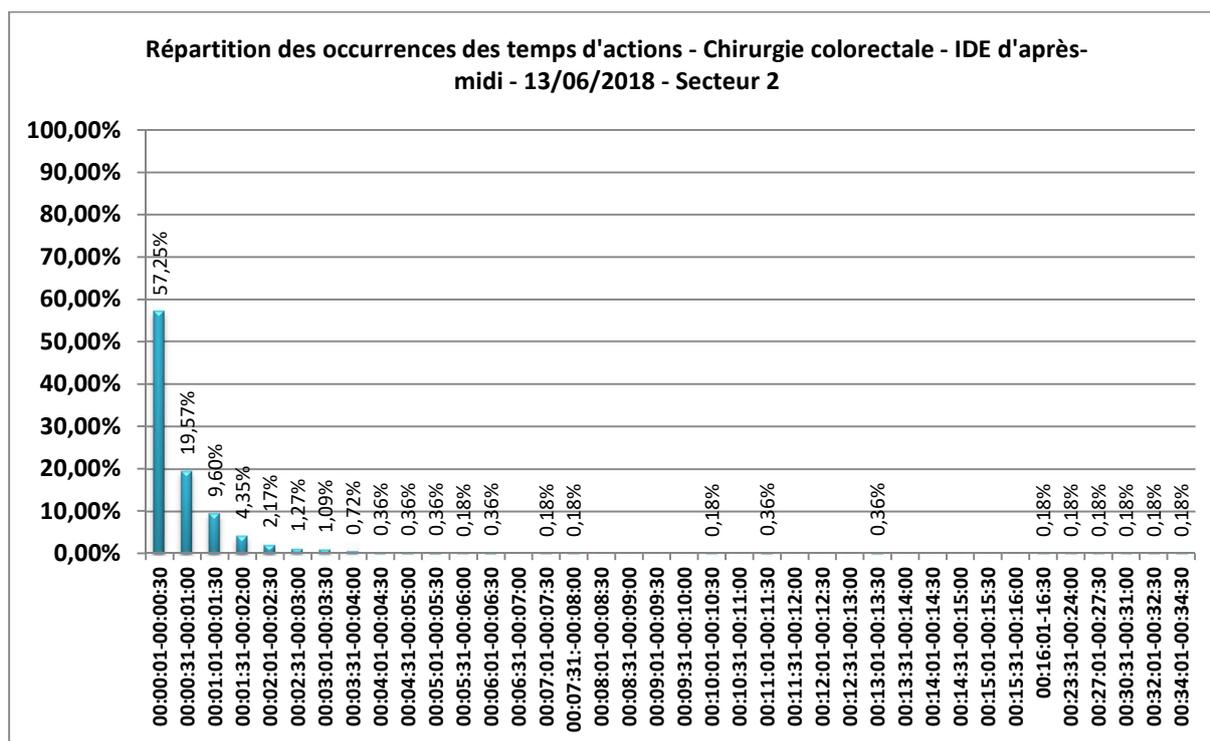


Figure 48 : Répartition des occurrences des temps d'actions - Chirurgie colorectale - IDE d'après-midi - 13/06/2018 - Secteur 2.

Pour aller plus loin dans l'analyse des temps d'action, la figure 49 présente les pourcentages pour chaque durée de 01 seconde à 30 secondes. 48,09% des actions inférieures à 30 secondes, font moins de 10 secondes. Ce score témoigne d'un rythme

de travail élevé et renforce le sentiment exprimé par l'IDE d'effectuer un travail découpé, haché.

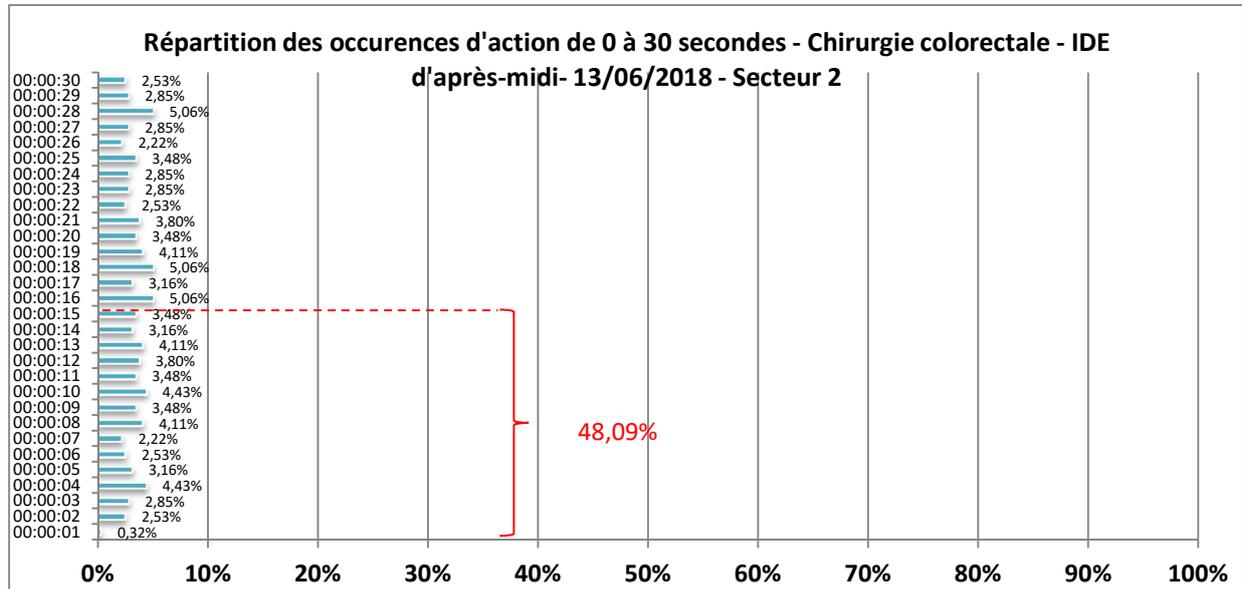


Figure 49 : Répartition des occurrences d'action de 0 à 30 secondes - Chirurgie colorectale - IDE d'après-midi - 13/06/2018 - Secteur 2.

3.1.2.4. Fréquentation des différents lieux de travail

Pour affiner la présentation des lieux fréquentés par l'IDE la figure 50 présente la répartition de la fréquentation des lieux.

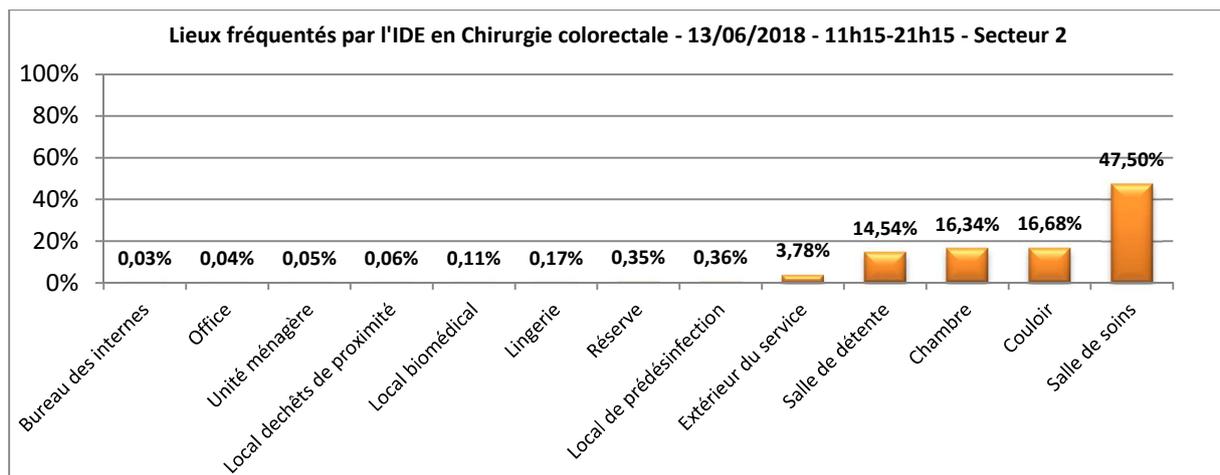


Figure 50 : Lieux fréquentés par l'IDE d'après-midi de Chirurgie colorectale – Observation du 13/06/2018.

La salle de soins est le lieu le plus fréquenté (47,50%). Comme sa collègue du matin, c'est là que l'IDE prépare ses traitements, prépare son chariot de soins, remplit les dossiers informatisés, communique avec ses collègues... Lors de cette observation,

les chambres ont été peu fréquentées (16,34%). La partie du travail est réalisée principalement le matin en ce qui concerne les actions auprès des patients. Si les patients sont bien renseignés, correctement pris en charge par l'équipe du matin, ils sont beaucoup moins sollicitant par la suite. D'après les IDE et AS, les sonnettes raisonnent ainsi beaucoup moins dans le service. De plus, l'après-midi, les familles sont présentes auprès des patients et peuvent apporter une aide pour des tâches qui seraient prises en charge par les paramédicaux si elles n'étaient pas là. Tout comme pour sa collègue du matin, le couloir est un lieu de travail pour cette IDE. Il reste aussi, à l'identique du service de Chirurgie colorectale, le lieu où se produisent le plus d'interruptions. Elle doit venir chercher de l'information auprès de ses collègues du matin, souvent au chariot de soins positionné devant la porte des patients. La salle de soins est également un lieu d'échange important pour elle, y passant du temps pour préparer les traitements et en communication avec l'équipe.

3.2. Observations en Chirurgie hépatobiliaire et transplantation hépatique

3.2.1. Observation du travail de l'IDE de matin

L'activité de l'IDE a été observée afin de comprendre en quoi consiste l'activité de l'IDE en Chirurgie hépatobiliaire. Cette partie présente les résultats obtenus à la suite de l'observation sur une journée entière de travail, en premier sur l'horaire du matin puis ensuite sur l'horaire d'après-midi.

De la même façon que l'IDE dans le service de chirurgie colorectale, l'IDE du matin suit une activité correspondant à un programme établi et prévu à l'avance. Les activités principales se répètent tous les jours. Cependant, la variabilité liée à la patientèle est telle que le travail y prendra une forme différente chaque jour. Même si l'activité y est planifiée, le respect des temps à consacrer à chaque action est changeant, obligeant l'IDE à s'adapter continuellement. La difficulté d'un pansement, une cicatrisation insatisfaisante, une difficulté sur un drain, une forte anxiété ressentie par le patient ou même sa famille... les raisons pouvant empêcher le déroulement prévu de l'activité de l'IDE sont multiples. Cette planification reste théorique et peut être remise en question à tout moment de la journée.

3.2.1.1. La prise en charge d'un secteur

L'IDE a été suivie sur la période de travail du matin (06h45-16h45). C'est un agent qui a 7 ans d'expérience dans le service et elle est âgée de 35 ans. Elle a été observée lors de son activité sur le secteur 1, prenant en charge 11 patients dont 2 avec un pronostic vital engagé. L'un des patients dont le pronostic vital était engagé a déclaré aux IDE qu'il attendait de voir sa fille avant de « partir ». Il a pu voir sa fille et est

décédé, créant un certain émoi dans le service. Cet évènement a eu lieu environ 15 jours après les observations. Ce patient était connu du service pour y avoir fait plusieurs séjours. La charge émotionnelle et psychique sont en tension lors d'évènements de ce type. La figure 51 présente la répartition des âges des patients et le pronostic vital engagé pour le secteur 1.

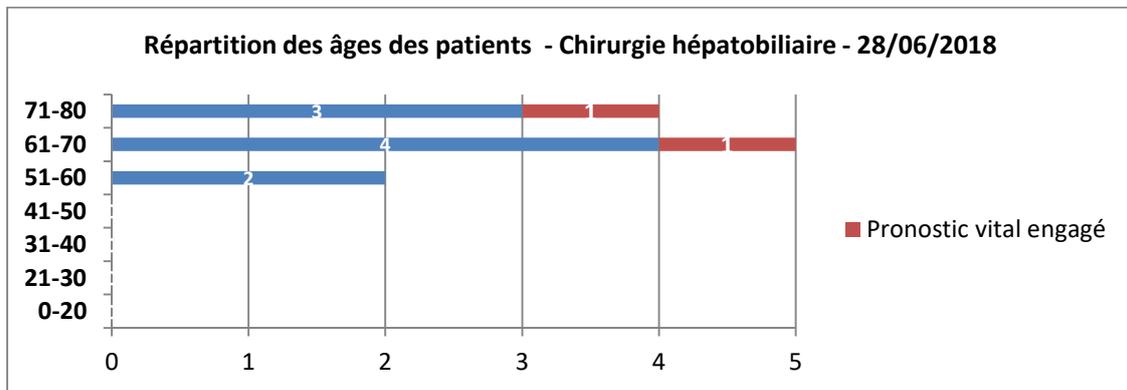


Figure 51 : Répartition des âges des patients – Chirurgie hépatobiliaire – 06/06/2018 – Secteur 1.

La population de ce secteur était relativement âgée le jour de l'observation.

3.2.1.2. Répartition de l'activité de l'IDE de matin

L'observation du travail met en relief un certain respect des horaires des activités de l'IDE au cours de sa vacation comme en témoigne le tableau 25.

Tableau 25. Différence entre l'activité prescrite et l'activité réelle - Chirurgie hépatobiliaire et transplantations hépatiques - 28/06/2018 - Secteur 1.

Chirurgie hépatobiliaire et transplantations hépatiques			
	Prescrit	Réel	Ecart
Transmissions	00:30:00	00:32:51	+00:02:51
Prises de sang	00:15:00	00:00:00	-00:15:00
Tour et visite	01:30:00	02:13:44	+00:43:44
Pansements	03:00:00	01:54:16	-01:05:44
Tour	01:00:00	01:18:49	+00:18:49
Transmissions écrites	00:45:00	01:37:41	+00:52:41
Transmissions orales	00:45:00	00:21:10	-00:23:50
Pause repas	00:30:00	00:47:46	+00:17:46
Entrées nouveaux patients	01:45:00	01:11:08	-00:33:52
	10:00:00	9:57:25	

La visite est incluse dans le temps du tour. Le dépassement de temps par rapport au temps imparti est relativement important puisqu'il est d'environ 43 minutes. Dans cette période de temps alloué, la visite occupe un temps équivalent à 32 minutes environ. Les 11 patients du secteur ont été visités pendant ces 32 min. Le temps passé avec chaque patient est inférieur à 2 minutes, souvent autour de moins de 1 minute. La visite s'opère en deux temps. Un premier temps consiste en l'échange entre l'équipe médicale et l'équipe paramédicale. Les échanges au sein même de l'équipe médicale sont riches : échanges sur la pathologie, échanges sur la chirurgie réalisée ou à venir, annonce à faire, traitement envisagé, questionnement des séniors vers les internes et externes (temps d'apprentissage). Les discussions dans le corps médical sont argumentées par les informations fournies par l'IDE. Ce moment est particulièrement apprécié par l'équipe paramédicale car il permet un contact direct avec l'équipe médicale/chirurgicale. Cet échange permet par la suite de prévoir toute l'activité autour des patients : traitement ajusté, pansement... sans que trop de changements n'interviennent. Cette planification s'opère lors des échanges informels entre professionnels mais aussi dans des espaces institutionnalisés tels les temps de transmission.

Le temps des pansements n'est pas utilisé entièrement. Il permet de réguler le retard pris dans le tour et la visite qui ont précédé. Dans les 1h54 utilisées, l'IDE a réalisé 1 pansement et 4 soins divers (perfusion, administration de traitement, points). Par ailleurs, elle a utilisé ce temps pour accomplir des tâches administratives et sur informatique qu'elle n'aurait pas eu le temps d'accomplir autrement. Elle a également géré des appels téléphoniques (entrants et sortants) et a échangé à de nombreuses reprises avec ses collègues IDE ou AS. Le tour se déroule sur le même modèle qu'en Chirurgie colorectale et pariétale. En supplément des tâches classiques, l'IDE a dû donner de l'eau, un dessert mais aussi reprendre des constantes et administrer des médicaments. Tout au long du tour, l'IDE a eu de nombreux échanges avec des collègues IDE, AS mais aussi des médecins.

Pendant le temps des transmissions écrites, l'IDE a répondu aux besoins de plusieurs patients. C'est également un temps où de nombreux échanges ont lieu entre les professionnels pour debriefer de la matinée de travail. Ce jour-là, ce qui n'est aucunement une généralité, l'IDE n'a pas eu à gérer d'entrée de nouveaux patients sur son secteur et a donc utilisé ce temps pour terminer ses tâches administratives. Ce temps a été utilisé comme temps de régulation afin d'être à jour dans ses tâches. L'observation de l'activité permet d'obtenir les résultats détaillés présentés dans le tableau 26.

Tableau 26. Répartition du temps passé par activité et occurrences liées à cette activité pour l'IDE de matin en Chirurgie hépatobiliaire.

	Occurrences	Durées	Durées en %
Communication	172	03:13:45	32,43%
Action auprès du patient	44	01:35:03	15,91%
Gestion des médicaments	45	00:47:41	7,98%
Travail informatique-administratif	99	02:08:01	21,43%
Rangement	18	00:07:23	1,24%
Gestion du matériel	44	00:19:19	3,23%
Hygiène	7	00:01:54	0,32%
Pauses	7	01:15:07	12,57%
Déplacements	109	00:22:21	3,74%
Gestion planning	13	00:06:51	1,15%

On remarque que l'activité de l'IDE est très variée. Elle passe une partie importante de son temps en communication (32,43%), ce qui indique que la gestion de l'information est une partie importante de son travail, notamment entre IDE. Le travail informatique et administratif prend le deuxième temps le plus important (21,43%). Le temps passé sur ces activités constitue toujours un regret par rapport au temps passé auprès du patient (15,91%). Les IDE déclarent passer du temps en activités de traçabilité, de reporting qui éloignent leurs actions du cœur de leur métier. Les déplacements occupent également une place prépondérante dans l'activité de l'IDE. Même s'ils ne représentent pas la durée principale d'activité, en termes d'occurrences, ils occupent une place relativement importante et sont nombreux et courts.

3.2.1.3. Temporalités de réalisation du travail

Le tableau 27 présente les renseignements issus de l'observation en termes de durée d'observation et de nombre d'actions. Ayant précisé précédemment que le travail est très découpé, la durée moyenne d'une action est de 51 secondes. Le temps passé sur des actions dont la durée est inférieure à 30 secondes représente 61,11% du temps global de travail sur cette période. Le temps inférieur à 1 minute est de 77,62%.

Tableau 27. Données sur les durées de l'activité – Observation de l'IDE de matin en Chirurgie hépatobiliaire.

	28/06/2018 (Matin)
Durée observation	09:57:25
Nombre d'actions	558
00:00:01-00:00:30	61,11%
00:00:31-00:01:00	16,49%
Total < 1 min	77,60%
Durée moyenne	00:00:51
Durée max.	00:18:32
Durée min.	00:00:02

Une répartition du temps entre patient est effectuée au cours de la journée de 10h00 de travail. La figure 52 présente le temps passé par chambre par l'IDE. Ce graphique montre encore que l'âge n'a pas d'incidence sur la prise en charge du patient. Les patients de 19 et 52 ans ont occupé principalement l'IDE ce jour-là. Comme en Chirurgie Colorectale, la variabilité de la patientèle est importante (âges, genre, pathologies) et le facteur déterminant de la prise en charge à adapter reste le type de chirurgie subie par le patient.

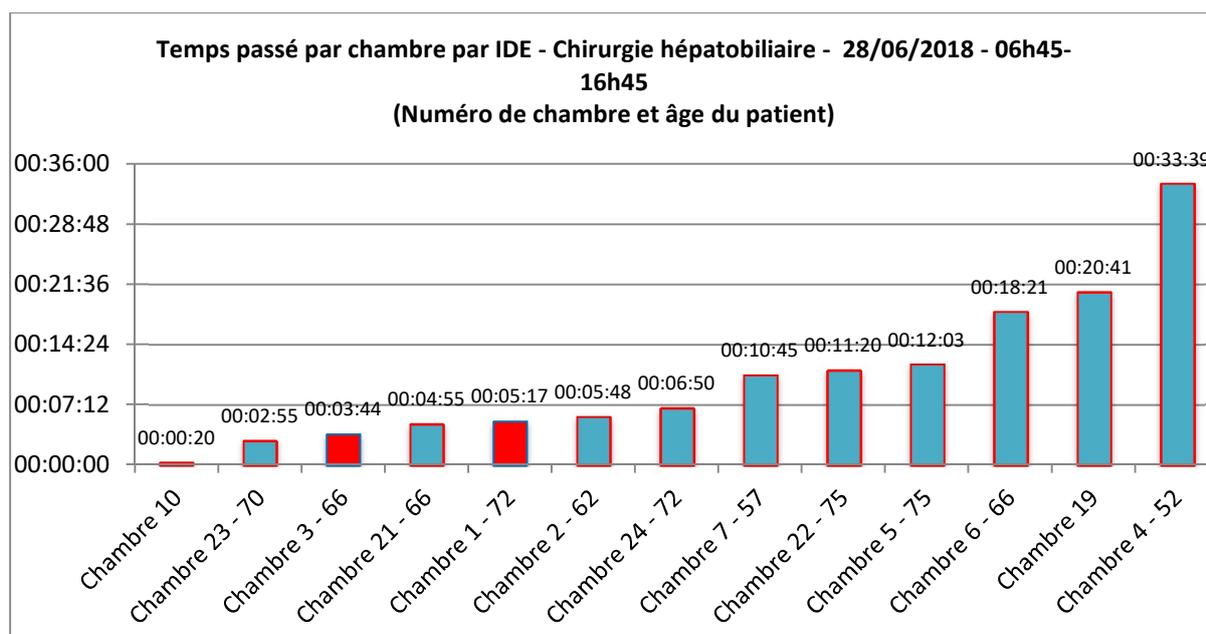


Figure 52 : Temps passé par chambre par l'IDE de Chirurgie hépatobiliaire.

En ce qui concerne le travail haché, la figure 53 montre que 62,45% des actions font moins de 30 secondes.

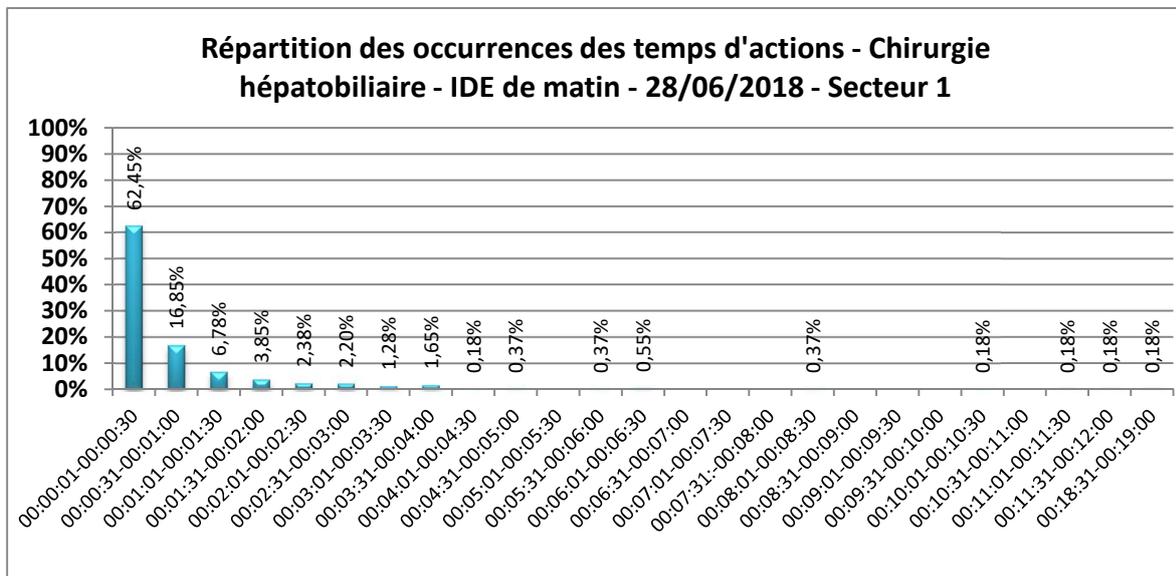


Figure 53 : Répartition des occurrences des temps d'actions - Chirurgie hépatobiliaire - IDE de matin - 28/06/2018 - Secteur 1.

Pour aller plus loin dans l'analyse des temps d'action, la figure 54 présente les pourcentages pour chaque durée de 01 seconde à 30 secondes. 58,67% des actions inférieures à 30 secondes font moins de 10 secondes. Ce score témoigne d'un rythme de travail élevé et renforce l'idée d'un travail découpé, haché.

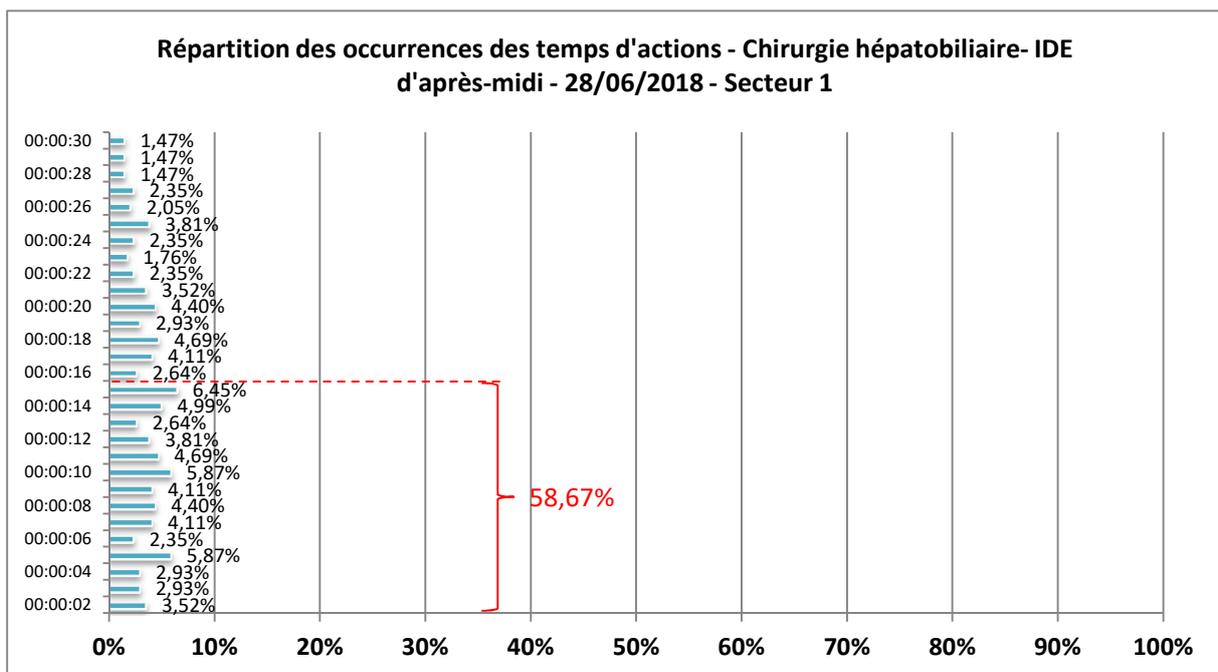


Figure 54 : Répartition des occurrences d'action de 0 à 30 secondes - Chirurgie hépatobiliaire IDE de matin - 28/06/2018 - Secteur 1

3.2.1.4. Fréquentation des différents lieux de travail

Pour affiner la présentation des lieux fréquentés par l'IDE la figure 55 présente la répartition de la fréquentation des lieux.

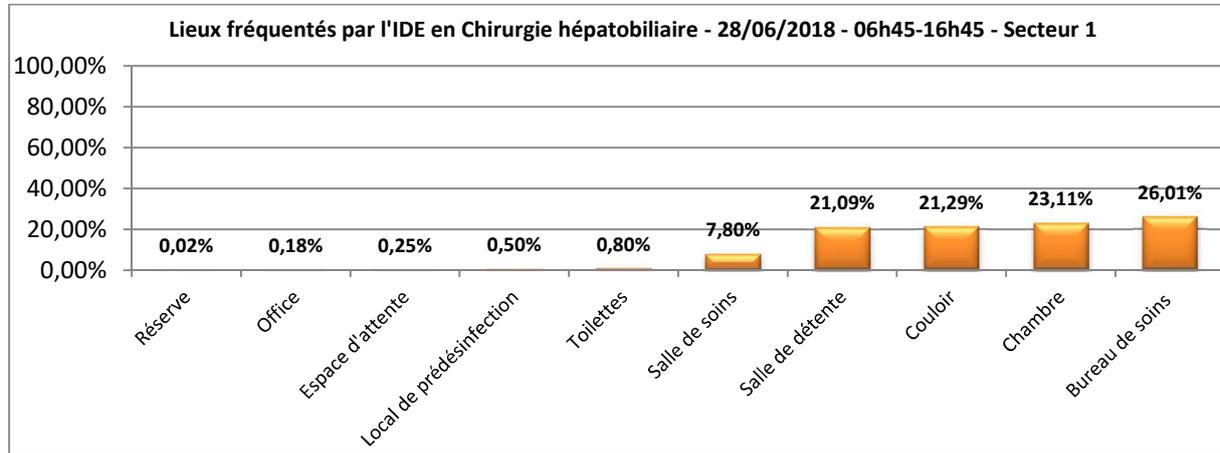


Figure 55 : Lieux fréquentés par l'IDE de matin de Chirurgie hépatobiliaire – Observation du 06/06/2018 – Secteur 1.

Le bureau de soins est le lieu le plus fréquenté (28,01%). C'est là que l'IDE prépare ses traitements, prépare son chariot de soins, remplit les dossiers informatisés, communique avec ses collègues... Les chambres ne restent qu'un lieu fréquenté pour le quart de l'activité (23,11%). Comme pour ses autres collègues IDE, et en Chirurgie Colorectale également, le couloir reste un lieu très fréquenté (presqu'un quart du temps d'activité). Il demeure un lieu de travail à même titre que les autres lieux présentés.

3.2.2. Observation du travail de l'IDE d'après-midi

Comme pour l'IDE de matin, le déroulé de l'activité quotidienne de l'IDE d'après-midi est identique chaque jour dans le type de tâches à réaliser : Préparation des médicaments pour le tour de 12h00, tour avec l'IDE du matin, etc. Tout comme en Chirurgie colorectale, la première partie de l'activité de l'IDE d'après-midi consiste à aider au maximum sa collègue du matin déjà occupée par ailleurs. Les deux IDE se retrouvent pour les transmissions orales de 14h15. Ce temps de transmissions permet à l'IDE d'avoir une meilleure perception du secteur à prendre en charge.

3.2.2.1. La prise en charge d'un secteur

L'agent suivi sur cette période est une IDE âgée de 34 ans et possédant 10 ans d'expérience dans le service. Elle est issue, comme sa collègue du matin, de l'ancienne équipe de l'hôpital Saint-André. Le jour de l'observation, elle travaillait sur le secteur 2, prenant en charge 12 patients. Sur ses 12 patients, aucun n'avait de pronostic vital engagé.

La figure 56 présente la répartition des âges des patients du secteur 2.

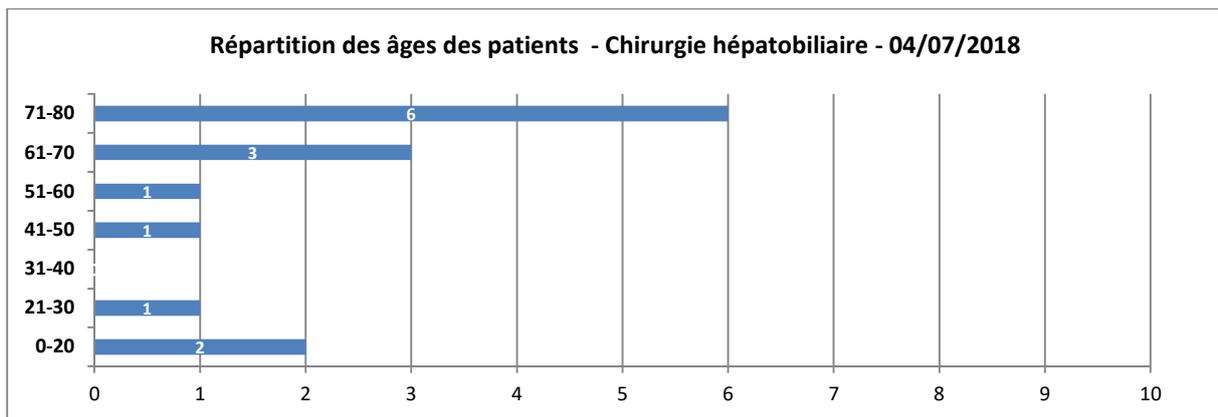


Figure 56 : Répartition des âges des patients – Chirurgie hépatobiliaire – 04/07/2018 – Secteur 2.

Les patients de ce secteur étaient pour 78% âgés de plus de 50 ans.

3.2.2.2. Répartition de l'activité de l'IDE d'après-midi

L'observation du travail met en relief un certain respect des horaires des activités de l'IDE au cours de sa vacation comme en témoigne le tableau 28. Cependant, compte tenu de la variabilité typique à ce genre d'activité, ces résultats ne témoignent que d'un instant dans la vie du service. Même si leur représentativité peut être questionnée, ils témoignent, au dire des IDE, d'une tendance générale.

Tableau 28. Différence entre l'activité prescrite et l'activité réelle – Chirurgie hépatobiliaire et transplantations hépatiques – 04/07/2018 – Secteur 2.

Chirurgie hépatobiliaire et transplantations hépatiques			
	Prescrit	Réel	Ecart
Préparation tour de 12h00 I.V.	00:45:00	00:24:14	-00:20:46
Tour + IDE de matin	01:00:00	01:44:35	+00:44:35
Préparation médicaments Per os	00:15:00	00:08:29	-00:06:31
Repas	00:30:00	00:49:39	+00:19:39
Transmissions orales	01:00:00	00:53:40	-00:06:20
Tour	01:45:00	02:10:00	+00:25:00
Transmissions orales +IDE matin sur entrées	00:45:00	00:00:00	-00:45:00
Transmissions écrites	00:15:00	00:02:59	-00:12:01
Point + interne	00:15:00	00:20:09	+00:05:09
Préparation I.V.	00:15:00	00:21:58	+00:06:58
Tour distribution de traitement + installation des patients	02:00:00	02:26:22	+00:26:22
Transmissions écrites	00:45:00	00:27:09	-00:17:51
Transmissions orales + équipe de nuit	00:30:00	00:37:15	+00:07:15
	10:00:00	10:26:29	

L'activité de préparation du tour de 12h00 impose de faire de nombreux allers-retours entre la salle de soins et le chariot positionné dans le couloir devant la salle de soins. Celle-ci est trop petite pour accueillir les deux chariots de soins qui sont alors stationnés devant la salle de soins. Pendant le temps alloué, l'IDE a déposé 9 traitements (par perfusion) sur le chariot de soins. Malgré la charge de travail que cela représente, elle a réussi à ne pas mobiliser tout son temps et a pris une avance d'environ 20 minutes. Le tour avec l'IDE de matin, a duré environ 45 minutes de plus que prévu. Comme pour sa collègue de l'autre service, son positionnement en soutien de l'IDE de matin la fait avancer sans trop d'informations sur les patients à moins qu'elle ait été positionnée sur le même secteur la veille et ait ainsi une bonne

connaissance du secteur. Durant ce tour, l'IDE a aidé en vérifiant des perfusions (5 fois), en réalisant des glycémies (2 fois), en prenant des constantes (6 fois), en réalisant encore une multitude d'autres tâches. Elle a également pris du temps pour réaliser du travail administratif. Le tour s'est déroulé dans le temps imparti (à 5 minutes près). Là encore, le travail durant le tour alterne les soins aux patients et le travail administratif. C'est pendant ce tour qu'elle se saisit pleinement de son secteur, recevant l'aide de l'IDE de matin jusqu'à son départ. Les transmissions orales ont pris plus de temps que prévu. La situation du secteur demande à ce que parfois, plus de temps soit nécessaire pour faire le point sur l'ensemble des patients. Le dernier tour a demandé davantage de temps que nécessaire. Là encore, la situation individuelle de chaque patient détermine le temps à passer.

L'observation de l'activité permet d'obtenir les résultats détaillés présentés dans le tableau 29.

Tableau 29. Répartition du temps passé par activité et occurrences liées à cette activité pour l'IDE d'après-midi en Chirurgie hépatobiliaire.

	Occurrences	Durées	Durées en %
Communication	96	03:21:00	32,37%
Action auprès du patient	70	01:18:35	12,66%
Gestion des médicaments	80	01:30:49	14,63%
Travail informatique-administratif	125	01:43:50	16,72%
Rangement	41	00:12:32	2,02%
Gestion du matériel	94	00:33:04	5,33%
Hygiène	6	00:03:22	0,54%
Pauses	3	00:58:00	9,34%
Déplacements	155	00:25:41	4,14%
Gestion planning	38	00:14:00	2,25%

Comme pour l'IDE de matin, l'activité de l'IDE d'après-midi reste très variée. La plus grande partie de son temps est consacrée à de la communication (32,37%). Elle prend une activité déjà commencée et doit alors être informée du travail à réaliser. Le travail informatique et administratif est la deuxième activité la plus importante (16,72%). Il représente également la deuxième activité la plus importante en termes d'occurrences. L'IDE regrette ce temps passé sur informatique qui empiète sur le temps auprès des patients. Encore une fois, les déplacements occupent une place prépondérante dans l'activité de l'IDE. Ils sont très nombreux en termes d'occurrences (155) mais restent relativement courts.

3.2.2.3. Temporalités de réalisation du travail

Le tableau 30 présente les renseignements donnés par l'observation en termes de durée et de nombre d'actions. Ayant précisé précédemment que le travail est très découpé, la durée moyenne d'une action est d'environ 53 secondes. Le temps passé sur des actions dont la durée est inférieure à 30 secondes (activités de communication, de gestion des médicaments...) représente 66,48% du temps global de travail sur cette période. Le temps inférieur à 1 minute est de 82,68%.

Tableau 30. Données sur les durées de l'activité - Observation de l'IDE d'après-midi en Chirurgie hépatobiliaire.

	04/07/2018 (Après-midi)
Durée observation	10:20:53
Nombre d'actions	710
00:00:01-00:00:30	66,48%
00:00:31-00:01:00	16,20%
Total < 1 min	82,68%
Durée moyenne	00:00:53
Durée max.	00:24:23
Durée min.	00:00:01

En 10h30 de temps de travail, l'IDE d'après-midi va répartir sa charge de travail par patient selon les besoins de chacun. La figure 57 présente le temps passé par chambre. Cette fois également, ce graphique montre que l'âge n'a pas d'incidence sur la prise en charge du patient. L'IDE prend également le temps d'aller aider une collègue sur les chambres 7 et 22 qui ne font pas partie de son secteur. En chambre 7, elle range la chambre suite au départ de la patiente. En chambre 22, elle installe une perfusion. Cette observation montre que la variabilité liée à l'âge et aux pathologies est toujours présente et importante dans ce secteur.

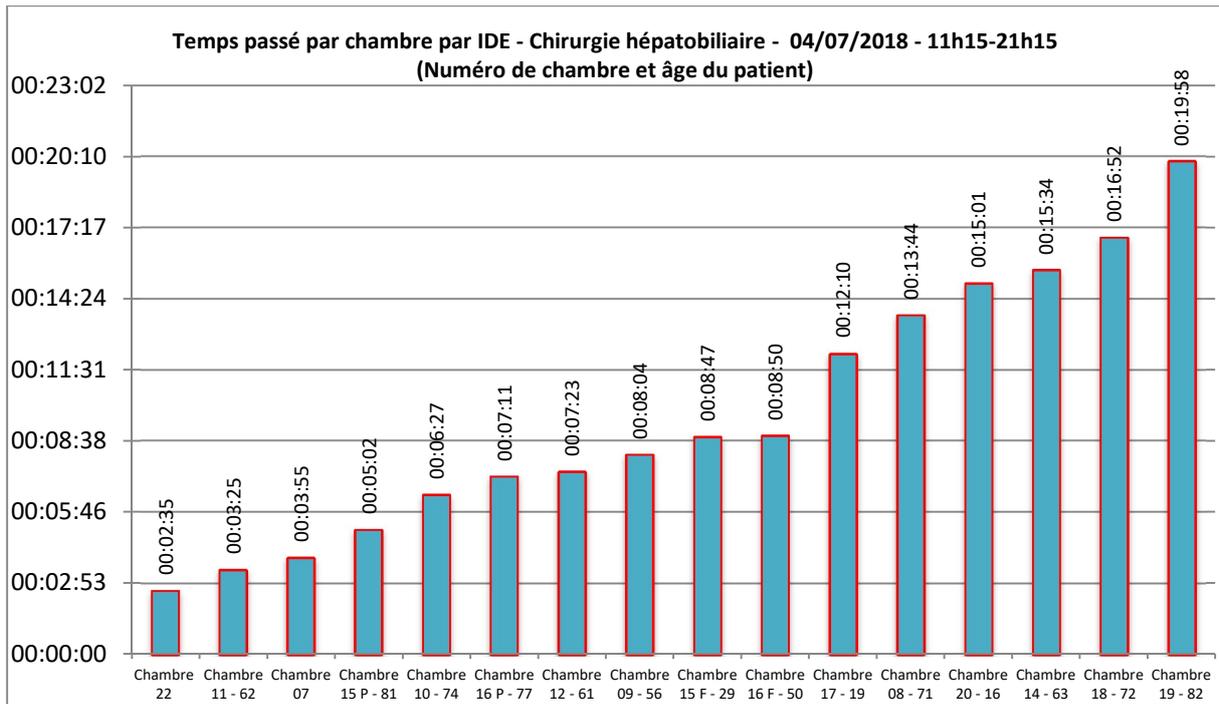


Figure 57 : Temps passé par chambre par l'IDE d'après-midi de Chirurgie hépatobiliaire.

En ce qui concerne le travail haché, la figure 58 montre que 67,05% des actions font moins de 30 secondes.

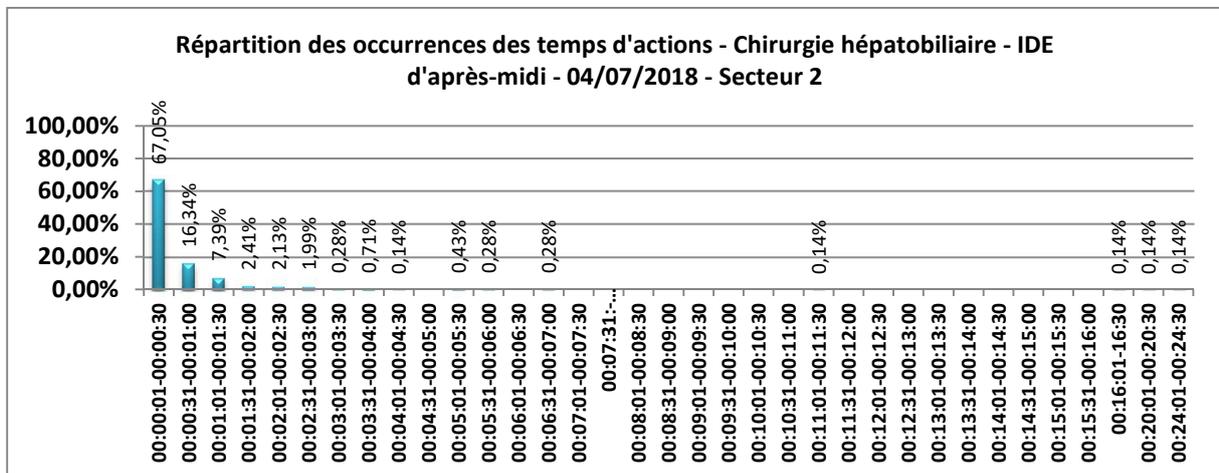


Figure 58 : Répartition des occurrences des temps d'actions - Chirurgie hépatobiliaire - IDE d'après-midi - 04/07/2018 - Secteur 2.

Pour aller plus loin dans l'analyse des temps d'action, la figure 59 présente les pourcentages pour chaque durée de 01 seconde à 30 secondes. 68,93% des actions inférieures à 30 secondes, font moins de 15 secondes. Ce score témoigne d'un rythme de travail élevé et renforce l'idée d'un travail haché.

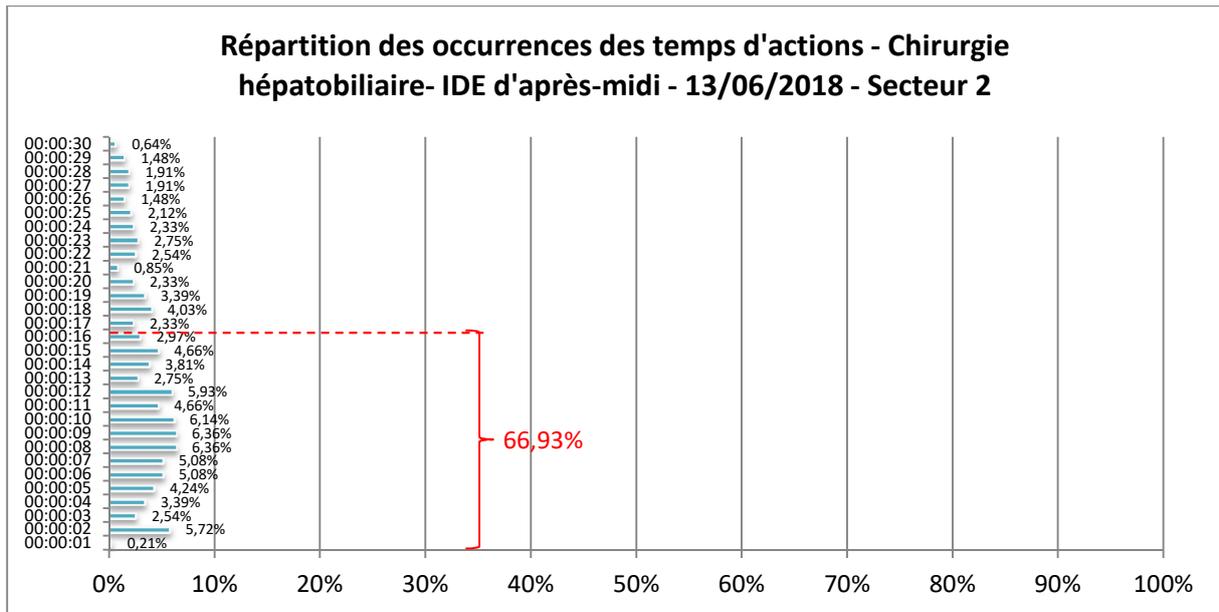


Figure 59 : Répartition des occurrences d'action de 0 à 30 secondes - Chirurgie hépatobiliaire - IDE d'après-midi – 04/07/2018 - Secteur 2.

3.2.2.4. Fréquentation des différents lieux de travail

Pour affiner la présentation des lieux fréquentés par l'IDE la figure 60 présente la répartition de la fréquentation des lieux.

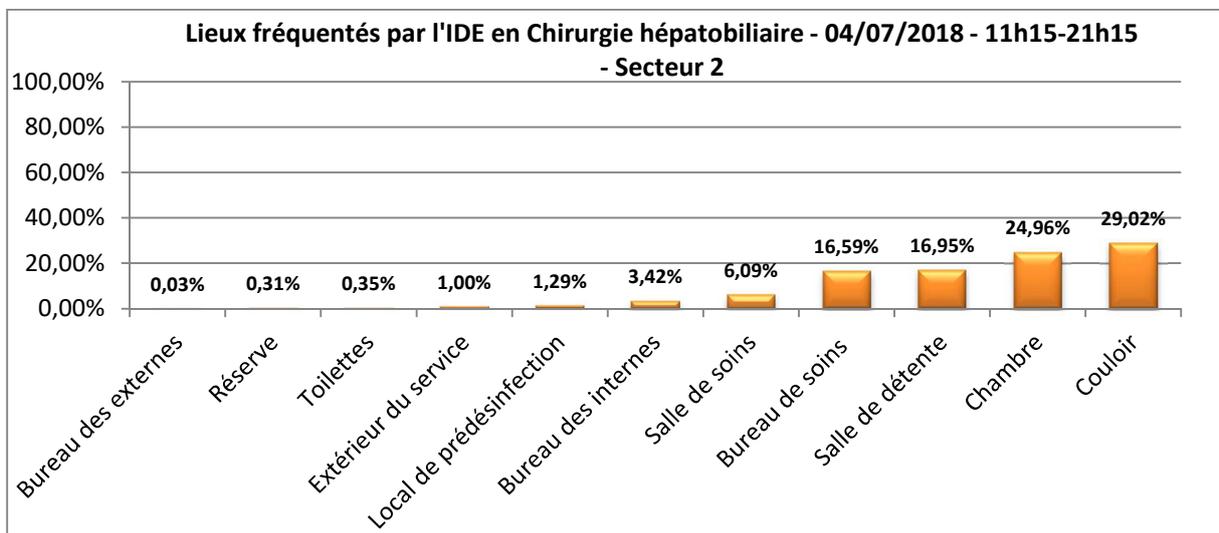


Figure 60 : Lieux fréquentés par l'IDE d'après-midi de Chirurgie hépatobiliaire – Observation du 04/07/2018.

Le couloir est le lieu le plus fréquenté (29,02%). Ce score témoigne de son activité auprès de son chariot de soins et des communications régulières qu'elle entretient avec ses collègues. Les chambres sont fréquentées pendant pratiquement un quart du temps total.

3.3. Synthèse et perspectives

3.3.1. Remarques méthodologiques

Antérieurement aux commentaires qui vont suivre, une première critique de la méthode est proposée. Ses avantages résident dans la facilité de son déploiement demandant très peu de matériel (papier, crayon, chronomètre). Elle permet une première approche, plutôt classique mais très instructive sur le contenu général de l'activité. Cependant, comme cela a été précisé précédemment, il est quasi-impossible d'envisager, à l'hôpital, une enquête absolument exhaustive sur un service en particulier. L'état de santé du patient, et son évolution sur la journée ou le séjour, reste la variable principale dans cette activité spécifique. Chaque patient arrive avec son histoire, sa personnalité, ses interrogations et tous les éléments qui le structurent en tant qu'être unique. A cette variable s'ajoute un élément influent qui consiste en la chirurgie associée au patient. Même si certaines pathologies et chirurgies suivent une typologie particulière, chaque cas demeure unique. En effet, pour une même chirurgie, les suites opératoires peuvent être très différentes d'un patient à l'autre. Elles sont fonction de l'histoire du patient (opérations précédentes, relations au monde hospitalier, relation à la maladie...) mais aussi de la réaction du corps au traumatisme subi (qualité des tissus, réaction à des médicaments...). A cette équation s'ajoute enfin l'état de l'IDE qui prend en charge le patient (fatigue ou dynamisme, rapport au travail, événements de la vie hors travail...). Il s'agit plus, dans ce cas, de raisonner en termes de représentativité de l'activité mais d'accepter que la période étudiée soit parcellaire. Dans ces conditions, il est compréhensible que la définition d'une journée type parfaitement suivie soit complètement illusoire, voire impossible.

Le suivi d'une IDE sur l'ensemble de sa journée de travail apporte une certaine cohérence et pertinence dans l'analyse du travail en ce qu'il a au moins le mérite de prendre en considération l'ensemble de l'activité pour un jour donné. Pour une première phase d'analyse, il nous semble impossible, voire hasardeux de faire l'économie de cette étape d'observation. Même si elle peut paraître, à certains égards, fastidieuse (relevé à la seconde et retranscription), elle n'en demeure pas moins indispensable. La compréhension des enchaînements du travail ne peut être appréhendée que par un relevé précis et complet de l'activité. Les limites de la méthodologie employée lors de cette première phase d'approche du terrain correspondent aux propositions d'Hubault (1995) qui indique que ce qui est appréhendé d'une situation de travail ne témoigne que d'un comportement mais n'offre aucune indication sur les motivations, les stratégies à l'origine de ce comportement. A aucun moment, celui-ci ne renseigne sur le conflit de logique entre l'homme et la tâche ou la construction du compromis opératoire qui en découle. C'est de ce compromis que le sujet se nourrit pour construire son activité et mettre en œuvre ses modes opératoires. La méthode papier-crayon se contente donc de constituer une collection d'actions qui se suivent, renseignant sur le déroulé des

activités. Elle ne peut proposer aucune interrogation plus approfondie. C'est dans l'empêchement d'avoir une explication plus précise sur la construction des modes opératoires que réside la limite principale de cette méthode.

3.3.2. Une forte variabilité de l'activité

A travers ces premiers résultats obtenus, une caractéristique principale de cette activité professionnelle réside dans sa variabilité importante. Même si un cadre régit les grands moments de l'activité de l'IDE, ce qui se passe dans ce cadre diffère d'une IDE à l'autre et d'un jour à l'autre. Les raisons identifiées précédemment expliquent cette variabilité : l'unicité de chaque patient (âge, pathologie, comportement), comme l'état de l'IDE demeurent des dimensions qui modifient le travail quotidien de l'IDE. Cette variabilité induit un questionnement sur les conséquences qu'elle peut produire dans le travail de l'IDE. Elle commence à interroger le travail en termes de capacités. Le travail, dans les conditions évoquées, demande notamment une certaine capacité d'adaptation pour pouvoir passer d'un patient à l'autre, en très peu de temps. Les cas à traiter pouvant être très différents et le nombre d'informations à collecter, à conserver, à communiquer témoignent de la demande cognitive exigeante de ce travail tout autant que la demande psychique. Devant le questionnement du patient, la souffrance ressentie par celui-ci ou le désespoir d'un diagnostic pessimiste, l'IDE doit pouvoir faire appel à des ressources qui la rendent capable d'affronter cette demande psychique importante. Dans cette variabilité, l'IDE doit être capable de prendre des décisions rapides, argumentées sur la base de l'ensemble des informations collectées et sous la supervision de l'équipe médicale, mettant sous tension la charge émotionnelle.

3.3.3. Des marges de manœuvre possibles pour des régulations nécessaires

A la vue des constations de cette première phase d'observations, il ressort que le travail est relativement haché et que les tâches s'effectuent sur des temps parfois extrêmement courts. Le rythme suivi par les IDE laisse peu de temps au soignant auprès des patients. Le temps peut alors être qualifié à la fois de contrainte (pas assez de temps) mais aussi de ressource (activités réalisées donnant du sens au travail dans le temps que le soignant définit lui-même). L'équilibre est compliqué à obtenir, les soignants témoignant régulièrement de leur sentiment de débordement.

Un des paradoxes principaux dans l'activité de l'IDE réside dans la relation qu'elle entretient avec le patient. Il est à la fois le cœur même de son activité, et un sujet de contraintes importantes. Le patient, cela a été mentionné précédemment, demeure une source de variabilité considérable dans l'activité quotidienne de l'IDE. Les IDE mentionnent que celui-ci peut être source de plaisir dans le travail car il permet de

réaliser des gestes techniques appréciés, qu'il peut être source d'un échange constructif autour de sa pathologie, de ses besoins... ce qui va contribuer à développer des relations de confiance entre la patient et l'IDE. Mais, elles mentionnent aussi que le patient peut, à l'inverse, être une source de souffrance en ce qu'il va mettre à mal le déroulement de son activité : nombreux besoins exprimés, insatisfaction sur les réponses apportées, usage intempestif de la sonnette, plaintes continues... L'IDE développe alors une stratégie consistant à ce qui est nommé « cadrer » le patient. Cette stratégie consiste à répondre à tous les besoins du patient lors de son passage : installation confortable dans le lit, mise à disposition des éléments de confort et de sécurité (verre d'eau, télécommande de la télévision, urinal ou bassin, sonnette...), réassurance sur la pathologie, la chirurgie afin de susciter le moins de dérangement possible par la suite. L'objectif de l'IDE est de pouvoir faire son tour avec le minimum de retour en arrière. Les sous-objectifs d'une telle stratégie sont 1 – de ne pas perdre de temps, 2 – de s'économiser du point de vue cognitif (éviter de retenir des informations supplémentaires : comme ne pas oublier d'aller chercher un antalgique ou un pot de compote par exemple) et du point de vue psychologique (éviter de la fatigue nerveuse).

Cette stratégie constitue une marge de manœuvre individuelle étant bâtie sur une gestion maîtrisée du temps. Les IDE peuvent séquencer le temps et créer des interruptions dans l'activité, se créant ainsi des marges de manœuvre, le risque étant que ces dernières soient coûteuses psychologiquement. Cette gestion, en parallèle du travail prescrit, relève d'une auto-prescription du travail par les IDE. Dans la réalité, il arrive régulièrement que cette maîtrise du temps ne reste qu'un vœu et que le débordement soit la règle. La liberté donnée dans la gestion des tâches fournit aux IDE une autre forme de marge de manœuvre. Nous avons relevé que le temps peut être une contrainte importante dans l'activité de l'IDE mais la gestion des tâches dans ce temps reste une liberté propre dans le travail. Ainsi, l'exemple de la planification des pansements en Chirurgie colorectale peut apporter du sens à cette liberté. Les IDE indiquent sur un papier libre, les pansements à réaliser dans leur secteur. Ce papier reste dans la salle de soins, sur la paillasse, à la vue des collègues IDE. Ainsi, lorsque l'IDE de secteur commence ses pansements, elle sait qu'elle va recevoir l'aide de l'IDE en poste de J pour la réalisation des pansements. Cette liste peut être considérée comme un objet intermédiaire entre les IDE. Cette possibilité d'adapter le travail comme elle le désire, cette marge de manœuvre, apparaît à la fois individuelle car elle permet d'effectuer son travail sans craindre le débordement, organisationnelle en ce qu'elle contribue au bon déroulement de l'activité avec une réponse performante aux besoins des patients et collective car elle est portée par les différents soignants comme une règle de métier partagée et approuvée.

A ce stade, les marges de manœuvre principales pouvant être retenues relèvent 1 - des marges de manœuvre individuelles : la gestion du temps qui reste relativement libre (déroulé des activités choisi par les agents), 2 - des marges de manœuvre

collectives : l'appui sur le collectif pour la réalisation du travail (pouvoir compter sur des collègues lors de réalisation d'actes techniques, aide sur des tâches nombreuses qui prennent du temps) et 3 – des marges de manœuvre organisationnelles : l'organisation permettant la création d'objets intermédiaires indispensables à la régulation des variabilités dans le travail (liste de pansements à effectuer pendant la vacation).

3.3.4. Conception/design du travail

L'activité de l'IDE est découpée, comme indiqué précédemment, en moments particuliers : transmissions, tours, pansements, gestion des entrées... Cette conception « macroscopique » du travail est prescrite par l'organisation et les IDE essaient tant bien que mal de s'y tenir. L'enjeu relatif au respect de cette planification est important pour le personnel paramédical car il est directement associé à la prise en charge des patients. Généralement, les IDE s'en tiennent à cette planification avec quelques écarts, comme constaté plus haut, liés aux besoins particuliers différents d'un jour à l'autre. Les IDE n'ont que très peu d'influence sur un changement possible. En revanche, la conception de leur propre activité, que l'on pourrait nommer conception « microscopique » du travail, leur appartient entièrement, cette conception qui reste cependant plus complexe à mettre en place. Les observations témoignent à certains moments de certains allers-retours pour répondre à la demande d'un patient.

Très souvent, le travail, dans sa conception, est réfléchi et élaboré entre l'AS et l'IDE ou entre IDE à la porte-même du patient. C'est devant la chambre que les professionnels vont réfléchir et décider de ce qui est à faire pour le patient.

Cette conception « microscopique » du travail pour les IDE interroge notamment le rôle des transmissions. Ce moment d'échange consiste la plupart du temps, et pas seulement dans les deux services de chirurgie digestive étudiés, en un échange sur l'état du patient, sur ses traitements médicamenteux et sa réaction à ceux-ci, sur sa situation sociale (famille, vie au domicile au sortir de l'hôpital), sur son évolution par rapport à sa pathologie, etc. Or, jamais les professionnels ne prennent le temps de planifier les activités qu'il va falloir mener dans les temps impartis. Elles ne se posent pas pour planifier le travail à accomplir dans un temps particulier, par exemple. Il manquerait un temps réservé à la construction du travail car actuellement, les transmissions ne répondent pas à cette exigence. Elles ne contiennent pas de temps spécifiques dédiés à la réflexion sur la façon dont les activités doivent être conçues. L'IDE et l'AS ne prennent pas le temps de par exemple se répartir les tâches, en se donnant un temps de micro-transmissions toutes les 1h30. Généralement, en fin de transmissions, chacune part de son côté accomplir les tâches habituelles. Le binôme IDE-AS est alors défait laissant chaque professionnel devant ses tâches, mettant à mal

le lien indispensable au sein de l'équipe. Ce lien s'avère indispensable car il constitue une ressource pour chaque professionnel (du point de vue physique : aide aux manutentions et, du point de vue psychologique : soutien dans des moments complexes...).

Il semblerait que le manque de construction commune du travail se traduise par ailleurs par le rôle indispensable et compensatoires des échanges verbaux en continu. Comme en témoignent les observations réalisées, les IDE ont de très nombreux échanges entre elles mais aussi avec les AS et les autres professionnels. Un flot continu d'informations transite entre l'ensemble des professionnels concernant les patients (état, médicaments administrés ou à administrer...), le fonctionnement du service (informations données par la cadre...) et tout autre sujet nécessaire ou pas à la réalisation du travail. Ces informations sont partagées car il n'existe pas de lieu d'échange autre que les transmissions ou parfois la pause repas. Il semblerait que chaque agent possède une quantité d'informations créant une charge cognitive certaine dont il se décharge dès qu'il le peut en la communiquant à un collègue. Ce flot d'information contribue largement à créer des interruptions de tâches qui ont pour objet la recherche ou l'apport d'informations, à la source même du travail haché dont il a été fait mention précédemment.

3.3.5. Positionnement professionnel

Selon la vacation occupée l'IDE va tenir un positionnement professionnel différent. Comme observé, lorsque l'IDE est de secteur, elle occupe le rôle principal, pouvant recevoir l'aide de la collègue en poste de J. Lorsqu'elle est d'après-midi, l'IDE se place en soutien à l'IDE du matin jusqu'au moment où elle va pouvoir prendre pleinement son secteur en charge. Cette organisation permet finalement un travail en binôme, conçue comme une ressource pour l'IDE de secteur. Ce positionnement facilite ainsi l'entraide au sein du binôme mais également dans le collectif.

Cette première partie a eu pour objet de présenter les résultats des observations générales. Elles rendent compte du travail infirmier en chirurgie digestive (colorectale et hépatobiliaire) mais restent très abstraites sur la conception même du travail et des conséquences qui peuvent être envisagées en termes de construction et de préservation de la santé au travail.

Le chapitre suivant sera consacré à une analyse plus approfondie des observations en laissant la parole aux professionnelles observées.

Chapitre 12 - Réalité du travail et convocation des ressources opératoires au service du pouvoir d'agir

1. Objectifs et méthode

Cette phase méthodologique approfondit la compréhension des résultats obtenus lors des observations générales par une autoconfrontation du travailleur avec les données produites par l'analyste. Dans ces conditions, l'analyse de l'activité du travail infirmier poursuit l'objectif suivant : 1 – Identifier les ressources opératoires convoquées pour la réalisation du travail et qui viennent en soutien à la construction de marges de manœuvre et aux facteurs de conversion qui seront observés ultérieurement et 2 – identifier les facteurs du travail qui sont sources de conflit et qui empêchent le développement du pouvoir d'agir.

Un entretien d'autoconfrontation a été mené avec chaque professionnelle qui a été suivie en observation : 1 IDE de matin et 1 IDE d'après-midi en Chirurgie Colorectale et 1 IDE de matin et 1 IDE d'après-midi en Chirurgie hépatobiliaire. Les cadres de proximité respectifs ont dégagé du temps aux IDE concernées afin que ces entretiens puissent être menés. Les entretiens ont eu lieu dans les espaces disponibles à ce moment-là : salle de pause, salle de soins ou encore salle de réunion. Les entretiens ont duré entre 30 et 45 minutes. Les données recueillies lors des observations ont été exploitées sous forme de graphiques (camemberts, barres) et présentés aux agents qu'ils ont commentés. Chaque entretien a été retranscrit, les résultats présentés en suivant étant issus de ces entretiens.

2. Convocation des ressources opératoires en Chirurgie colorectale

2.1. Les ressources opératoires mobilisées dans l'activité de l'IDE de Chirurgie colorectale

Les entretiens d'autoconfrontation (Annexe 1 et Annexe 2) ont révélé 6 types de ressources opératoires pour les IDE de Chirurgie colorectale : trois pour les ressources internes, soit des ressources expérientielles, immatérielles et affectives et trois autres pour les ressources externes, soit des ressources relationnelles, matérielles et contextuelles (tableau 31).

Tableau 31. Ressources opératoires relevées lors des entretiens d'autoconfrontation en Chirurgie colorectale.

Ressources internes	Ressources externes
<ul style="list-style-type: none"> . Ressources expérientielles . Ressources immatérielles . Ressources affectives 	<ul style="list-style-type: none"> . Ressources relationnelles . Ressources matérielles . Ressources contextuelles

2.1.1. Les ressources externes

Pour commencer par les ressources externes, une des plus mobilisées est **la ressource relationnelle**. Les ressources relationnelles sont relatives aux échanges que le professionnel peut entretenir avec les autres acteurs de la situation de travail. Elles contribuent à la performance des échanges ainsi qu'à la collaboration dans le travail. Ces ressources sont mobilisées par les IDE lors de la prise en charge des patients. Il n'est pas étonnant que ces ressources soient les principales présentes dans ces observations. La relation au patient constitue, cela a déjà été mentionné, le cœur de métier de l'IDE. Savoir parler avec le patient et savoir le faire parler est une compétence importante dans cette activité professionnelle. La gestion du travail auprès du patient passe par une mobilisation active de cette ressource. Elle se manifeste également dans les échanges que peut entretenir le professionnel avec la famille. Celle-ci est, lorsqu'elle est en confiance avec les paramédicaux, une ressource non négligeable pour la gestion de l'anxiété du patient. Les IDE n'hésitent pas à puiser dans cette ressource pour accompagner au mieux le patient. Pendant le soin, pour rassurer le patient, l'IDE vient à nouveau s'appuyer sur cette ressource. Le patient rassuré sera plus coopératif et contribuera à la bonne réalisation du soin.

Le relationnel dans les soins est un élément fondamental de l'activité de l'IDE. Il apparaît indispensable pour assurer un soin qualifié de qualité. Au départ même de l'exercice du métier d'infirmier, les agents rencontrés lors des entretiens ou dans le service insistent sur ce désir d'entrer en relation avec autrui, de pouvoir le servir, le soigner.

Ne se limitant pas uniquement à l'activité individuelle, certaines des ressources relationnelles sont convoquées dans l'activité collective. Par exemple, le cas présenté du patient avec le pronostic vital engagé témoigne de l'importance de cette activité collective. Chacun joue un rôle dans la prise en charge du patient, même si chaque professionnel intervient à des moments différents, celui-ci bénéficie d'une prise en charge globale. *« Voilà moi je fais hyper attention sur ça parce qu'on ne savait pas ce qu'il lui avait été expliqué par le chirurgien moi j'étais pas là au euh voilà j'étais pas là au à*

l'annonce je n'en sais pas plus et puis après par rapport à ça après les annonces on fait appel beaucoup à l'infirmière TAS. » (A1 – 148).

L'activité collective participe ainsi à améliorer les pratiques professionnelles des IDE. Les professionnels de chaque métier discutent de certaines pratiques et se mettent d'accord sur les manières de faire. Par exemple, comme cela est indiqué dans l'exemple suivant, les annonces les plus compliquées ne se font plus le soir. Le soir étant un moment plutôt anxiogène, les professionnels ne donnent pas de mauvaises nouvelles sur ce moment. *« ... on essaye de euh de faire des progrès, on a déjà à ce que l'annonce ne se fasse plus le soir donc ça ça y est c'est presque fait. » (A1 – 181).*

Par ailleurs, des ressources relationnelles impliquées dans l'activité concernent la communication dans le travail. La communication joue un rôle essentiel pour optimiser la prise en charge du patient. Cette communication est extrêmement importante au niveau pluridisciplinaire (IDE-Médecin). Elle permet d'optimiser les décisions dans la prise en charge du patient. Elle a un double intérêt pour l'IDE : 1 - elle permet de développer du pouvoir d'agir en ce que les décisions sont éclairées par un décisionnaire et ouvre sur des marges de manœuvre qui peuvent être mises en œuvre dans l'activité de travail, 2 - elle permet de travailler ensemble à définir un travail de qualité, indispensable à l'expression du pouvoir d'agir en contribuant à créer un genre et style professionnel. Les règles régissant la prise en charge du patient partagées par les médecins et les IDE participent à la création de ce genre professionnel dont il est fait mention, chaque professionnel pouvant s'exprimer dans ce cadre selon son style propre.

L'exemple suivant témoigne de l'importance de la communication dans le choix de faire sortir ou non un patient. L'IDE n'approuve pas l'avis du médecin car le patient n'est pas éduqué au niveau de sa stomie. Une discussion indispensable entre le médecin et l'IDE doit avoir lieu pour échanger sur les motivations de chacun et pour prendre la décision la plus favorable au patient. *« Oui oui tout à fait et là discuter avec le chirurgien qui a pas des informations, qui veut faire partir le patient mais il est pas du tout éduqué en stomie donc là voilà. » (A1-336).*

L'activité collective se manifeste également dans le fonctionnement du travail qui est différent selon les vacations Matin/Après-midi, en ce qu'elles engagent la mobilisation de capacités différentes. Le fait de partager l'organisation de certaines activités permet de s'avancer mais implique une certaine confiance et aussi une vérification.

Aussi, l'activité à certains moments est effectuée sans transmission, posant problème car l'agent avance à l'aveugle, comme nous l'avons relevé dans l'activité de l'IDE de Chirurgie colorectale, et des activités peuvent être effectuées sans connaître le patient. Même si l'IDE peut déclarer que cela importe peu, qu'il suffit de suivre un

plan de soins, l'accomplissement de certaines tâches s'effectue alors dans l'incertitude. *« préparer les médicaments, c'est regarder sur le plan de soins, les, sortir, préparer les médicaments pour les 24h00, donc les traitements péros en comprimés, donc c'est pareil, ça c'est regarder sur un plan de soins et voilà, juste donc y a pas besoin de connaître le patient pour ça. » (A4 – 104).*

La communication ouvre des possibilités dans l'accomplissement du travail. Elle permet de poser un meilleur diagnostic, de prévoir des actions plus adaptées aux besoins du patient, finalement elle aide au passage des capacités aux capacités. La communication permet le développement de la confiance et favorise une écoute de qualité entre professionnels. A ce titre, elle permet le développement du pouvoir d'agir : pouvoir communiquer, pouvoir mener des actions décidées ensemble permettant une action concertée pour la prise en charge du patient. Elle participe également à développer la capacité de construire son propre avis et de pouvoir le partager. *« ...C'est vrai qu'on a un service où on a la chance où bé les chefs, ils nous écoutent, on travaille, après on est des infirmières avec qui on travaille depuis des années, moi je travaille avec eux depuis 10 ans, les chefs de clinique je les ai connus bébés internes, internes, on a, voilà, on a travaillé ensemble, on a, on a galéré, on a eu des galères ensemble, donc du coup c'est vrai que ben la relation qu'on a avec eux, bé, y a de la confiance... » (A4 – 142).* *« ... je pense que étant infirmière faut, faut avoir aussi du recul, faut avoir l'esprit critique, faut... donc du coup ben faut, faut pas, faut pas avancer comme un mouton ce que le médecin y dit. Si on n'est pas d'accord faut savoir aussi l'exprimer, pas après savoir aussi l'exprimer, le formuler, faut pas aller faire du rentre dedans. » (A4 – 142).*

La ressource relationnelle participe donc à la construction du travail : établissement de la relation de confiance avec le patient, échanges avec les autres professionnels... ainsi qu'à donner du sens au travail à accomplir et/ou accompli.

Dans le cadre des ressources externes, le second type de ressources concerne **les ressources matérielles**, constituées des outils à disposition et qui jouent un rôle dans la bonne exécution du travail. Il s'agit de véritables instruments dans le travail qui se positionnent à la périphérie des outils opérationnels techniques. Les outils de travail font partie des facteurs aidant dans le travail. Il existe plusieurs formes d'outils de travail. Certains de ces outils sont mentionnés plus particulièrement par l'IDE. Les IDE utilisent un document papier sur lesquels apparaissent chaque patient avec la mention de son nom, de sa chambre, de son âge, une anamnèse de ses pathologies, de ses chirurgies, de ses traitements passés et en cours. Elles appellent ce document : les bulles. Ce document est utilisé lors des transmissions. Elles le complètent avec ce dont elles discutent sur le patient. Elles favorisent les bulles plutôt que le tableau général des soins qui est normalement à disposition dans le bureau de soins. *« C'est double travail parce que c'est sur les bulles et généralement sur le tableau et le tableau il y a des oublis des trucs donc c'est nous qui n'avons pas voulu donc on arrive à gérer avec les bulles donc c'est vrai que ça fait des bulles un peu grandes mais au moins parce que les aides-*

soignants avaient essayé au niveau des alimentations et tout ça au bout d'une semaine ils ont arrêté parce que c'était pas remis à jour donc voilà . » (A1 – 96).

Les IDE ont mis en place un document sur lequel est indiquée une liste de pansements à réaliser. Pour son secteur, l'IDE établit les types de pansements à réaliser et laisse cette feuille sur la paillasse du bureau de soins. Ainsi, l'IDE de J ou celle d'après-midi peuvent venir consulter cette feuille et prendre en charge certains pansements pour aider leur collègue. Cette liste constitue un outil intermédiaire indispensable au bon déroulement de l'activité.

Les IDE ont aussi accès aux documents des aides-soignantes afin de savoir où elles en sont dans l'avancement de leurs tâches et ce qu'il reste à faire. Ainsi l'utilisation de cet outil facilite la collaboration au sein du binôme IDE-AS. L'IDE peut ainsi planifier ses actions en suivant l'activité de son AS (toilettes réalisées permet de faire les pansements par exemple). *« Bon après elles se font la liste des chambres qu'elles font sur euh le chariot de linge et elles cochent les toilettes qui sont faites et tout. » (A1 – 241).*

La visite hebdomadaire peut être considérée comme outil de travail. Elle autorise un certain pouvoir d'agir pour l'organisation du travail à venir. Des décisions importantes relatives au patient sont prises par les médecins lors de cette visite. C'est également l'occasion de voir ensemble les résultats des différents examens passés. *« Tout à fait à oui oui parce qu'on a des fois pas toutes les informations, les scanners on n'a pas les résultats on sait pas donc nous on a euh c'est important enfin euh en coloproctologie on fait des prises de sang on va voir les résultats de la prise de sang parce que si c'est pour faire un truc et pas vérifier tout ça voilà et quand c'est bien je vais voir les patients leur dire que la prise de sang est bonne. » (A1 – 342).*

Le troisième type de ressources est identifié comme étant les **ressources contextuelles**, nourrissant les marges de manœuvre situationnelles, qui sont mobilisées par les IDE dans leur activité et pourraient être requalifiées de ressources environnementales. Les IDE interrogées indiquent que le calme dans le service est une ressource importante pour elles dans l'accomplissement de leur travail. Un service dans lequel il peut y avoir de l'agitation, des cris... ne procure pas un sentiment de sécurité mais plutôt un sentiment de stress sur lequel il n'y a que peu de prises. Le calme est une ressource importante pour la bonne réalisation du travail. *« Quand c'est calme ou c'est le service, enfin calme... qui ait pas trop de cris parce que c'est arrivé les matins dans les couloirs ça crie parce qu'on n'a pas été informé d'un truc et patin et que... un bloc qui est décalé trois heures avant donc il y a de l'agitation, du, du speed et tout ça, du coup quand c'est calme c'est plus facile. » (A1 – 482).*

La variabilité, qui pourrait être considérée à bien des égards comme un élément rendant le travail difficile, est considérée ici comme une ressource sur laquelle s'appuient les IDE pour donner un sens à leur travail.

La variabilité des patients est un facteur qui peut être autant favorisant qu'empêchant dans le travail. Les âges différents, les pathologies diverses même si souvent elles sont liées à un cancer ou une maladie chronique, les réactions des patients sont des éléments qui peuvent être vécus difficilement par l'équipe ou au contraire être plutôt facilitant. Cette variabilité contextuelle peut être un facteur favorisant dans le travail quand par exemple un patient revient pour achever un traitement (suppression de la stomie par exemple). La maladie a été vaincue et le succès appartient autant, à ce moment-là, au patient qu'à l'équipe paramédicale.

La variabilité de l'état psychologique des patients joue un rôle important dans l'activité du soignant. Il constitue à la fois un indicateur très important de l'état psychologique dans lequel se situe le patient mais peut également avoir un impact sur l'état psychologique du soignant. Quand le patient exprime ses inquiétudes, ses angoisses, le soignant écoute ces expressions de mal-être pour apporter le soutien maximum au patient, pour l'aider à ce que son séjour en service de chirurgie se passe le mieux possible. En même temps, le soignant étant récipiendaire de ces angoisses, sa charge psychique en est alourdie. La gestion de la douleur, la gestion des stomies, les traitements lourds (radiothérapie, chimiothérapie) à venir, les conséquences familiales (gestion des enfants, gestion d'un divorce à cause de la maladie), la solitude du patient (seul pour gérer sa maladie car sans famille) sont des facteurs alourdissant la charge psychique du soignant. *« C'est un truc euh ... parce que là nous avons une population qui est quand même très angoissée, cancer, maladie de Crohn et autre donc euh psychologiquement ça nous demande beaucoup, beaucoup de temps c'est... »* (A1 – 52).

Ces variabilités constituent d'un autre côté tout ce qui rend le travail intéressant. Les variabilités rencontrées dans la population d'un secteur permettent de découvrir de nouveaux patients avec parfois de nouveaux protocoles. Cette activité de découverte contribue largement au développement des capacités. *« Ouais on essaie de garder mais c'est... des fois on fait 3 jours dans un secteur et puis on a un repos et on change de secteur. »* (A1 – 294).

Ce type de variabilités n'est pas évident à prendre en charge. Elles créent un environnement complexe, mouvant, sans fondations fermes sur lesquelles s'appuyer. Un patient peut apparaître sans difficultés particulières puis peut décompenser rapidement pour une infection ou une complication post-opératoire inattendue, le conduisant parfois jusqu'à un retour en réanimation. L'IDE doit finalement toujours s'adapter à une situation jamais certaine. Cette adaptation conduit l'IDE à une continuelle mobilisation de ses capacités. Elle est sans cesse à évaluer l'état des patients de son secteur et doit mobiliser ses capacités à évaluer, à effectuer des choix et prendre des décisions. *« Mais chaque patient est différent même avec la même maladie, les mêmes opérations, deux patients, ce sera tout à fait différent. »* (A1 – 450).

La variabilité dans les prises en charge induit de fait, une variabilité importante dans les tâches accomplies. Même si l'agent passe parfois peu de temps sur une tâche, elle contribue de toutes les manières au développement des compétences et des capacités. Elle invite les IDE à s'adapter continuellement. Cette adaptation peut être à la fois perçue comme étant lourde à gérer ou au contraire comme étant un élément stimulant du travail en ce qu'il propose des situations toujours différentes à prendre en charge. La variabilité de l'état des patients va influencer sur les demandes qui peuvent être adressées aux professionnels.

La patientèle est très variable en termes d'âges et de pathologies, ce qui demande des compétences variées et une grande adaptabilité. Cette variabilité semble compensée par une bonne connaissance des patients car ceux-ci reviennent régulièrement. L'écart des âges est de plus en plus important entre les patients accueillis dans le service. Les patients jeunes (moins de 60 ans) étant de plus en plus fréquents. « ... C'est pas toujours le cas mais on en a souvent, enfin moi je trouve qu'on a en a de plus en plus des jeunes... » (A3 – 38). « On va avoir de temps en temps des jeunes quoi, entre 15, entre 15 ans et 3 mois et 20 ans après c'est pour, c'est surtout pour les maladies de Crohn et après pour des petits accidents de la vie, des petits appendocs aussi, voilà. » (A4 – 56). « Mais voilà, c'est, c'est assez spécifique et bon on les connaît quoi. C'est vrai que c'est des, des personnes qu'on a, que ça nous arrive d'avoir plusieurs fois entrecoupées quoi voilà. » (A4 – 60).

Cette population de plus en plus variée demande donc un éventail de compétences plus large, cela impose à la fois une grande adaptabilité mais permet aussi d'un autre côté de développer de nouvelles compétences et d'élargir ainsi le champ des capacités mobilisables. La connaissance des patients et de leur pathologie permet de mobiliser les capacités plus facilement. « ... y a des personnes de, qui sont âgées qui sont très alertes, qui ont aucune douleur, qui sont voilà, qui sont des forces de la nature donc du coup qui réagissent très bien, qui sont, qui sont très très bien très rapidement... » (A4 – 64).

Les patients ont des besoins différents. Parfois la prise en charge ne fait pas trop sens au niveau médical et son maintien dans le service n'est pas très justifié. Le sens apparaît au niveau social car la personne peut ne pas être très autonome. « on attend les maisons de convalescence au bout d'un moment donc du coup, c'est juste voilà, on passe les voir pour le bisou quoi. » (A4 – 65).

L'organisation du travail peut être considérée dans les ressources contextuelles. L'organisation mise en place permet d'exercer un travail de choix pour organiser son travail selon ses aspirations, quand cela est possible. Un certain pouvoir choisir est mis en œuvre, selon une estimation personnelle de la gravité de la situation à prendre en charge. Dans ce cas, ce facteur est plutôt favorisant.

2.1.2. Les ressources internes

Les ressources expérientielles sont les ressources internes les plus mobilisées. Elles sont constituées des apprentissages et de l'expérience vécue et accumulée par la professionnelle tout au long de sa carrière. Ces ressources sont convoquées dans l'adaptation de ses conduites tout au long de son travail. Elle y a recours également lorsqu'elle doit évaluer un patient, poser une forme de diagnostic et prendre une décision. Il s'agit là de cas sortant du travail commun ordinaire. Ces ressources influencent donc les modes opératoires retenus ainsi que les choix relatifs à l'organisation même de la professionnelle. L'expérience représente un réel pouvoir, d'après les entretiens, pour accomplir le travail quotidien en autonomie mais aussi pour gérer les situations compliquées. Elle permet d'adapter des conduites et de tendre vers un résultat attendu. Comme en témoigne le verbatim suivant, l'expérience de l'IDE va être mise à contribution pour dédramatiser certaines situations. Elle va l'utiliser pour rassurer le patient et le motiver. « *Je pense que c'est euh c'est déjà euh on est chacun et chacune différent et après c'est vraiment avec l'expérience euh moi je suis quelqu'un qui essaie vraiment de faire voir au patient le verre vraiment à moitié plein et pas à moitié vide parce que euh l'empathie c'est bien mais euh mais je ne trouve pas que ça aide trop les gens ou il faut pas euh des fois il faut leur rentrer un petit peu dedans.* » (A1 – 167).

Constitutives de l'expérience, les compétences, et dans ce cas les compétences plutôt spécifiques, sont largement sollicitées lors des soins techniques comme d'avoir la capacité à poser un diagnostic rapidement (évaluation des différents paramètres d'une situation inhabituelle, il ne s'agit pas d'un diagnostic médical). De plus, au-delà de savoir évaluer, il faut savoir également poser un geste technique adapté à la situation rencontrée. « *... On ne fait plus toute la Bétadine et les pansements et ça cicatrise beaucoup nous les redons⁷ ont les fait tous les 2 jours si ça coule pas euh tout ce qui est appareillage de stomie⁸ euh ça dépend si c'est une pièce c'est tous les jours euh on doit faire le soin et surtout éduquer le patient...* » (A1 – 261).

Ces compétences techniques ne sont pas les seules à être mobilisées. Dans l'éducation thérapeutique, dans les discussions informelles avec les patients, dans les moments d'échanges entre collègues, d'autres compétences sont nécessaires telles que des compétences dans la qualité relationnelle avec le patient comme avec les collègues (IDE, AS, ASH, médecins...), dans la transmission d'informations... Par exemple, il est indispensable de posséder des compétences dans la transmission du savoir auprès des jeunes collègues. « *Après il faut avoir un minimum de... Comment expliquer ? Euh moi ça fait depuis 2003 que je fais de la chirurgie digestive donc pour les filles, les*

⁷ Drain de Redon : tube utilisé pour le drainage après une opération chirurgicale.

⁸ Déviation chirurgicale d'un conduit naturel, dans les cas les plus communs, les selles ou les urines sont recueillies dans une poche ou sac

nouvelles infirmières, il faut qu'on leur réexplique toute l'anatomie et tout ça, les stomies, les différents styles de stomies tout ça et qu'ils apprennent un peu à l'école et plus sur le tas. C'est vrai qu'à l'école on apprend... c'est pas pareil. (Rires). » (A1 – 464).

La question des pratiques professionnelles et notamment de leur différence dans l'accomplissement du travail peut être considérée comme un facteur témoignant d'un certain pouvoir d'agir dans l'activité de travail et être ainsi considéré comme faisant partie des ressources expérientielles. Chacun semble pouvoir choisir les modes opératoires qui lui conviennent ainsi que les techniques qui lui semblent les plus appropriées en accord avec ses compétences et ses capacités. Ainsi, un style personnel peut être exprimé dans un genre respecté par chacun. « *Chacun on euh ça s'apprend pas à l'école le ressenti la façon d'intervenir auprès des patients euh la prise en charge et les pansements c'est simple et tout ça mais tout ce qui est à coté on est tous différents.* » (A1 – 161).

La prise en charge centrale du patient fait également partie des ressources expérientielles. Le patient est au centre de l'activité et malgré toutes les autres tâches, le patient doit rester le centre de toute l'activité. Comme l'indique l'IDE dans l'exemple suivant, le patient demeure la priorité. « *C'est même pas assez mais bon après je ne sais pas comment on pourrait faire d'autre. Parce que c'est lui le numéro 1 enfin le patient en priorité.* » (A1 – 79). L'IDE indique qu'elle s'engage dans une recherche de temps à passer auprès du patient en délaissant d'autres tâches qui font moins sens. Elle est alors obligée de faire des choix. Ce qui est à retenir dans cette situation, c'est que des choix sont possibles et leur mise en œuvre réalisable dans la réalité du travail. L'IDE pose aussi que la prise en charge du patient est au cœur de son activité car elle recherche l'échange avec le patient. C'est pour elle ce qui a le plus de sens dans son travail. Cet échange est important pour l'IDE mais également pour le patient. « *Je suis là pour ça, pas pour la gloire ni rien du tout, c'est non, non, c'est discuter, s'entretenir, échanger et puis leur venir, leur venir un petit peu en aide, entre guillemets, enfin que l'hospitalisation se passe le mieux possible pour eux quoi.* » (A1 – 436).

Cette prise en charge, permet aux IDE d'indiquer qu'il est important de pouvoir passer du temps avec le patient pour pouvoir « cadrer » au mieux sa prise en charge. Cela signifie d'essayer de répondre à tous ses besoins avant de quitter sa chambre. Cette prise en charge optimisée permet d'être moins sollicitée par la suite. Si tous les besoins du patient sont pris en considération, il ne sollicitera pas le personnel paramédical par la suite, pouvant créer des interruptions. Ce temps passé produit du pouvoir d'agir en se dégageant du temps sur les actions auprès des autres patients et en permettant de se dégager des marges de manœuvre individuelles pour le travail à venir (le temps étant une ressource principale). Le professionnel fait appel dans ce cas précis aux ressources opératoires liées à la prise en charge centrale du patient. « *... si les gens ils sont bien cadrés, ils sont bien, en fait. Moi voilà, moi c'est vrai que je suis*

plus à rester auprès du patient mais où le midi vraiment s'assurer que tout et bien et tout et du coup bé ils vont moins appeler, moins nous solliciter.» (A4 – 14).

Une prise en charge efficace conduit en suivant à une mise en confiance importante qui permet d'être moins sollicitée et favorise le pouvoir d'agir, limitant voire éliminant les interruptions de tâches. « *Si vous les mettez en confiance, plus en confiance, plus, bé ils vont moins solliciter.* » (A4 – 16). La prise en charge du patient est également facilitée par le fait que certains patients reviennent régulièrement. Le personnel paramédical connaît ces patients et les patients connaissent le personnel. Ce lien relationnel est une ressource indéniable dans l'accomplissement du travail. « *... des patients qui sont en relation, parce que ça fait un moment qu'ils travaillent avec nous aussi. On a des patients qui reviennent plusieurs fois...* » (A4 – 18). Une prise en charge du patient efficace passe également par la nécessité d'être précis dans les renseignements donnés. Le patient étant rassuré, il sera beaucoup moins sollicitant. « *... le fait de, d'avoir des réponses aussi adaptées, vraiment très précises et adaptées à la question donnée, pas hésiter...* » (A4 – 18).

La précision dans les renseignements demande aussi d'être rassurant. Si le professionnel est rassurant, le patient sera moins anxieux donc moins sollicitant. « *... même si je sais pas forcément, euh... de, dans mon expression de pas hésiter, voilà, d'être, d'être sure de moi donc du coup bé ils sont, ils se sentent rassurés.* » (A4 – 18).

Malgré les ressources internes que le travailleur mobilise dans son activité, il arrive que parfois, les soignants doivent en fabriquer de nouvelles en transgressant certaines règles de fonctionnement. La possibilité de passer outre certaines règles de travail imposées facilite la réalisation du travail qui serait impossible autrement. On peut supposer que les capacités deviennent des capabilités grâce à l'intervention de personnes extérieures. Ainsi, un dysfonctionnement du service peut être paré grâce à l'aide d'intervenants extérieurs (les commerciales représentant les laboratoires par exemple) rendant possible le travail à condition d'outrepasser certaines consignes. « *le matériel de stomie, là encore ce matin, Je rentre de vacances, elles ont fait le plein heureusement qui y a les commerciales et c'est pas, c'est pas forcément légal, c'est pas... les co, les commerciales viennent remplir nos stocks.* » (A4 – 144).

Ces stratégies de transgression rendent le travail possible car il est inenvisageable pour les soignants de laisser partir un patient sans son matériel de stomie. Les professionnels se débrouillent pour trouver du matériel où ils peuvent et rendre ainsi leur travail réalisable. « *Alors, heureusement, on en a en bas parce que du coup ils livrent aussi en bas, en Consultations Stomathérapie, elles ont un énorme stock donc du coup, mais aussi fourni par les commerciaux et tout et on en a aussi en œsogastrique parce qu'en œsogastrique elles ont moins de stomies mais ça leur est déjà arrivé donc on a un stock aussi là-bas.* » (A4 – 146).

La transgression des règles se positionne alors réellement comme ressource dans l'exécution du travail.

Les ressources immatérielles dans les ressources internes mobilisées - font références dans le cas présent à l'utilisation de la mémoire. Il s'agit à la fois d'une ressource pour soi mais aussi pour les autres. Elle constitue une ressource pour soi en ce qu'elle permet d'assurer un suivi de qualité pour les douze patients quotidiens à prendre en charge et une ressource pour les autres au niveau des informations à communiquer et qui circulent à longueur de journée dans le service. Les IDE mettent en place des mécanismes de mémorisation (association patient/pathologie, patient/numéro de chambre, patient/famille du patient, patient/discussions passées...) qui leur échappent, témoignant qu'en dehors du travail elles ne peuvent absolument pas se fier à leur mémoire. Pourtant, plusieurs mois plus tard, elles se souviennent des patients, de leur pathologie et d'autres détails touchant leur séjour. Les IDE associent très régulièrement leur patient à une pathologie particulière ainsi qu'à des détails d'ordre privés (relatifs à la famille, à la profession...) qui leur permettent de se rappeler les patients.

La mémoire constitue une véritable ressource pour le collectif lors du partage d'informations même si les professionnelles ne sont pas toutes égales vis-à-vis de cette ressource, chacune ayant des facultés de mémorisation différentes.

Pour finir, **les ressources affectives** se manifestent par l'encouragement donné par les patients à la fin d'un soin par exemple. A effet différé, l'encouragement est reçu dans une chambre mais son bienfait ne sera « utilisé » que dans les occupations suivantes. En cela, le professionnel reçoit une forme de reconnaissance qui lui permet de continuer son travail. Cette reconnaissance contribue également à renforcer l'intérêt personnel pour le travail. Dans les situations complexes, les IDE viennent puiser dans cette ressource pour faire face et rendre le travail possible et certainement supportable. Il s'agirait davantage de reconnaissance (jugement d'utilité) plutôt que de réel encouragement. Un autre levier dans le travail consiste en la motivation que l'IDE peut expérimenter. Cette motivation prend sa source de plusieurs facteurs positifs : interactions avec les collègues, bonne ambiance dans le collectif de travail, soutien de la cadre de proximité, relation au patient, apport financier du travail, intérêt pour le métier, notamment le côté technique du métier. La motivation s'appuie donc sur des facteurs internes et externes à l'agent.

Les ressources opératoires présentées jusqu'ici se posent en soutien au travail. Ces ressources sont constitutives du travail, indispensables à sa bonne réalisation (figure 61). Par ailleurs, d'autres éléments identifiés dans l'activité de travail, à l'inverse des ressources opératoires, peuvent se présenter comme des facteurs empêchant le travail, mettant ainsi à mal le travailleur dans la réalisation de sa tâche. *« C'est vrai qu'on a un service où on a la chance où bé les chefs, ils nous écoutent, on travaille, après on est des infirmières avec qui on travaille depuis des années, moi je travaille avec eux depuis 10*

ans, les chefs de clinique je les ai connu bébés internes, internes, on a, voilà, on a travaillé ensemble, on a, on a galéré, on a eu des galères ensemble, donc du coup c'est vrai que ben la relation qu'on a avec eux, bé, y a de la confiance ». (A4 – 142)

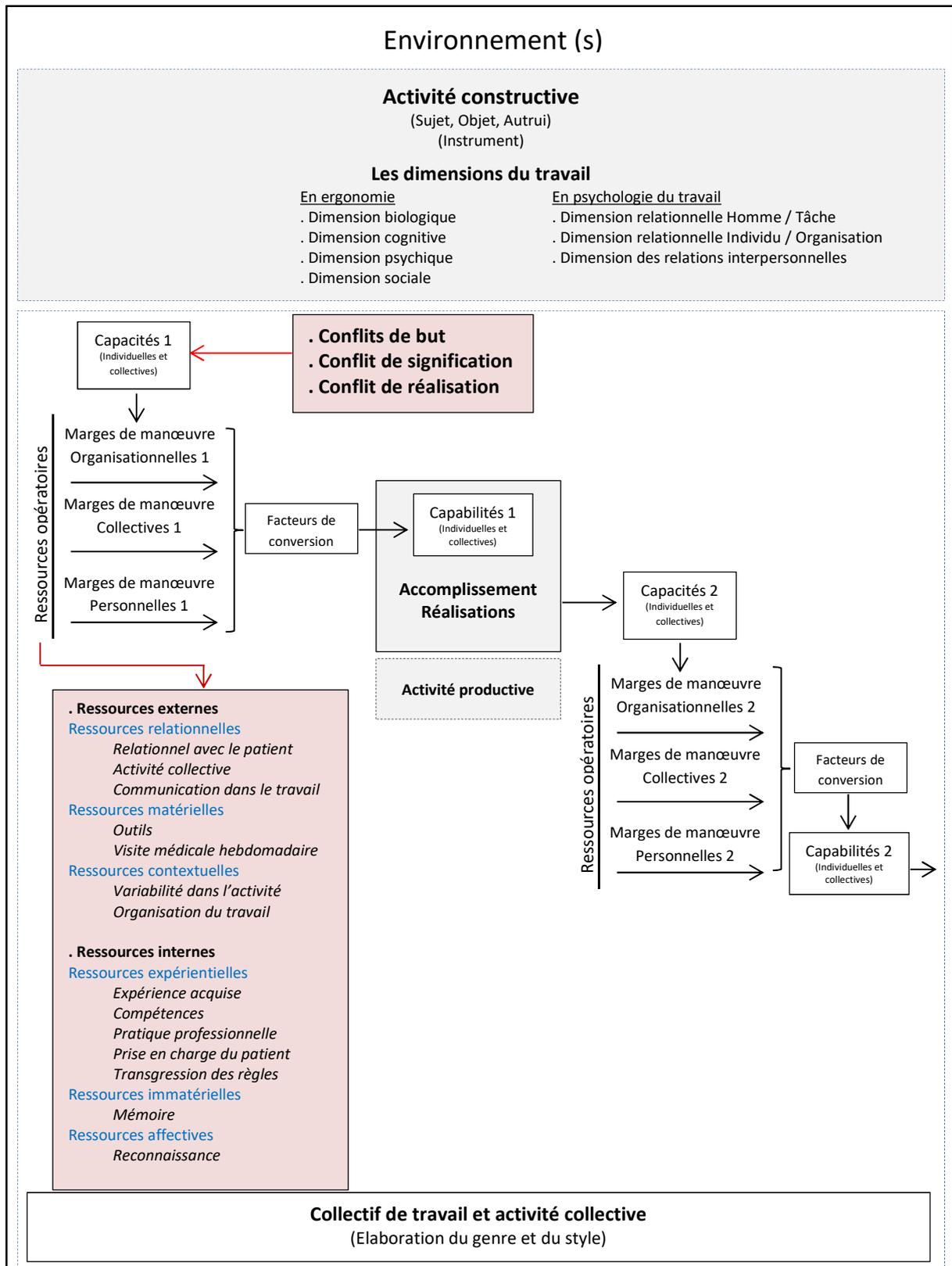


Figure 61 : Modèle de recherche – Ressources opératoires dans la construction des marges de manœuvre – IDE de Chirurgie colorectale

2.1.3. Ressources opératoires et travail empêché dans l'activité de d'IDE de Chirurgie colorectale

Des éléments empêchant le travail ont été identifiés lors des entretiens d'autoconfrontation (Annexe 1 et Annexe 2, tableau 32). Ces entretiens, comme nous l'avons indiqué, ont consisté à présenter les résultats des observations à chaque IDE observée, individuellement. Ces éléments se présentent notamment comme des conflits de buts (objectifs de soins vs objectifs gestionnaires à l'hôpital), des conflits de signification (représentation du métier vs réalité du métier) et des conflits de réalisation.

Tableau 32. Eléments empêchant dans le travail en Chirurgie colorectale.

Eléments empêchant dans le travail		
Conflits de but	Conflits de signification	Conflits de réalisation
<ul style="list-style-type: none"> . Relation au travail informatique et administratif . Perte de sens du travail en général 	<ul style="list-style-type: none"> . L'attitude du patient . La gestion du téléphone . Les espaces de travail 	<ul style="list-style-type: none"> . Les activités autres que celles auprès du patient . Les déplacements . L'adaptation continue au travail

Les **conflits de but** se présentent par exemple à travers le travail informatique. Il est considéré comme étant trop présent dans l'activité et comme étant un frein important au travail. Il existe de la part de l'IDE une certaine réticence à tout inscrire sur le dossier informatique car elle estime que cela prend « trop de temps ». Cette résistance face à l'informatique prend la forme d'une transgression des règles face à un outil chronophage par rapport à d'autres activités jugées plus importantes et plus intéressantes selon l'IDE. « *Je ne sais pas il faut que j'y réfléchisse enfin moi ce qui me gêne en tant qu'infirmière c'est voilà 18% d'informatique quoi.* » (A1 – 84).

En plus de l'activité informatique, l'activité administrative prend du temps sur le temps qui pourrait être consacré au patient. Elle est vue comme un frein au travail et éloigne du cœur de métier. « *On sera encore moins dans les chambres avec les patients quoi.* » (A1 – 28).

Comme pour le travail informatique, les conflits de buts apparaissent dans cette activité de travail administratif. Les buts de l'IDE en termes de soins auprès du patient sont contrariés par les exigences de l'administration de l'hôpital, induisant également le conflit de signification, les IDE indiquant qu'elles ont choisi ce métier pour être auprès du patient et ne pas passer autant de temps sur des tâches

administratives. Ces tâches informatiques et administratives chronophages s'adjoignent à de nombreuses autres tâches qui ne font pas sens pour les IDE bien que certaines tâches administratives puissent être perçues comme utiles par ailleurs. Elles indiquent un ressenti d'inutilité des activités déployées. Ce ressenti peut constituer une forme d'atteinte au pouvoir d'agir de l'IDE. Elles ne comprennent pas pourquoi certaines tâches leur sont demandées, le sens du travail se perd parfois. Ces tâches participent également à nourrir le conflit de signification. « *Pas tout parce que franchement il y a des trucs euh... parce que qu'il ne faut pas les marquer dans les transmissions mais faire euh... mais c'est comme ça c'est la hiérarchie qui veut ça donc euh...* » (A1 - 32).

Le travail informatique, comme d'autres tâches décrites en suivant participe à une certaine perte de sens au travail mentionnée par les IDE. Ces tâches sont décrites comme inutiles en ce que le sens en est complètement perdu. Les tensions ressenties dans ce domaine relèvent des conflits de buts et de signification. Le sens du travail informatique semble inexistant, s'exprimant par un refus total de l'activité informatique, faisant perdre tout son sens au travail IDE. « *Intervenant : Et ces reportings informatiques, est-ce qu'ils sont intéressants pour votre travail ? Est-ce qu'ils sont aidant dans votre travail ? IDE : Non ! En aucun cas. Ça justifie, c'est juste pour justifier. En aucun cas. Nous ça nous sert à rien, ça nous apporte absolument rien.* » (A4 - 29, 30).

La perte de sens dans l'accomplissement de certaines tâches se manifeste également dans ce que les IDE qualifient « d'inutilité » de certaines procédures comme par exemple les fiches de liaison entre le service et le bloc. Le travail perd son sens car les IDE réalisent des activités ne prenant pas en compte les procédures établies. « *les filles en bas elles les regardent pas. On a arrêté de les faire parce qu'elles ne les regardaient pas.* » (A4 - 32). « *parce que c'est arrivé 2, 3 fois qu'elles nous appellent pour des informations et qu'on leur dise « Mais... c'est dans la fiche de liaison », « Ah oui, non mais vous croyez qu'on a le temps de regarder sur les fiches de liaison ? »* » (A4 - 34).

La perte de sens se situe à plusieurs niveaux, 1 - Le travail qu'elles effectuent est considéré comme inutile par les destinataires, 2 - Le travail qu'elles effectuent leur prend du temps sur d'autres activités qu'elles préféreraient accomplir.

L'IDE de matin décrit l'attitude du patient comme étant le frein le plus important dans son travail, pouvant aller même jusqu'à empêcher le travail, traduisant un **conflit de signification** dans l'activité de l'IDE. L'exemple suivant, même s'il peut paraître extrême, relate comment le pouvoir d'agir de l'IDE peut être mis à mal. « *L'attitude du patient. Ça m'est arrivé une fois, je devais perfuser un patient et là il m'a foutu une pression énorme, « de toute façon vous y arriverez pas et puis vous me piquez là et pas là et pas là, déjà j'ai réussi mais j'étais à deux doigts de, de passer le relais.* » (A1 - 470).

Il s'agit clairement dans ce cas d'une remise en cause des capacités de l'IDE. Cette remise en cause va jusqu'à questionner les capacités de l'IDE puisqu'elle est très proche de ne pas pouvoir réaliser son travail, de pouvoir mobiliser ses capacités pour que des accomplissements deviennent réalité.

Un autre conflit de signification, traduisant un frein contribuant à empêcher le travail, identifié par l'IDE d'après-midi, réside dans la présence du téléphone pendant un soin. Le téléphone peut alors être source d'interruption brutale de la tâche en cours. C'est un grand perturbateur de l'activité.

Les espaces de travail qui ne sont pas assez groupés et qui imposent des déplacements nombreux, générant des interruptions de tâches dans le travail ainsi qu'une certaine perte de temps peuvent être empêchant dans la réalisation du travail et contribuer à un conflit de signification. « *Puis après c'est vrai on a des locaux un peu, voilà. La réserve est là-bas, bon, c'est pas assez groupé mais bon on a fait avec les locaux (rires).* » (A1 – 430).

Les conflits à l'œuvre dans la réalisation du travail portent atteinte au pouvoir d'agir. Les **conflits de réalisation** sont les plus typiques dans l'activité de chirurgie colorectale, éloignant les IDE de leur idéal de métier et les mettant à mal dans la réalisation de leur travail quotidien.

Le temps passé sur des activités autres que celles auprès du patient apparaissent comme empêchant le travail que les professionnels aimeraient effectuer.

Un autre facteur mettant en tension le travail réside dans les déplacements effectués tout au long de la journée de travail. Le nombre de déplacements est important, les soignants effectuent beaucoup de marche tout au long de la journée. « *J'en creuse des tranchées !* » (A4 – 48).

Les couloirs sont longs impliquant de nombreux déplacements. Ils peuvent représenter une difficulté dans le travail : longues distances à parcourir. Un oubli peut être vite pesant car il implique un déplacement important à entreprendre pour récupérer du matériel. La configuration du service peut être dérangeante, notamment par la longueur et des virages. L'élément qui pouvait apparaître comme une ressource peut poser question dans le déroulé du travail. « *Ben là c'est hyper long, c'est vrai que bé y a des virages et tout.* » (A4 – 120).

L'IDE fait usage d'un mot qui exagère la réalité mais qui veut traduire la quantité très importante de déplacements quotidiens. La conception architecturale du service, les demandes non prévues des patients, la surveillance et les tours, les auto-interruptions liées à l'oubli de matériel contribuent à ces nombreux déplacements.

En plus de la fatigue physique, les déplacements favorisent la fatigue cognitive ressentie comme pesante dans l'activité quotidienne. Aussi, le déplacement possède différentes significations. Quand il est effectué dans le but de la réalisation d'une tâche prévue, comme réaliser le tour, il fait partie intégrant du travail. Par contre, lorsqu'il est lié à un oubli de matériel, il est subi comme un empêchement à la réalisation du travail prévu, remettant la réalisation du travail à plus tard.

Enfin, l'adaptation continue au travail questionne le pouvoir d'agir. « ... de toute façon on prend les données quand elles arrivent donc du coup ben en fonction des données qu'on a ben on réagit, voilà, faut réévaluer de suite la situation. » (A4 – 116).

Cette déclaration témoigne d'un travail accompli en réaction. La proactivité est compliquée à élaborer mettant en relief la mise à mal du pouvoir d'agir dans l'activité de l'IDE.

3. Convocation des ressources opératoires en Chirurgie hépatobiliaire

3.1. Les ressources opératoires mobilisées dans l'activité de l'IDE de Chirurgie hépatobiliaire

Les entretiens d'autoconfrontation (Annexe 3 et Annexe 4) suite aux observations ont permis d'identifier 5 types de ressources opératoires mobilisées par les IDE de Chirurgie hépatobiliaire. Il s'agit, en termes de ressources internes, des ressources expérientielles et immatérielles, et pour les ressources externes, des ressources relationnelles, matérielles et contextuelles (tableau 33).

Tableau 33. Ressources opératoires relevées lors des entretiens d'autoconfrontation en Chirurgie hépatobiliaire.

Ressources internes	Ressources externes
. Ressources expérientielles . Ressources immatérielles	. Ressources relationnelles . Ressources matérielles . Ressources contextuelles

3.1.1. Les ressources externes

Une des ressources externes relevant des **ressources relationnelles**, consiste dans la construction de l'activité collective qui se manifeste par une complémentarité du travail des uns et des autres. « *les médicaments par exemple, qu'on distribue le matin sont préparés par notre collègue la nuit. Après euh, enfin voilà on est tous humains donc y a des fois c'est bien fait et tout correspond, d'autres fois où il manque des choses. Des fois à la visite on vous en rajoute...* » (A3 – 152).

Le travail entrepris par les uns déborde sur l'activité des autres qui se traduit par un réajustement si des informations complémentaires sont données, si des protocoles sont changés. Il se traduit également par une correction des erreurs commises par des collègues. Dans cette activité de réajustement les capacités sont convoquées et la mise en œuvre des capabilités doit être optimale pour réussir la régulation. L'activité collective qui a lieu, c'est-à-dire l'entraide entre les IDE et le travail avec les médecins est bénéfique si aucune erreur n'est commise et si les temporalités entre les activités se complètent, sinon le travail est bousculé et mis en tension. Ainsi cette régulation interprofessionnelle peut apparaître parfois comme étant complexe, quel que soit le corps de métier engagé dans le travail. « *Avec les aides-soignantes, c'est plus compliqué. Et avec les médecins, c'est encore un autre... C'est encore autre chose. Avec les internes, ça passe. Avec les chefs ça devient plus compliqué, avec les professeurs* » (A3 – 242).

Malgré ces difficultés d'ajustement, ces relations interprofessionnelles constituent des ressources mobilisées dans l'activité de l'IDE, permettant l'expression du pouvoir d'agir. Cette adaptation est facilitée par une deuxième ressource relationnelle qui repose sur la communication et le respect que chacun a pour les autres et constituent le socle des leviers qui aident à la réalisation du travail. La communication est une ressource relationnelle externe reconnue par les IDE comme étant fondamentale dans le travail. « ... la communication et... et après je pense le... le respect aussi qu'on a les unes envers les autres en fait. » (A3 – 232).

Le respect et la communication permettent les échanges entre professionnels. Le travail peut ainsi être discuté mettant en débat dans le collectif les règles de métier. Cela constitue une ressource pour le collectif, autorisant le passage des capacités aux capabilités en ce qu'un panel de choix peut être élaboré en concertation. Le respect entre agent est mis en relief comme permettant une activité construite commune contribuant à la cohésion du groupe. « y a une espèce de cohésion et on a un respect mutuel de ce qu'on fait et puis de, même si on n'est pas toutes copines, on n'a pas forcément des affinités mais au moins quand on est au boulot, on..., on a un peu la même vision du boulot, on sait pourquoi on le fait donc euh... » (A3 – 234), « ... on s'incrimine pas les unes des autres, des fois des petits, des petits problèmes qui pourrait y avoir. On, on les prend, on réajuste et puis on essaye de faire au mieux... » (A3 – 236).

Le respect manifesté entre agent permet un pouvoir d'agir, ayant la possibilité de se dire les choses et de les régler lorsque cela s'avère nécessaire. Finalement, le respect dans la communication permet une certaine régulation, indispensable, entre les agents. « ... y a des fois où quand, si on a, si y a des choses qu'on a identifiées et on sait à qui c'est la faute, on va lui dire. Enfin, vous voyez on n'est pas... C'est une relation sincère... » (A3 – 238), « Après c'est quand même un métier où on fait dans, dans l'humain mais même que ce soit avec nos collègues donc la communication est une grande part, je trouve ça important. » (A3 – 34).

Aussi, la ressource relationnelle repose sur les transmissions. Le temps consacré par les professionnels aux transmissions favorise une adaptation de l'activité de travail. C'est une ressource en ce qu'elle fournit aux agents un temps mis à part pour débattre du travail à réaliser et l'organiser. « C'est, c'est un moment assez important, c'est pas obligatoire pourtant mais c'est assez important. » (A3 – 118).

Les transmissions font partie de la communication professionnelle. Elles sont importantes car elles assurent une continuité optimale des soins, étant un outil pour cibler les problèmes pour en discuter avec les collègues et sont une aide au pouvoir d'agir non négligeable en ce qu'elles facilitent une activité de préparation, d'organisation. « ... C'est un temps important quand même parce que c'est la passation de... de... des, de la continuité des soins et justement c'est ce qui nous permet aussi de, de cibler les problèmes, de discuter avec les collègues de chaque patient... » (A2 – 10).

Les agents commencent à se demander, en discutant avec les collègues, comment les objectifs qu'elles se sont construits pour la journée vont pouvoir être réalisés. Même si elles ne se le disent pas littéralement ainsi, les IDE vont commencer, dans cet espace particulier à élaborer leur future activité. Les agents indiquent qu'il est important de prendre son temps pour les transmissions. Elles les considèrent comme le prélude de l'activité productive, et elles participent également à créer de l'activité collective. Elles représentent par ailleurs un espace de discussion sur les ressentis de chacun. « ... Puis d'échanger aussi sur le patient parce que des fois on a des ressentis et... et donc du coup ça nous permet de, de se dire « Ah mais oui toi aussi tu as le même ressenti » enfin vraiment de pouvoir optimiser la prise en charge. » (A2 – 14).

Les transmissions peuvent être lourdes à mener car elles sont multipliées dans la journée de travail. L'intérêt est certain pour communiquer des informations. Il arrive que les transmissions classiques soient remplacées par la mise en place de transmissions rapides pour pouvoir coordonner le travail participant à la construction de l'activité collective. « Par contre si je vais, si par exemple moi je suis de matin et que ma collègue est d'après-midi mais que c'est un soin complexe et que je, elle veut y aller et tout, je lui fais quand même des petites transmissions en disant « Voilà le patient ce matin na, na, na... » si y a eu un problème sur un patient et que... des petites transmissions, ça dure 2 - 3 minutes où, voilà. » (A2 – 121).

Les **ressources matérielles** sont également des ressources opératoires mentionnées par les IDE. Les espaces de travail sont indiqués comme étant réellement ressource dans l'accomplissement du travail. Le couloir est considéré comme un véritable lieu de travail. C'est le lieu de préparation des médicaments, d'utilisation de l'outil informatique, de communication professionnelle et de bien d'autres activités. Le couloir est à mettre en lien avec la conception architecturale du service qui induit aussi par ailleurs la répartition des secteurs. « ... Et on avait... enfin on avait peur que la, l'infirmière qui était du côté 1 elle oublie la chambre 8 vu qu'elle est, elle est un peu isolée et après on s'était dit que le côté 2 comme y avait les 2 chambres doubles et que dans la mesure du possible on essaie de mettre les plus petites pathologies dans ces chambres doubles vu que les patients ne veulent plus de chambres doubles, on, on arrive mieux à les faire passer quand c'est des gens qui restent pour un jour ou deux jours d'hospit. Du coup, ils sont plus légers donc c'est pour ça qu'on en a mis 14 là. » (A3 – 174).

L'espace permet de s'organiser et de faire coïncider la lourdeur des pathologies avec un positionnement dans l'espace pour faciliter le travail des IDE, étant alors un élément favorisant pour le pouvoir d'agir.

Par ailleurs, un élément relatif aux ressources matérielles est la mise en place de la visite professorale car elle peut être considérée comme un élément de construction du travail, dans la mesure où elle permet d'anticiper le travail qui va être à accomplir. Elle donne ainsi la possibilité de s'organiser. « ... Moi je trouve que c'est

important parce que euh..., parce qu'au moins euh... avant même que votre matinée entre guillemets ait commencée euh... vous savez quel patient va avoir quels soins parce que généralement c'est là où ils décident de faire passer des scanners, des radios, s'ils reprennent au bloc, s'ils transfusent, s'ils ont des soins particuliers au niveau des pansements tout ça à faire, donc au moins vous savez ce qui vous attends entre guillemets. » (A3 – 136).

Cette visite participe à la préparation du travail car elle permet de commencer à penser aux capacités qui vont être convoquées et à penser à des marges de manœuvre dans l'organisation du travail en cas de conflit entre la réalisation de plusieurs tâches qui pourraient apparaître simultanément. En ce sens, elle participe au pouvoir d'agir. « ...toutes les informations que vous avez eu pendant la visite, vous savez du coup ce qui vous attend et faut..., faut réussir à réajuster vos soins, réajuster votre organisation pour que ça, entre guillemets, que tout concorde et s'enchaîne à peu près bien et du coup c'est... faut penser à tout... » (A3 – 194).

La visite aide à la construction d'une certaine activité collective entre le patient, l'équipe médicale et l'équipe paramédicale. « ... au moins quand vous allez voir le patient ben on a tous, lui, vous, les médecins ont le même son de cloches. » (A3 – 138).

Pour finir avec les ressources externes, la principale **ressource contextuelle** sur laquelle peuvent se reposer les IDE est composée de la variabilité qui apparaît dans l'activité de travail, ce qui était également présent dans le premier service étudié.

Un aspect de la variabilité apparaît dans la variabilité liée à la polypathologie des patients. La polypathologie ajoute de la lourdeur dans le travail et dans la prise en charge. Ce facteur peut limiter le pouvoir d'agir car ces patients sont plus difficiles à prendre en charge. « ... ils sont plus lourds dans la prise en charge, dans les aides, dans tout ça. Ils comprennent pas forcément, enfin c'est... y a tout un ensemble qui fait que pour nous c'est plus lourd ouais. C'est plus lourd. » (A3 – 66).

Ainsi, cette variabilité des prises en charge permet de développer les apprentissages, et devient une ressource pour les situations à venir. : « ... j'ai l'impression qu'on apprend, qu'on apprend quand même un peu tous les jours, parce que vu qu'ils sont tous différents. » (A3 – 68).

La variabilité des soins et des pansements demande la mobilisation de nombreuses capacités. C'est certes un facteur d'adaptation qui peut être coûteux mais également un facteur participant à l'acquisition des compétences. « ...déjà d'un, ils peuvent pas avoir les mêmes complications ou pas du tout et deux, ils n'ont pas le même ressenti, le même vécu de la maladie, l'entourage est complètement différent enfin, il faut voilà, c'est à adapter en fonction de la personne pas du tout en fonction des âges de la personne. » (A2 – 56).

3.1.2. Les ressources internes

Les compétences constituent des **ressources et expérientielles** à la base de la formation des capacités. Dans l'activité de l'IDE, leur place est centrale. Les compétences théoriques peuvent être acquises lors de moments de partages avec les médecins comme pendant la visite du vendredi matin par exemple. Une « bibliothèque de connaissances » peut se construire, ce qui représente un soutien au développement des capacités. *« Euh... Bizarrement, la visite le matin peut être très intéressante selon les jours. ... le vendredi quand y a les externes, ils expliquent beaucoup plus de choses sur les pathologies... on a plus d'infos sur la chirurgie sur ce qui s'est passé, sur ce qui pourrait entraîner le pourquoi du comment. » (A3 – 188).*

Un moment important de mobilisation des compétences sur lequel s'arrête l'IDE lors de l'autoconfrontation réside dans les explications aux patients sur ce que les médecins ont dit pendant la visite « éclair » du matin et où ces derniers n'ont pas pu poser leurs questions. *« ... c'est là où on se sert de toutes nos connaissances théoriques pour essayer de leur expliquer les choses pourquoi du comment pour leur expliquer ce qui a été décidé à la visite... » (A3 – 212).*

La compétence permet de se projeter dans la réalisation à venir mais aussi à construire du sens dans le travail et à partager ce sens avec le patient. Les savoirs et aptitudes possédés par le travailleur sont mobilisés dans un premier temps pour apporter une signification au travail attendu puis pour l'orienter dans ce qu'il recherche à accomplir. Le sens du travail apparaît au travailleur lorsque la rencontre entre ses attentes du travail, ses valeurs personnelles et le déploiement de son activité se rencontrent. L'intersignification liée au sens du travail se manifeste par les connaissances acquises dans les échanges avec le corps médical ainsi que dans les échanges avec les patients qui s'appuie sur l'IDE pour comprendre ce qui se joue dans la prise en charge proposée par les professionnels du service.

Tout ce travail auprès du patient contribue à développer le propre pouvoir d'agir du professionnel en s'évitant des contraintes futures comme par exemple revenir plusieurs fois dans la chambre alors qu'il est dans son tour. Les capacités sont convoquées pour anticiper les demandes des patients permettant de dégager des marges de manœuvre.

La maîtrise des techniques spécifiques au métier sont incontestablement une ressource opératoire interne au travailleur, relevant des ressources expérientielles. Les techniques opératoires sont en évolution constante et la population opérée a évolué au niveau des âges. Les pathologies, notamment les cancers sont dépiétés plus tôt et d'un autre côté, les techniques permettent d'opérer des personnes de plus en plus âgées, demandant des compétences augmentées tant au niveau des médecins que des personnels paramédicaux. *« ... maintenant ils..., ils les acceptent de plus en plus*

vu qu'on est mieux armés on va dire pour réagir face à certaines décompensations ou choses comme ça. Donc du coup on a des patients de plus en plus âgés, parce que se faire opérer à 85 ans euh... avant on vous... voilà au-delà de 85 ans souvent on disait « Bon ben tant pis ».» (A3 – 52).

Les progrès techniques enrichissent le travail des IDE et participent ainsi au développement du pouvoir d'agir. Les soignants suivent l'évolution de la médecine et développent des connaissances nouvelles ainsi que des savoir-faire positionnés en véritables ressources dans le travail. Les prises en charges « compliquées » aident au développement de ces connaissances. L'évolution des connaissances et des compétences permet un développement du pouvoir d'agir et donc un développement de l'individu au travail. *« ...peut-être que c'est une meilleure connaissance ou peut-être, parce que j'ai pas, peut-être une meilleure connaissance des pathologies. Peut-être qu'un savoir-faire qui s'est, qui s'est amélioré. » (A3 – 60).*

La technique ne se limite pas à certains gestes nécessitant un matériel spécial mais se manifeste dans plusieurs phases du travail : la prise en charge d'un patient manifestant une anxiété débordante demande de grandes compétences en termes relationnels par exemple.

Les ressources expérientielles font aussi référence aux soins techniques qui sont présents tout au long de l'activité de l'IDE. Il s'agit principalement de tout ce qui est relatif à l'administration de traitement et plus particulièrement aux soins sur les chirurgies : stomies, drains, sondes, lames, cicatrices... Les soins techniques permettent l'utilisation des compétences en convoquant des capacités et des compétences spécifiques (capacité à poser un diagnostic rapidement et savoir poser un geste technique). *« ... les soins techniques ça peut être euh... euh... poser une perf, euh... faire une prise de sang, les pansements ou le patient va pas bien il faut savoir réagir ou même pour une prise de paramètre si on a un paramètre qui est complètement euh... il faut savoir ce qu'on doit faire et réagir quand même... » (A2 – 167), « Essayer de se poser des questions, en fait. Voilà. Si on surveille un drain et qu'on voit que c'est anormal, bon bé on va se poser des questions, il faut qu'on soit réactif quand même... » (A2 – 169).*

Les activités de soins et de pansements ayant lieu le matin, il est cohérent de voir la technicité employée et développée sur les activités du matin. *« Donc le matin, c'est du soin très très technique, souvent. » (A3 – 166).*

La prise en charge du patient peut également être facilitée par l'aide apportée par la famille. L'IDE indique que la famille peut être une vraie ressource pour les situations de stress ou d'angoisse du patient. Cette prise en charge échappe quelque peu aux savoirs purement physiques et techniques et demande une aide extérieure. *« Pas sur la technique en soi, surtout sur un problème voilà qui peut être sur des prises en charge d'anxiété par exemple avec des familles... » (A2 – 16).*

Pour finir, les professionnelles mentionnent des ressources identifiées comme **ressources immatérielles**. Elles reposent notamment sur la mémoire, comme pour leurs collègues de Chirurgie colorectale. L'appel à la mémoire permet de se rappeler les patients et les situations.

A3 – « ...101 - Intervenant : D'accord. Et là ça fait presque 2 mois et vous vous rappelez des gens et des situations ?

102 – IDE : Oui !

103 – Intervenant : Vous faites comment ?

104 – IDE : Je sais pas. J'ai pas autant de mémoire dans ma vie. (Rires) ? Je... je sais pas, c'est qu'y a des gens c'était... je sais pas, y a des gens, ils sont plus marquants que d'autres en fait ».

Elle aide à construire une bibliothèque de situations en faisant correspondre un geste technique ou une prise en charge particulière à un patient. Ce geste ou cette prise en charge peut être rappelé juste en mentionnant le nom de la personne, constituant ainsi une ressource intéressante pour la professionnelle.

Comme en Chirurgie colorectale, les ressources opératoires présentées jusqu'ici étayent le travail. Ces ressources soutiennent la création et l'utilisation des marges de manœuvre (figure 62). Aussi, d'autres éléments identifiés dans l'activité de travail, à l'inverse des ressources opératoires, se présentent comme à la source de conflit empêchant le bon développement du pouvoir d'agir, créant des tensions dans la réalisation du travail des IDE.

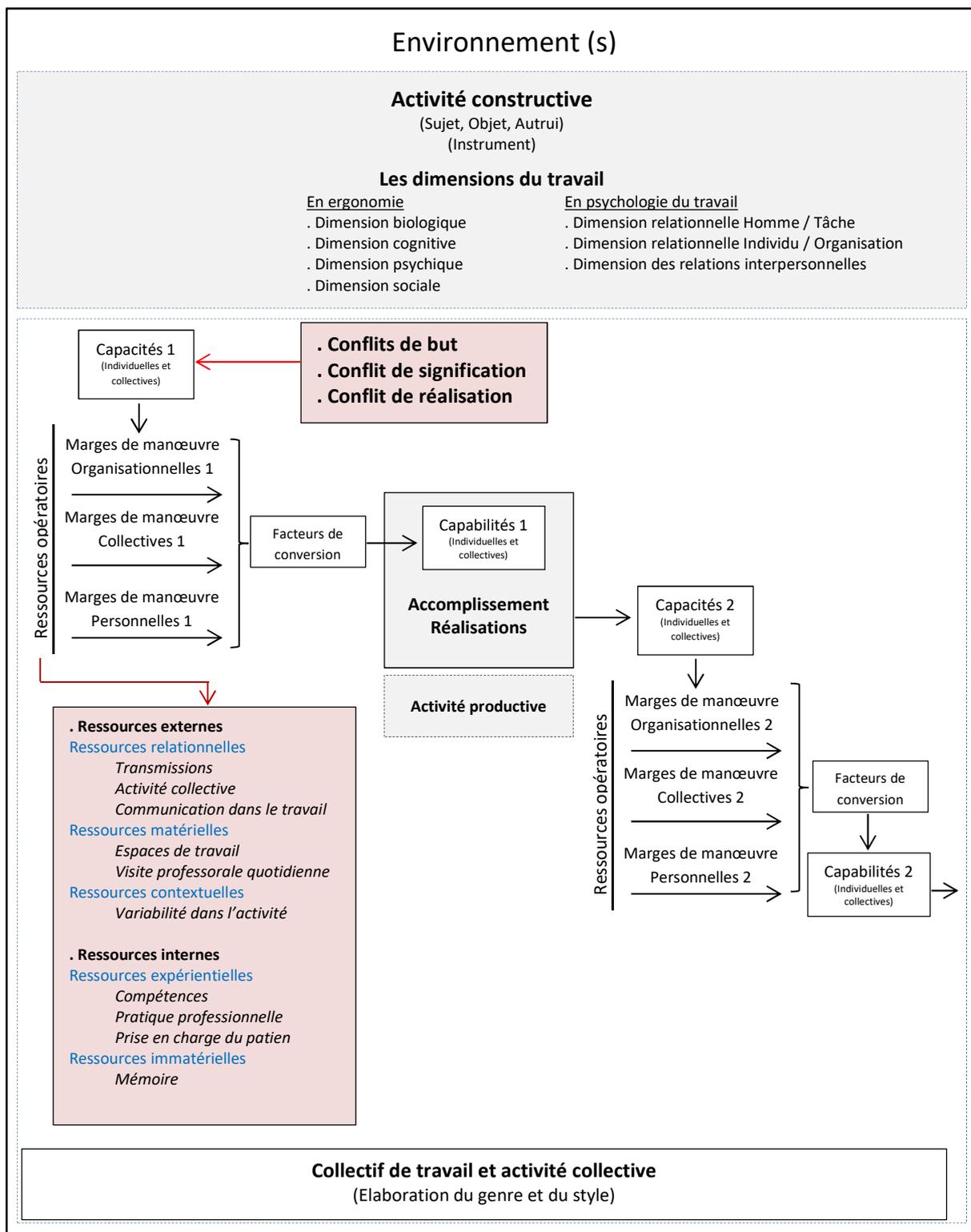


Figure 62 : Modèle de recherche – Ressources opératoires dans la construction des marges de manœuvre – IDE de Chirurgie hépatobiliaire

3.1.3. Ressources opératoires et travail empêché dans l'activité de d'IDE de Chirurgie hépatobiliaire.

Tableau 34. Eléments empêchant dans le travail en Chirurgie hépatobiliaire.

Eléments empêchant dans le travail		
Conflits de but	Conflits de signification	Conflits de réalisation
. Relation au travail informatique et administratif	. Définition des rôles . Organisation médicale vs organisation paramédicale	. Les interruptions de tâches . Organisation générale . Communication

En Chirurgie colorectale, des éléments troublant le travail ont été identifiés lors des entretiens d'autoconfrontation (Annexe 3 et Annexe 4). Ils se présentent notamment comme des conflits de buts (objectifs de soins vs objectifs gestionnaires à l'hôpital), des conflits de réalisation ou encore comme des conflits de signification (ce que l'IDE s'imaginait du métier et ce que l'IDE fait réellement). Les conflits de signification et de réalisation sont les plus significatifs relevés dans l'activité de l'IDE de Chirurgie hépatobiliaire éloignant également les IDE de leur idéal de métier et les mettant à mal dans la réalisation de leur travail quotidien.

En ce qui concerne les **conflits de but**, le travail informatique est à nouveau cité parmi les facteurs empêchant le travail, créant un déséquilibre avec le travail infirmier. L'IDE regrette que le travail informatique prenne trop de temps sur son travail. Cela lui donne le sentiment de s'éloigner de son cœur de métier. Le terme « triste », employé par l'IDE dans l'exemple suivant, peut s'appliquer à la fois pour le soignant qui n'a pas assez de temps auprès du patient mais aussi pour le patient qui ne bénéficie pas plus de temps de soignant. « ... c'est quand même fou qu'au final ce soit celui qui prenne le plus de temps quoi. C'est surtout ça. En fait, c'est plus euh... je vois enfin 10% de soin au patient c'est ce que je trouve assez euh... assez euh... étonnant. Même un peu triste mais... » (A3 – 14).

Les IDE sont surprises de l'importance du temps consacré à l'informatique, considéré comme trop important par rapport au travail infirmier. « ...ça plombe parce que c'est, c'est, c'est pas notre métier de cœur quoi enfin, je suis pas, l'informatique, l'administratif après c'est important au niveau légis..., législatif et tout, enfin mais ça plombe quoi, j'ai, je suis pas, j'ai pas fait infirmière pour faire de l'informatique quoi. » (A2 – 22).

Le lapsus de l'IDE qui parle de « Métier de cœur » au lieu de « Cœur de métier » renforce l'idée que l'exercice de leur métier est une vocation. Cette déclaration affermit l'idée que le travail informatique retient, empêche le « vrai » travail qui est le travail de soin. Elle remet en question le rôle de l'informatique dans le développement de son métier d'infirmière. Le conflit de buts apparaît clairement entre ce que l'IDE se fixe en tant qu'objectifs de soins et ce qu'elle est obligé d'effectuer dans la réalité pour répondre aux objectifs de l'hôpital en termes de traçabilité de l'activité liée au patient. Les conséquences de ce conflit sont renforcées par la manifestation du conflit de signification qui met à mal la représentation que peut avoir l'IDE de son métier et de ce qu'elle réalise dans la réalité. Ce double conflit met à mal les professionnelles dans la réalisation de leur travail et témoignent d'un travail empêché. « ... *l'administratif chaque fois, c'est ce que je dis c'est ce qui nous plombe le plus dans notre métier...* » (A2 – 20).

L'agent déclare trouver dommage de passer plus de temps sur l'informatique plutôt qu'auprès du patient. Elle estime sa fonction comme étant de devoir être dans le soin et pas dans le dossier informatique. « ... *je sais pas, c'est censé être quand même notre euh... on va dire presque la base de notre, de notre fonction quoi. Et au final, euh... 10% c'est, c'est rien du tout.* » (A3 – 16). L'informatique est reconnue comme étant l'outil principal de travail. Il crée de la frustration car il prend du temps sur le temps passé auprès du patient. Il entame le pouvoir d'agir car il éloigne du cœur de métier. « ... *je suis, je suis toujours en fait estomaquée pareil devant le travail sur informatique. Bé après c'est devenu notre euh... c'est, c'est, c'est devenu notre outil principal on va dire pour tout donc c'est étonnant sans l'être mais quand même.* » (A3 – 30).

Pour ce qui concerne les **conflits de signification**, la question des rôles peut être identifiée comme un élément pouvant avoir des conséquences sur le pouvoir d'agir. La répartition des rôles des différents acteurs n'est pas toujours claire. Le déroulement de l'activité au cours de la journée, procurant le sentiment d'être dans un mouvement incessant participe à ce que certaines tâches puissent passer d'un groupe de travailleurs à un autre. Ce glissement de tâches provoque l'incertitude sur les rôles de chacun mentionné ici. Cette question peut interroger le développement du pouvoir d'agir, la question restant alors pour le travailleur de savoir quelles capacités mobiliser pour quelle action. « *c'est pas que le travail est mal défini mais euh... peut-être que le travail est pas assez défini sur qui doit faire quoi.* » (A3 – 222).

Il arrive que l'organisation médicale déborde sur l'activité des IDE. Les internes sembleraient ne pas prendre de décisions importantes selon les déclarations des IDE, décisions qui seraient prises par les médecins séniors. Cette pratique peut être limitante en termes de pouvoir d'agir, certaines actions devant être reportées à plus tard, lorsque le médecin sénior est présent. « ...*les internes souvent ils prennent pas la responsabilité de tirer des lames, de clamber des drains, de poser des gastriques ou pas ou les enlever, ils attendent forcément l'aval d'un chef...* » (A3 – 144).

D'un autre côté, il arrive que parfois, les IDE fassent un travail qui est défait par les médecins lors de la visite. L'activité des IDE est bousculée par ces pratiques et empêchée par le manque de prise de décision en temps réel. C'est un empêchement au pouvoir d'agir. « *Des fois vous aviez pas touché au pansement donc on va dire que ça limitait la casse mais des fois vous aviez refait le pansement le matin finalement faut y retourner, au final c'est une perte de temps, c'est dommage quoi.* » (A3 – 146).

En plus des décisions qui doivent attendre une réponse reportée dans le temps, les IDE font face à des changements de consignes. Les IDE essaient de s'organiser de leur mieux mais les consignes peuvent changer rapidement. Ce changement provoque une limitation du pouvoir d'agir, ne permettant pas aux IDE de réaliser leur travail. « *Mais des fois ils ne nous disent pas tout donc c'est des découvertes comme ça.* » (A3 – 154).

Par ailleurs, en ce qui concerne les **conflits de réalisation**, des interruptions mentionnées comme un facteur d'empêchement du travail, une IDE indique qu'elle manque de temps pour accomplir tout ce qui est demandé. Du coup, elle se rend compte qu'il existe une forme d'incomplétude du travail, un sentiment de ne pas faire de la qualité. Il s'agit d'une sorte d'atteinte à son pouvoir d'agir. La ressource temps n'étant pas disponible, elle doit faire des choix à minima, ne la confortant pas dans ses représentations d'un travail de qualité. Le positionnement en chirurgie implique un temps de prise en charge considéré comme court. Le temps de prise en charge est considéré comme court car le passage en chirurgie est d'environ 5 jours. Sur une pathologie qui peut prendre plusieurs mois ou années à soigner et à guérir, les 5 jours sont réellement une très courte période de prise en charge. Le patient se positionne sur un acte court. Dans ce temps court, les retours de bloc demandent du temps dans une activité déjà bousculée. « *qu'on se projette plus au jour le jour par rapport à où quand ils font des chimio c'est plus souvent court, on parle plus au long court, la chirurgie, c'est le temps de chirurgie en fait. On reste vraiment dans le temps de chirurgie donc c'est du, c'est du passage court, d'un temps court quoi.* » (A2 – 64).

Les interruptions de tâches participent à un empêchement à la bonne réalisation du travail. Les interruptions de tâches dans le travail sont liées parfois aux collègues mais aussi à des oublis. Les conséquences sont sur les capacités qui ont été mobilisées mais qui sont mises à mal car l'activité est interrompue et change, il s'engage alors une activité d'adaptation et de régulation. Les interruptions de tâches hachent le travail et participent à un sentiment de ne pas produire un travail efficace. Des capacités sont convoquées, travaillées pour devenir des capabilités et ce travail de transformation est arrêté instantanément pour passer sur une autre tâche. Les interruptions sont réellement néfastes par les conséquences qu'elles exercent sur la réalisation du travail. « *en fait vous avez l'impression d'avoir commencé plein de choses mais vous avez été arrêté, vous avez repris puis y a eu encore autre chose. C'est... au final*

vous êtes euh... enfin, je... des fois j'ai l'impression que dans ces cas-là on n'est pas efficaces. » (A3 – 226).

Les interruptions de tâches questionnent donc l'organisation du travail. Dans l'organisation, le style individuel se manifeste de différentes manières, une des IDE entrevue déclare avoir un fonctionnement très « carré ». *« Ça empêche pas que des fois y a des choses qui peuvent se rajouter dans la journée mais au moins, au moins on a déjà les directives. Moi j'aime bien. J'ai, j'ai un fonctionnement très... très carré moi. » (A3 – 138).* Le « moi » ajouté en fin de phrase interroge sur ce que font les autres. Le fait de pouvoir affirmer ce style permet de dire qu'elle a accès à un certain pouvoir d'agir. Une autre indique lors de l'entretien cette même nécessité de tout cadrer. *« J'aime quand les choses sont bien, sont bien cadrées. » (A3 – 140).* Quand tout est bien cadré, cela signifie pour les IDE qu'elles peuvent faire plus facilement face à l'imprévu, essayant même d'éviter l'imprévu. L'imprévu vient désorganiser le travail et rajoute de la charge à accomplir.

Aussi, l'organisation est mise à mal car l'activité des IDE est découpée, très hachée. Le pouvoir d'agir reste très limité et empêché. Le travail est fait d'un ensemble de « bricolages » qui peut donner le sentiment d'un travail qui n'est pas de qualité. *« ... c'est notre journée qu'est comme ça. En fait c'est plein de petites actions tout le temps, tout le temps. » (A3 – 156).*

Par exemple, l'IDE de « J » travaille avec le minimum d'informations car elle n'a pas pu assister aux transmissions. Son pouvoir d'agir peut être considéré comme empêché car elle ne dispose pas de toutes les données souhaitées pour accomplir son travail. Ainsi, elle ne peut convoquer toutes les capacités qui pourraient être à sa disposition si elle connaissait parfaitement la situation. *« elle sert de petites mains à ses collègues, elle essaie de gérer les appels téléphoniques tout ça mais en même temps elle a pas eu de transmissions sur les patients donc elle les connaît pas forcément... » (A3 – 162).*

Cette activité empêchée se retrouve dans la réalisation des pansements par exemple. Les IDE essaient de faire les pansements le matin pour laisser les patients tranquilles l'après-midi mais parfois n'y arrivent pas. Le manque de temps, des patients plus demandeurs, des interruptions importantes, les raisons sont multiples pour expliquer cette difficulté de régulation qui traduit un pouvoir d'agir en souffrance. *« des fois ça arrive qu'on y arrive pas mais on essaye de faire tous nos pansements le matin... » (A3 – 166).*

Le temps passé pour le « cadrage » d'un patient permet de stabiliser l'activité, évitant de futurs dérangements. Pouvoir cadrer, c'est s'assurer d'éviter des demandes ultérieures qui pourraient venir bousculer le travail en cours, c'est se libérer du temps. *« ...il faut ben passer plus de temps. Vaut mieux passer plus de temps et cadrer plus que... voilà. » (A2 – 79).*

Parfois, dans la communication, la quantité d'informations peut créer une tension. Celle-ci apparaît notamment à travers une communication défaillante. L'organisation du travail se trouve donc mise à mal par ce défaut de communication. *« on nous demande d'en faire toujours un petit peu plus. Après les, les internes c'est pareil. Enfin, après je leur jette pas la pierre mais les internes entre le téléphone, les familles, les patients, les, tout, enfin tout ce qu'ils ont à gérer, je peux comprendre des fois qui ait des infos qui passent à la trappe mais euh... Mais ça, en fait ça oui ça peut avoir un effet boule de neige et une journée qui, qui, où ça s'enchaîne mal ça... vous savez plus où vous en êtes en fait. » (A3 – 224).*

Le croisement des horaires de travail peut parfois poser certaines difficultés. Un minimum d'organisation est nécessaire entre les activités du matin et celles de l'après-midi. Cette pratique permet aux agents de se donner mutuellement du pouvoir d'agir (offre des marges de manœuvre, contribution à l'activité collective). Ce fonctionnement est obligatoire car l'absence des informations des transmissions pour l'agent arrivant d'après-midi l'empêche de travailler librement. Elle est dépendante de l'IDE du matin jusqu'à ce qu'elle prenne son poste. Son pouvoir d'agir est limité à ce que la collègue du matin lui « autorise ». – *« ...oui implicitement on se dit voilà on reste, même si elle me dit parce que c'est elle qui va me guider sur les soins puisque moi j'arrive effectivement, comme vous dites, je connais pas les..., enfin même peut-être j'y étais la veille donc je sais un petit peu quand même les patients mais je connais pas les soins qu'y a puisque j'ai pas eu la visite du matin et tout... » (A2 – 111).*

4. Synthèse : Les ressources opératoires dans l'activité de l'IDE

Les paragraphes précédents ont eu pour objet de présenter les verbalisations effectuées par des agents vis-à-vis de leur propre travail. Elles ont pu exposer différents facteurs considérés comme des ressources opératoires ou comme empêchant dans le travail. L'intérêt d'obtenir ces facteurs qui constituent finalement les déterminants de l'activité, réside dans l'analyse qui peut en être proposée du point de vue de la mobilisation de ressources opératoires dans le travail. Pour chacun des services, une analyse a été menée sur le recours aux ressources opératoires dans l'activité de l'IDE.

4.1. Mobilisation des ressources opératoires pour les IDE de Chirurgie colorectale

Les deux ressources les plus mobilisées par les 4 IDE observées sont les ressources relationnelles et expérientielles. Les ressources relationnelles sont relatives aux échanges que le professionnel peut entretenir avec les autres acteurs de la situation de travail, contribuant à la performance des échanges ainsi qu'à la collaboration dans le travail. Ces ressources sont mobilisées par les IDE lors de la prise en charge des patients et se positionnent ainsi comme étant les ressources principales présentes

dans ces observations. La relation au patient constitue, cela a déjà été mentionné, le cœur de métier de l'IDE. Savoir parler avec le patient et savoir le faire parler est une compétence importante dans cette activité professionnelle. La gestion du travail auprès du patient passe par une mobilisation active de cette ressource, se manifestant dans les échanges que peut entretenir le professionnel avec la famille. Celle-ci est, lorsqu'elle est en confiance avec les paramédicaux, une ressource non négligeable pour la gestion de l'anxiété du patient. Les IDE n'hésitent pas à puiser dans cette ressource pour accompagner au mieux le patient. Pendant le soin, pour rassurer le patient, l'IDE s'appuie à nouveau sur cette ressource. Le patient rassuré sera plus coopératif et contribuera à la bonne réalisation du soin.

La ressource relationnelle est également mise en avant dans l'activité collective. Les IDE utilisent cette ressource dans le cadre des nombreux échanges qui caractérisent leur activité. Tout au long de la journée, comme cela est constaté dans les observations générales, les discussions entre professionnels sont indispensables au travail. Que ce soit avec leur binôme AS ou avec des collègues IDE, ou encore avec les professionnels médicaux, les échanges verbaux constituent une véritable ressource pour concevoir et accomplir le travail.

Les ressources contextuelles pourraient être renommées dans ce cas de : ressources environnementales. Les IDE interrogées indiquent que le calme dans le service est une ressource importante pour elles dans l'accomplissement de leur travail. Un service dans lequel il peut y avoir de l'agitation, des cris... ne procure pas un sentiment de sécurité mais plutôt un sentiment de stress sur lequel il n'y a que peu de prises. Le calme est une ressource importante pour la bonne réalisation du travail.

Les ressources matérielles, constituées des outils à disposition apparaissent comme de véritables instruments dans le travail qui se positionnent à la périphérie des outils opérationnels techniques, soit tous les documents papier qui donnent des renseignements sur le patient, l'outil informatique, ou encore les tableaux de bords affichés dans la salle de soins. La visite avec le corps médical constitue un dernier outil important pour l'IDE pour les raisons évoquées précédemment.

La ressource expérientielle est constituée des apprentissages et de l'expérience vécue et accumulée par la professionnelle tout au long de sa carrière. Cette ressource est convoquée dans l'adaptation de ses conduites tout au long de son travail. Elle y a recours également lorsqu'elle doit évaluer un patient, poser une forme de diagnostic et prendre une décision. Il s'agit là de cas sortant du travail commun ordinaire. Cette ressource influence donc les choix opératoires ainsi que les choix relatifs à l'organisation même de la professionnelle. Cette ressource est des plus utilisée et participe significativement au travail quotidien.

Les ressources immatérielles font référence dans le cas présent à l'utilisation de la mémoire. Il s'agit à la fois d'une ressource pour soi mais aussi pour les autres. Elle constitue une ressource pour soi en ce qu'elle permet d'assurer un suivi de qualité pour les douze patients quotidiens à prendre en charge et une ressource pour les autres au niveau des informations à communiquer et qui circulent à longueur de journée dans le service. Les IDE mettent en place des mécanismes de mémorisation leur permettant de convoquer des informations en leur possession lorsque cela est nécessaire et témoignent par ailleurs qu'en dehors du travail, elles ne peuvent absolument pas se fier à leur mémoire.

Les ressources affectives se manifestent par l'encouragement donné par les patients à la fin d'un soin par exemple. A effet différé, l'encouragement est reçu dans une chambre mais son bienfait ne sera « utilisé » que dans les occupations suivantes. En cela, le professionnel reçoit une forme de reconnaissance qui lui permet de continuer son travail. Cette reconnaissance contribue également à renforcer l'intérêt personnel pour le travail. Dans les situations complexes, les IDE viennent puiser dans cette ressource pour faire face et rendre le travail possible et certainement supportable.

4.2. Mobilisation des ressources opératoires pour les IDE de Chirurgie hépatobiliaire

Il a été relevé 5 types de ressources opératoires pour les IDE de Chirurgie hépatobiliaire (Tableau 21). Il s'agit des ressources relationnelles, matérielles, contextuelles, immatérielles et expérientielles.

En Chirurgie hépatobiliaire, comme en Chirurgie colorectale, les ressources opératoires les plus sollicitées sont les ressources relationnelles et expérientielles.

Les ressources relationnelles se construisent au fur et à mesure du temps quand le patient revient plusieurs fois dans le service et ces différents passages dans le service contribuent à créer des liens entre le patient et les soignants. L'échange étant posé comme au cœur de l'activité des soignants, cette relation de confiance s'avère une ressource sur laquelle ils peuvent s'appuyer pour réaliser leur travail.

Les ressources relationnelles s'expriment également tout au long de la journée dans le travail collectif réalisé au sein du service. La communication qui s'établit entre les professionnels leur permet de travailler en confiance, devenant alors une ressource indispensable à la fois pour soi mais aussi pour le patient, celui-ci étant le bénéficiaire principal de cette communication efficiente. Elle se manifeste plus particulièrement lors des transmissions qui sont un moment de choix pour les soignants, leur donnant une vision du secteur à prendre en charge et du futur travail à réaliser. Ces

ressources relationnelles se construisent également avec le temps et avec la construction du collectif.

Autres ressources externes, les ressources informationnelles jouent un rôle important dans l'accomplissement du travail quotidien. Les informations partagées au long de la journée occupent un rôle prépondérant dans la réalisation du travail. La visite médicale par exemple aide à la conception du travail en ce que les médecins vont donner des indications sur les traitements, les protocoles à suivre. Ces indications permettent aux IDE d'obtenir des informations qui guideront leur activité. Ces ressources sont donc importantes en termes d'organisation et d'adaptation du travail.

Les dernières ressources opératoires externes mentionnées par les IDE sont matérielles. Dans ce cas précis, elles font référence à l'organisation de l'installation des malades dans les secteurs. Les agents mentionnent que si les patients aux pathologies les plus lourdes sont rassemblés, cela représente une ressource matérielle facilitant le travail : moins de déplacement, matériel spécifique regroupé...

Du côté des ressources opératoires internes, les agents interrogés indiquent avoir recours à des ressources expérientielles reposant sur les progrès techniques de la médecine relatifs à leur spécialité. Le changement de procédures, de développement technologique fournissent aux travailleurs des ressources dans l'exécution de leurs tâches. En plus d'être un soutien à la réalisation d'un travail de qualité, ces ressources participent également à l'enrichissement du travail. Les tâches réalisées sont coupées dans leur routine et offre des occasions d'accomplir le travail différemment. Cette possibilité donnée aux agents contribue à leur épanouissement dans le travail et par le travail. Cette typologie de ressources participe pleinement au développement des compétences. Faire face à de nouvelles techniques, les faire siennes dans le travail, permet aux professionnels de créer de nouvelles aptitudes, de nouvelles compétences, de nouvelles situations qui enrichiront leur bibliothèque personnelle de situations. C'est dans ces situations qu'ils viendront puiser des ressources lorsqu'ils auront à faire à de nouvelles tâches dans leur travail futur. Ces compétences sont construites en particulier, mais pas uniquement, lors de la visite médicale, lors des échanges avec les médecins ou lors des échanges entre médecin sénior et interne.

Les ressources expérientielles reposent également sur la possibilité d'enfreindre certaines règles, toujours dans le respect de la santé et la sécurité des patients. L'exemple d'avoir recours aux commerciaux pour avoir accès à des dispositifs de stomie indique que les professionnels disposent d'une marge de manœuvre les autorisant à accomplir un travail de qualité. La règle indique que les professionnels doivent se fournir dans les stocks et ne pas avoir recours aux commerciaux et pourtant, quand les stocks sont vides (défaut de commandes en temps et en heure,

stocks fournisseurs faibles...), les professionnels outrepassent cette règle pour fournir le matériel adéquat au patient qui ne peut se passer du dispositif de stomie. Pouvoir dépasser certaines règles constitue une ressource expérientielle importante pour les professionnels.

Le travail en collaboration avec les collègues IDE constitue une nouvelle forme de ressource expérientielle. Pouvoir s'appuyer sur la connaissance et les compétences des collègues permet une réassurance dans le travail face à des tâches complexes, mal maîtrisées ou en mode dégradé. L'agent devient en capacité d'accomplir son travail mais aussi de témoigner d'une certaine reconnaissance au collègue sollicité. Cette ressource convoque en même temps le savoir-faire de collègues avec lesquels les agents ont une longue expérience commune de travail mais aussi les plus jeunes professionnelles, voire même les élèves IDE du service, qui peuvent apporter les pratiques les plus modernes et les plus à jour dans la discipline.

Les ressources expérientielles reposent enfin sur la possibilité d'offrir une prise en charge la plus globale possible au patient. Ainsi, comme cela a été indiqué plus haut, l'IDE fera tout son possible pour répondre à tous les besoins du patient pour éviter de devoir revenir plus tard et être interrompu dans son travail. Les professionnels utilisent le terme de « cadrer » le patient, indiquant par-là que le patient voit tous ses besoins immédiats satisfaits à un moment donné. Cette stratégie permet ainsi de se mettre en sécurité face aux futures interruptions possibles. Une autre ressource expérientielle consiste à s'appuyer sur le poste de J (poste supplémentaire positionné en aide sur les 2 secteurs). Sans ce poste, de nombreuses actions ne pourraient pas être réalisées, ou encore générerait un retard considérable dans la réalisation du travail. Les IDE n'hésitent pas à solliciter leur collègue positionné sur ce type de poste. Pour finir, une autre forme de ressources expérientielles réside dans la variabilité des patients. Cette variabilité peut être parfois vécue comme une réelle difficulté dans le travail mais peut aussi revêtir un intérêt particulier dans l'expérience qui y est construite. Ce point est à consolider avec la construction de la bibliothèque de situations indiquée précédemment. Même si la variabilité est parfois lourde à supporter, elle est extrêmement formatrice.

Les ressources immatérielles, partie des ressources opératoires internes mentionnées, sont liées aux ressources expérientielles car elles font référence aux situations de travail rencontrées qui enrichissent la bibliothèque d'expérience du travailleur. Effectivement, cette accumulation de savoirs est immatérielle puisqu'elle relève du vécu du professionnel et peut être considérée comme une véritable ressource dans laquelle le travailleur vient puiser constamment pour construire son travail.

Finalement, les ressources affectives relèvent du profond respect entre les professionnels de ce service. Les personnels peuvent compter les uns sur les autres, une certaine cohésion de l'équipe est reconnue, cohésion permettant à l'équipe de

réaliser des régulations performantes dans les relations entre agents. L'intérêt que portent les professionnels à leur travail malgré les contraintes est notable. Cet intérêt représente une véritable ressource dans les situations complexes ou devant la surcharge d'un travail qui peut ainsi perdre un peu de son sens.

Au final, dans le travail, les professionnels soulignent qu'ils font constamment appel à des ressources internes ou externes pour mener à bien leurs tâches, ressources dont on constate qu'elles offrent des marges de manœuvre dans lesquelles les stratégies individuelles se déploient. Qu'elles soient internes ou externes, l'apport des ressources semble se manifester dans la recherche du pouvoir agir au cœur de la situation de travail, le but pour le travailleur restant d'accéder à tous les chemins qui le conduiront vers le résultat escompté.

5. Convocation des ressources en Chirurgie colorectale et en Chirurgie hépatobiliaire : comparatif des sollicitations

A première vue, il semblerait que les deux services fassent appel aux mêmes ressources internes et externes dans le travail. En ce qui concerne les ressources internes, les deux services font appel aux ressources expérientielles et immatérielles. Pour ce qui concerne les ressources externes, il s'agit des ressources relationnelles, matérielles et contextuelles. La convocation de ces ressources est semblable dans les deux services.

Cependant, il existe des différences à relever dans leur mobilisation. En effet, en ce qui concerne les ressources internes, le service de Chirurgie colorectale semble s'appuyer davantage sur l'expérience acquise dans la réalisation du travail que le service de Chirurgie hépatobiliaire. Cette ressource, basée sur une bibliothèque de situations vécues, enrichit la pratique des professionnels dans des situations où une adaptation est nécessaire, une prise de décision est indispensable.

L'équipe de Chirurgie colorectale a conscientisé l'importance de cette expérience et la valorise dans le collectif. De son côté, même si l'équipe de Chirurgie hépatobiliaire s'appuie sur cette ressource, elle ne ressort pas dans les échanges sur le travail.

Une deuxième ressource interne apparaît plus clairement dans la pratique de l'équipe de Chirurgie colorectale, à savoir la transgression des règles pour arriver à réaliser son travail. Pouvoir passer outre la règle donne un certain pouvoir d'agir à cette équipe qui place le respect de ses valeurs (construites en collectif et reconnue comme règle de métier) au-dessus des règles fixées par l'organisation libérant de l'agir dans l'activité. Cette infraction à la règle n'est plus un sujet de culpabilité mais une ouverture vers la possibilité de bien faire son travail et de répondre à une règle

supérieure : offrir une prise en charge du patient de qualité. En Chirurgie hépatobiliaire, il n'a pas été fait mention de transgression de règles de travail. Cela ne signifie pas que cette équipe ne s'y adonne pas, c'est juste qu'elle n'en parle pas. Ce silence interroge le collectif quant à sa responsabilité dans la création de ses propres règles de métier et donc dans la construction de son propre genre.

Pour finir, l'équipe de Chirurgie colorectale fait mention d'une ressource très particulière et qui se situe réellement entre les ressources internes et les ressources externes. Il s'agit de la ressource affective, appuyée par la notion de reconnaissance. Elle est à la fois externe en ce qu'elle est manifestée par les patients mais aussi interne en ce qu'elle contribue à alimenter la motivation du travailleur. La reconnaissance manifestée à la fin d'un soin avec un patient produira un effet sur le moment-même pour l'IDE mais sera aussi prolongé lorsque le professionnel sera avec le patient suivant. Cette ressource n'est mentionnée que par l'équipe de Chirurgie colorectale et contribue dans le développement du pouvoir d'agir. La motivation ainsi stimulée induit des comportements de proactivité bénéfiques au patient et donne un sentiment de réalisation à l'agent.

Pour ce qui concerne les ressources externes, les deux équipes mentionnent, en insistant, l'importance du relationnel avec le patient. Tout ce qui se joue, tout ce qui se construit dans cette relation contribue à façonner le sens du travail. Ainsi, les agents sont positionnés dans une élaboration du sens du travail qui annihile tout conflit de signification, ceux-ci exerçant leur métier comme ils se l'étaient imaginé. Cette relation au patient est l'instant de prédilection des soignants, étant un moment réservé et de choix pour exercer son art en aidant son prochain. L'équipe de Chirurgie hépatobiliaire se positionne davantage dans l'importance d'une bonne communication, indispensable pour bien réaliser son travail, sans mettre davantage l'accent sur le relationnel particulier avec le patient. La communication est alors un outil pour faire face à une certaine perte de sens en essayant de résoudre ainsi les conflits de buts et de significations.

L'organisation du travail est la seconde ressource externe mentionnée par l'équipe de Chirurgie colorectale. En mentionnant cette ressource, l'équipe fait mention plus particulièrement de la construction du travail dans le binôme IDE/aide-soignant (AS). Cette construction fait notamment référence à l'organisation mise en place dans la première partie de la journée. L'IDE et l'AS ont des tâches différentes mais travaillent toutes deux pour le patient. Le binôme travaille de la sorte en pleine coordination et coopération pour le bien-être du patient mais aussi pour son propre bien-être : arriver à accomplir son travail dans de bonnes conditions et en étant satisfait. Cette coordination et coopération ne fonctionnent que parce que des règles ont été élaborées au niveau du collectif de travail. L'équipe de Chirurgie hépatobiliaire mentionne l'importance de la variabilité dans le travail, comme le fait l'équipe de Chirurgie colorectale mais ne mentionne pas (bien que cela puisse exister

tout de même) la construction du travail en binôme dans les ressources potentiellement mobilisables. Une coordination est forcément nécessaire pour la bonne réalisation du travail même dans cette équipe. Le fait qu'elle ne le mentionne pas indiquerait qu'aucune règle sur cette coordination n'a été travaillée, subissant alors cette co-activité plutôt que la voyant comme ressource potentielle et mobilisable.

Cette phase d'investigation sur les ressources constitue une introduction au fonctionnement des facteurs de conversion qui sera abordé en suivant.

Chapitre 13 - Construction des capacités et mise en œuvre des capacités : le rôle des facteurs de conversion

1. Objectifs

Dans le troisième temps de la démarche méthodologique, l'outil des autoconfrontations est convoqué pour approfondir la compréhension du travail. Cette partie présentera l'ensemble des résultats obtenus dans le cadre des autoconfrontations simples et croisées. Elles éclaireront particulièrement les processus mis en œuvre dans la réalisation du travail ainsi que le rapport entre le travail et le travailleur.

L'utilisation des autoconfrontations s'attachera à apporter des réponses aux objectifs suivants : 1 – comprendre, grâce aux explications fournies par les travailleurs, les processus mis en œuvre dans la réalisation du travail au regard de la notion de capacités et 2 – comprendre, à travers les processus, comment les facteurs de conversion interviennent dans l'activité.

2. Méthode

Il a été proposé à chaque équipe d'IDE de choisir les moments qu'elles estimaient les plus représentatifs de leur activité et les plus techniques. A l'unanimité, elles ont choisi **le temps de la réalisation des pansements**. Cette activité peut être considérée comme technique en ce qu'elle demande la mise en œuvre de protocoles et de savoirs particuliers. Cependant, il nous semble que la technicité apparaît dans tous les aspects du travail : conduire des transmissions performantes, préparer des traitements sans erreur, réconforter un patient en souffrance, tutorer un élève infirmier, remplir le dossier informatique du patient... Il a été discuté avec les IDE le nombre de situations de travail qui pourraient être représentatif dans le cadre de l'acte technique retenu. Encore une fois, à l'unanimité, elles ont indiqué qu'une dizaine d'observations conviendrait. Ce choix est porté par le temps à mettre à disposition de l'observateur ainsi que par le peu de dérangement à occasionner auprès des patients.

Dans chaque service, dix films ont été réalisés lors de pansements différents. Ces films ont fait l'objet d'une préparation particulière : rencontre brève avec le patient pour lui expliquer pourquoi le temps de pansement allait être filmé, obtention de son accord avec signature d'un document de droit à l'image (création à cette occasion d'un « Consentement à la fixation et reproduction de l'image »), signature du même document par le professionnel observé, choix du placement dans la chambre pour avoir le meilleur angle de vue. Les patients approchés étaient pressentis par les IDE selon l'estimation qu'elles pouvaient faire de la facilité à participer du patient.

Un film a donc été réalisé pour chaque situation retenue. Certaines IDE ont été filmées plusieurs fois, leur participation étant basée sur le volontariat. Le film de chaque agent lui a été présenté dans le cadre de l'autoconfrontation simple. En suivant ces autoconfrontations, le collectif a retenu trois situations particulières qui ont été présentées dans le cadre des autoconfrontations croisées. Les cadres ont participé aux autoconfrontations croisées.

Les résultats présentés en suivant proviennent des différents entretiens tenus avec les personnels IDE lors des autoconfrontations simples ou croisées. Les remarques proposées issues des autoconfrontations seront discutées au regard des capacités convoquées dans le travail et des processus (Opportunités, Libertés, Capabilités) mis en avant dans la situation donnée.

3. Résultats

Les résultats des autoconfrontations simples et des autoconfrontations croisées sont présentés conjointement, et ce pour les deux services. A la lumière des résultats obtenus, il nous a semblé plus pertinent pour la compréhension des processus en jeu de présenter les résultats dans un même temps car nous nous sommes rendus compte qu'ils se complétaient les uns les autres.

3.1. Résultats des autoconfrontations simples et croisées en Chirurgie colorectale et pariétale

3.1.1. Les facteurs de conversion dans l'activité de l'IDE de Chirurgie colorectale et pariétale

Le processus Opportunités et le processus Liberté sont à l'œuvre dans la réalisation du travail alors qu'ils s'appuient sur différentes ressources pour voir le jour.

Les IDE mentionnent que l'éducation du patient est une étape fondamentale afin de faciliter l'apparition d'un travail de qualité à la fois pour les professionnels que pour les patients. Le travail réalisé en amont avec le patient aide à la réalisation des objectifs fixés. Pour réaliser une tâche, atteindre un objectif permet de passer du désir à la réalité, favorisant le pouvoir être ainsi que le pouvoir faire.

« 8 - Opérateur : D'accord. Et bien là, écoutez, je répondais aux questions de la patiente qui me demandait comment elle pouvait se procurer le matériel, comme ça faisait partie des... je crois du premier ou des premiers appareillages, du coup j'essaie de donner le maximum d'informations, comme du coup les patients restent peu de temps hospitalisés.

9 - Intervenant : D'accord, et ça c'est pas discuté avant l'intervention ? Pendant qu'il y a la stomie pour pouvoir les préparer ?

10 - Opérateur : Alors euh voilà, il y a des consultations préopératoires ou tous les patients n'ont pas accès forcément à ces consultations. En fonction des horaires des chirurgiens et des heures de rendez-vous vous euh... puisque nous en bas on les reçoit en préopératoire ou justement on prépare justement tout ça on donne un maximum d'informations... » (AS 1 : 8-10)

Cette étape de préparation est donc fondamentale autant pour le patient que pour les professionnels qui anticipent les réactions futures, s'appuyant sur la capacité de réalisation.

« 317 - Opérateur 2 : C'est pour ça qu'en consultation on donne un maximum d'informations on essaye voilà en fonction.

318 - Intervenant : Oui parce que ça doit être complexe quand même parce que ces opérations sont assez lourdes quand même donc le patient doit digérer son opération en plus doit apprendre à accepter sa stomie, plus le cancer.

319 - Opérateur 2 : Accepter son cancer plus la stomie. Notre chance à cause de la dame c'est qu'ils nous voient en consultation et nous retrouvent dans le service donc ils ont l'impression de pas être cloisonnés.

320 - Intervenant : Oui c'est un cheminement dans leurs soins.

321 - Opérateur 2 : Et on leur dit beaucoup de choses en consultations, on leur redit ici donc à un moment, a tout le monde a le même discours.

322 - Opérateur 3 : Exactement on va tous dans le même sens. » (AC 1 : 317-322)

Cette pratique est partagée par le collectif (AC1 – 322), qui par ailleurs précise que ce travail de préparation permet une anticipation sur la stomie, comme mentionné précédemment, mais précise que la construction de la relation au patient commence dès cette première étape. Le fait de retrouver le patient dans le service après la consultation participe à créer un lien entre le soignant et le soigné. Le pouvoir d'anticipation (sur le travail et la relation) est un facteur de conversion du travail. Il active le processus Opportunités qui, en relation avec les ressources à disposition ou construites, favorise l'élaboration d'accomplissements potentiels, qui, soutenus par le processus Liberté et la possibilité d'exercer des choix, deviendront des accomplissements réalisés dans la réalité.

L'anticipation du travail s'appuie sur un flux d'information important entre le soignant et le soigné mais également parmi les soignants.

« 12 - Opérateur : C'est vrai qu'on redit toujours et si on a le maximum d'informations le premier jour ça nous aide après pour la prise en charge.

13 - Intervenant : D'accord et comment ça vous aide ?

14 - Opérateur : Et bien comme ça dans les transmissions je mets à mes collègues et bien voilà soit prestataire plutôt que pharmacie euh...

15 - Intervenant : D'accord

16 - Opérateur : Ça nous permet d'anticiper pour faire les ordonnances pour la pharmacie puisque euh... » (AS 1 : 12-16)

La collecte d'informations renforce la qualité de la communication puisqu'elle permet de se rapprocher au mieux des besoins du patient et d'offrir ainsi une prise

en charge personnalisée efficace, en permettant aux IDE d'adapter leur travail au plus près des attentes des patients. La possibilité de collecter des informations et l'activité cognitive qui s'ensuit, constitue un facteur de conversion qui participe également à l'activation du processus Opportunité. Ces informations constituent un socle à la prise de décision, porté par la capacité de choix et renforcé par les ressources internes et externes qui conduiront finalement à élaborer des accomplissements potentiels.

Les décisions prises dans le travail des IDE de stomathérapie s'appuient sur leur expertise du travail. Elles relèvent cette expertise en mentionnant qu'elles sont autonomes dans les décisions qu'elles prennent sur le sujet, n'attendant pas un avis médical de validation.

« 21 - Intervenant : D'accord, donc l'ordonnance est faite par le médecin ou par euh le stomathérapeute...

22 - Opérateur : Euh non par l'infirmière stomathérapeute ou même les infirmières du service euh...

23 - Intervenant : D'accord elles ont...

24 - Opérateur : Voilà.

25 - Intervenant : Elles ont l'autorité pour pouvoir le faire.

26 - Opérateur : Voilà signé par un médecin, pour remplir euh ils y connaissent rien, c'est nous qui avons les livrets.

27 - Intervenant : D'accord.

28 - Opérateur : Voilà la plupart du temps c'est nous mais maintenant les filles sont formées pour euh... » (AS 1 : 21-28).

Les IDE renforcent leur connaissance du sujet en mentionnant que dans ce domaine, leur expertise est plus importante que celle du corps médical qui finalement ne manipule pas ces matériels et ne réalise pas de soins à ce sujet auprès du patient tous les jours. Cette expertise, comme elles le mentionnent, se construit à travers les soins quotidiens et l'habitude.

« 75 - Intervenant : Et comment vous faites pour faire à la fois et le soin et l'éducation ?

76 - Opérateur : Hum !!

77 - Intervenant : Comment vous faites euh...

78 - Opérateur : C'est une habitude.

79 - Intervenant : C'est une habitude ?

80 - Opérateur : C'est l'habitude de le faire, c'est notre euh... activité principale en service de chirurgie colorectale tout ce qui est appareillage colostomie. » (AS 1 : 75 – 80)

La répétition des gestes techniques et l'exercice de choix motivés (sur tel ou tel appareillage) forment l'expertise dont les agents font mention. L'expertise est un facteur de conversion dans le travail de ces IDE. La capacité de choix soutient et renforce la capacité de réalisation qui élabore des accomplissements potentiels transformés en accomplissements réalisés dans la réalité. A ce titre, l'expertise constitue donc un facteur de conversion. Les facteurs de choix du processus Liberté sont soutenus par les accomplissements attendus incorporés à l'expertise.

L'expertise des IDE est en constante évolution. Les protocoles de soins évoluent régulièrement imposant une capacité d'adaptation certaine.

« 53 - Intervenant : Donc là vous mouiller les compresses avec de l'eau du robinet.

54 - Opérateur : Oui de l'eau du robinet seulement sans savon, c'est notre politique au niveau du CHU voilà. On essaie d'avoir cette bonne ligne de conduite auprès des stomathérapeutes et de tous les soignants.

55 - Intervenant : D'accord.

56 - Opérateur : Parce qu'on s'est rendu compte que avant on disait savon de Marseille, savon de Marseille et en fin de compte ça asséché beaucoup la peau et tous les autres savons il y a du colorant, il y a du euh...

57 - Intervenant : D'accord.

58 - Opérateur : Tout ce qui est parfum.

59 - Intervenant : Et sans savon ça fait le travail quand même ?

60 - Opérateur : Oui oui, il faut juste nettoyer la peau.

61 - Intervenant : D'accord.

62 - Opérateur : Il y a moins de réactions allergiques.

63 - Intervenant : D'accord.

64 - Opérateur : Après ils ont le droit d'utiliser un savon mais c'est un savon neutre qu'on leur propose qui n'irrite pas la muqueuse. » (AS 1 : 53 – 64)

« 149 - Opérateur : Voilà au fur et à mesure c'est pareil pour la douche préopératoire on faisait toujours la Bétadine rouge, Bétadine scrub et maintenant c'est voilà...

150 - Intervenant : D'accord.

151 - Opérateur : Eau et savon doux.

152 - Intervenant : D'accord.

153 - Opérateur : Pareil les petites célio je les fais la première fois à la Bétadine et dès la prochaine réfection de pansement et laisser à l'air euh elle l'aura nettoyé au savon. » (AS 1 : 149 – 153)

Même s'il semble être imposé par l'Institution, le protocole est accepté par les IDE, transformant leur travail, peut-être même leurs représentations mais elles font preuve d'une certaine capacité à évoluer. Cette capacité s'appuie sur les opportunités présentes dans le travail au niveau du processus Opportunités. Elles sont constituées, dans ce cas-là, des changements possibles de protocoles. La capacité à évoluer et faire évoluer ses pratiques, c'est-à-dire- à mener une activité réflexive sur ses propres pratiques, constitue un facteur de conversion important pour construire des accomplissements potentiels. Sans cette capacité, le travailleur resterait figé dans ses pratiques.

Le changement des protocoles amène parfois le patient à plus d'autonomie. Si la pratique professionnelle des IDE les poussent à de nouvelles actions dans le travail, cela peut amener le patient à revoir sa propre posture.

« 90 - Opérateur : Après je reprends toujours le soin, j'explique, je remontre enfin voilà. Le but c'est d'autonomiser au maximum le patient.

91 - Intervenant : Oui, oui.

92 - Opérateur : Voilà même si il y en a certains qui ont des infirmières à domicile, le but c'est d'éduquer le patient afin de palier euh le jour il y a une fuite pour qu'il puisse faire le soin euh...

93 - Intervenant : Et là vous pensez que cette dame, qui a un certain âge, sera assez autonome sur sa stomie.

94 - Opérateur : Je pense, elle était motivée, elle euh posait des questions, je pense qu'au début après je l'ai pas pris en charge puisque, je l'ai prise en charge que le lendemain mais je pense qu'elle était très motivée et qu'elle posait pas mal de questions même quand vous étiez pas là elle avait enlevé la sonde et me posait déjà des questions aussi euh... » (AS1 : 90 – 94)

L'éducation du patient est un objectif que se fixent les professionnelles afin de l'accompagner dans son autonomisation. L'accompagnement choisit par les IDE consiste à faire avec le patient et non à la place du patient. La place et le rôle de chacun dans cette situation de travail semble déterminant pour définir si le travail est bien fait ou non. Arriver à autonomiser le patient témoigne d'un savoir-faire de l'IDE dans l'accompagnement aux soins de l'IDE. La qualité de la relation entre le soignant et le soigné est un facteur de conversion qui s'appuie sur une ressource externe à l'IDE qui consiste en l'engagement et la motivation du patient à ses propres soins.

L'autonomisation du patient accompagne également l'aide que l'IDE peut demander au patient pendant la réalisation d'un soin. Cette aide apparaît indispensable pour que le soin puisse être considéré de qualité.

« 165 - Opérateur : Alors pourquoi avoir enlevé l'absorbex avant la fin du soin, c'est une question (rire)...

166 - Opérateur : Alors je demande aussi à la patiente de m'aider aussi à tenir le ventre parce que dans les plis, c'est important de devoir désinfecter.

167 - Intervenant : Oui, oui.

168 - Opérateur : Et bien sécher après pour éviter la macération. Parce que c'est souvent dans ces plis ou dans ces endroits là où ça peut compliquer avec la macération, problème de cicatrisation. » (AS 1 : 165 – 168)

L'aide du patient pendant le soin se pose à l'origine des accomplissements potentiels dans le travail. Sans cette aide basée sur une forte relation de confiance entre l'IDE et son patient, le soin ne pourrait être réalisé convenablement. Cette aide du patient se traduit également par la participation du patient dans le soin. Au-delà de l'aide que cela peut représenter pour l'IDE, le patient s'aide lui-même en assurant la conscientisation de son soin et sa future autonomisation. Par ce que le professionnel observe du patient pendant le soin, l'état d'acceptation et de participation peut être évalué. Il s'agit d'un indicateur important pour le soignant.

« 5 - Opérateur 2 : Le patient regarde, c'est déjà bien.

6 - Intervenant : Ah oui pourquoi c'est bien ?

7 - Opérateur 2 : Parce que ça veut dire qu'il est déjà prêt à savoir ce qu'il lui arrive, il se sent concerné par ce qu'il lui arrive.

8 - Opérateur 3 : Il accepte son soin.

9 - Intervenant : et ce n'est pas toujours le cas ?

10 - Opérateur 2 : Non pas forcément. Il peut accepter mais s'intéresser. Ils sont souvent comme ça !

11 - Intervenant : Ah oui tête en l'air,

12 - Opérateur 2 : Regarder le plafond.

13 - Intervenant : Hum !

- 14 - Opérateur 2 : Comme la jeune fille que je vous parlais ce matin, elle avait les yeux fermés, ou alors quelque chose, ils prennent leur chemise d'opéré et la mettent devant les yeux.
- 15 - Intervenant : Ah oui carrément !
- 16 - Opérateur 2 : Oui !
- 17 - Intervenant : Régulièrement ça ou c'est...
- 18 - Opérateur 2 : Ben oui, oui. Ça dépend des patients.
- 19 - Intervenant : Ça dépend des patients. Et alors le fait qu'il regarde pour vous ça ça un sens ?
- 20 - Opérateur 2 : Ça un sens qu'on va pouvoir lui proposer de manipuler de, soit décoller soit mettre en place l'appareillage, soit aujourd'hui, soit la prochaine fois. » (AC 1 : 5 – 20)

L'attitude du patient peut également en dire beaucoup sur son désir de rentrer en contact ou non avec les soignants.

- « 291 - Opérateur 1 : Je ne sais pas comment vous l'expliquer. On se trompe des fois mais en général dès qu'on rentre les patients on, tu te sens accueilli ou pas dans la chambre.
- 292 - Opérateur 3 : C'est comme partout, vos débarquez là tout le monde se tait et baisse les yeux, vous savez que vous n'êtes pas super bienvenue dans la pièce et là c'est un peu l'idée.
- 293 - Intervenant : Bon et comment on est bien accueilli par les patients alors ?
- 294 - Opérateur 3 : Un patient qui communique déjà quand il parle qui...
- 295 - Opérateur 5 : Souriant, pas dit ça ça ne veut rien dire, la communication c'est beaucoup voilà.
- 296 - Opérateur 3 : Ne serait-ce que parler, répondre aux questions autrement que par oui avoir des vraies phrases s'il nous répond par de vraies phrases y a quelques choses à faire.
- 297 - Opérateur 2 : Prévention...
- 298 - Opérateur 4 : Comme moi l'autre jour je lui dis mets ton walkman. Il ose lui demander quelque chose enfin, il se permet de lui dire qu'il aimerait être installé comme ça que comme ça et un patient qui rentre pas en confiance il va dire « oui, oui très bien merci beaucoup, casse toi », il va pas lui demander plus de détails. » (AC 1 : 291 – 298)

Les réactions du patient indiquent comment celui-ci accepte son nouvel état. La relation de confiance se définit alors comme un facteur de conversion nécessaire dans le travail. Si elle n'existe pas, l'IDE renonce à des accomplissements potentiels envisagés selon ses critères de qualité pour laisser place à des accomplissements potentiels dévalorisés du point de vue de l'IDE. Les accomplissements réalisés dans la réalité seront alors aussi en-dessous des critères de qualité élaborés par l'agent et son collectif.

Dans l'activité de l'IDE, l'aide des collègues joue un rôle tout aussi important que l'aide du patient. Effectivement, lors de sa prise de poste, selon, l'occupation du service, l'IDE peut faire face à une somme de travail qui lui semble difficile à gérer toute seule, comme en témoigne l'échange suivant.

- « 178 - Opérateur : Parce que des fois on a 12 pansements à la suite euh...
- 179 - Opérateur : Oui ça peut arriver ?
- 180 - Intervenant : 12 pansements ?
- 181 - Opérateur : Oui.
- 182 - Opérateur : Ça peut arriver (rire).
- 183 - Intervenant : Vous faites comment à ce moment-là ?
- 184 - Opérateur : Et bien heureusement quand c'est en semaine on a l'infirmière de J.

185 - Intervenant : D'accord.

186 - Opérateur : Sinon on...

187 - Intervenant : Vous divisez en deux et puis euh...

188 - Opérateur : Alors on divise en deux et on s'organise en mettant une petite feuille où on marque tous les pansements, voilà elle aide des deux côtés et ça aide énormément, ça aide énormément ou alors vraiment dans ces cas-là où le week-end, on privilégie de faire les pansements qui faut vraiment refaire ou les pansements tachés ou pansement méchés. » (AS 1 : 178 – 188)

Face à la somme de travail, l'IDE compte sur l'aide l'infirmière de J avec qui elle partage un outil intermédiaire : la feuille avec la liste des pansements à réaliser. Dans cette situation, la capacité de réalisation repose fortement sur un facteur de conversion qui réside dans l'aide mobilisable auprès des collègues. Cette aide permet de créer des accomplissements potentiels et de les faire évoluer vers des accomplissements réalisés, c'est-à-dire de réaliser l'ensemble des pansements pour l'ensemble des patients. Sans ce facteur de conversion, l'IDE serait en situation de débordement et le travail pourrait alors porter atteinte à sa santé.

La demande d'aide à une collègue se manifeste également dans des tâches plus courantes et moins techniques mais qui pourtant peuvent être risquées en termes d'atteinte à la santé.

« 317 - Intervenant : Donc là vous mobilisez la patiente pour la mettre au fauteuil c'est ça ?

318 - Opérateur : Oui.

319 - Intervenant : Et là c'est quelque chose que vous pouvez faire toute seule, vous n'avez pas besoin d'aide ?

320 - Opérateur : Non.

321 - Intervenant : Non ?

322 - Opérateur : Non, non, non sinon j'aurais appelé une collègue, je ne me mets pas en danger et je ne mettrais pas en danger la patiente.

323 - Intervenant : D'accord.

324 - Opérateur : Si j'avais un souci pour lever un patient, j'appellerais toujours. » (AS 1 : 317 – 324)

L'appel à la capacité de choix dans cette situation favorise la réalisation du travail en permettant à l'IDE de faire appel à une ressource externe.

L'aide reçue par les collègues ne suffit pas à elle seule pour réaliser un travail reconnu de qualité. Pouvoir prioriser les soins se pose comme une nécessité dans la réalisation du travail.

« 208 - Opérateur : Oui voilà de privilégier quel soin est la priorité après voilà.

209 - Intervenant : Oui voilà.

210 - Opérateur : Je ne bâclerai pas un soin, c'est toujours ce que j'ai dit à ma cadre de santé, soit je fais, soit je fais pas ?

211 - Intervenant : On peut bâcler un soin ?

212 - Opérateur : Ah il y en a sûrement.

213 - Intervenant : (rire).

214 - Opérateur : Moi je ne sais pas faire (rire).

- 215 - Intervenant : (rire).
 216 - Opérateur : Je ne sais pas faire c'est mon gros problème (rire).
 217 - Intervenant : Est-ce-que c'est un problème ?
 218 - Opérateur : Non pas pour moi. » (AS 1 : 208 – 218)

L'agent laisse sous-entendre que ne pas pouvoir prioriser soi-même les soins pourrait amener à un travail de mauvaise qualité. Les accomplissements réalisés sont portés, dans ce cas, par des accomplissements potentiels bâtis sur l'expression de la capacité de choix. Cette possibilité de choisir l'ordre du travail se positionne ici comme un facteur de conversion incontournable pour que le travail soit une « belle » réalisation. Elle pose également l'importance de l'autonomie de l'opérateur comme condition sine qua non d'un travail bien fait et d'une conscience professionnelle affirmée.

La liberté de prioriser, de choisir se traduit à certains moments par la possibilité de transgresser des règles dans le travail. Sur des protocoles, les agents peuvent choisir le déroulé de celui-ci en remettant en question des règles de base.

- « 56 - Opérateur 1 : Faute d'hygiène.
 57 - Intervenant : A laquelle ?
 58 - Opérateur 1 : D'avoir trempé le produit.
 59 - Opérateur 2 : Les gants quand on attrape le stylo ou les ciseaux...
 60 - Opérateur 1 : Voilà, en fait il faut tout désinfecter quoi oui mais après.
 61 - Intervenant : D'accord. Mais pourquoi on fait comme ça ?
 62 - Opérateur 2 : Hein ?
 63 - Intervenant : Pourquoi on fait ça comme ça ?
 64 - Opérateur 3 : Pour gagner du temps, parce qu'il faudrait enlever les gants, mettre du gel hydroalcoolique, attraper le stylo.
 65 - Intervenant : D'accord.
 66 - Opérateur 3 : Remettre les gants.
 67 - Opérateur 2 : Se relaver les mains, remettre les gants...
 68 - Opérateur 3 : Non faudrait déjà que ton stylo et tes ciseaux soient sortis sur ton chariot.
 69 - Opérateur 2 : Non faudrait limite pas que tu les utilises avec tes gants sales.
 70 - Opérateur 3 : Ne faudrait surtout pas utiliser le stylo, faudra les désinfecter avant de rentrer dans la...
 71 - Opérateur 4 : Même désinfecter là la mine est contaminée donc tu n'as même pas à utiliser ton marqueur pour des soins si tu vas jusqu'au bout c'est... » (AC 1 : 56 – 71)

La dialogue entre les IDE qui s'est instauré autour d'une faute d'hygiène montre la connaissance par chacune des règles d'hygiène strictes à appliquer lors du soin. Cependant, l'une des collègues justifie ce choix en expliquant que la transgression de cette règle repose sur la recherche de gain de temps. Pour que les accomplissements réalisés puissent apparaître finalement dans la réalité, les accomplissements potentiels reposent sur la liberté de choix des modes opératoires sélectionnés par les professionnelles. Cette liberté de choix constitue à la fois une capacité mais aussi un facteur de conversion dans le travail.

La liberté de choix se manifeste par ailleurs dans le choix des techniques et des instruments associés à cette technique. L'exemple suivant montre que chaque

professionnelle, se reposant sur son expérience, ses apprentissages bâtit son activité en choisissant son propre mode opératoire. Aucun matériel adapté n'est prévu pour ce soin particulier, alors les IDE, comme elles en témoignent, ont inventé leur mode de fonctionnement.

« 146 - Opérateur 5 : Non mais. D'accord. Non parce que oui du coup les irrigations, les irrigations par corticoïde par la sigmoïde. Oui. D'accord ok. Et après il partait.

147 - Intervenant : On peut faire différemment ?

148 - Opérateur 3 : Moi perso je ne fais jamais pareil ! Moi je avec une sonde de Foley. Je fais j'y vais souvent avec la sonde de gavage et l'embout et le col. Foley ou gavage.

149 - Opérateur 4 : Je fais Foley souvent.

150 - Opérateur 3 : Moi gavage.

151 - Intervenant : Vous c'était quoi ?

152 - Opérateur 5 : un cathé !

153 - Intervenant : Un quoi pardon ?

154 - Opérateur 5 : La seringue de gavage, tu l'intègres directement dans la sto ?

155 - Opérateur 1 : Oui c'est assez rigide c'est pour ça. Comme pour les perfusions.

156 - Intervenant : Ah oui d'accord

157 - Opérateur 2 : Bon après, moi je ne le ferai pas dans avec une sonde de gavage par rapport à la rigidité, j'aurais peur de lui faire mal. D'accord.

158 - Opérateur 5 : Parce que la sonde tu la lubrifies un peu.

159 - Opérateur 1 : Pas chez tout le monde.

160 - Intervenant : Est-ce que vous avez un protocole sur cette ?

161 - Opérateur 1 : Non. » (AC 1 : 156 – 161)

La capacité de choix est à la source même de cette réalisation. Elle est renforcée par la capacité de réalisation en ce que les IDE peuvent inventer leur propre solution. Le processus Opportunités et le processus Liberté étayent le processus Capabilités pour que chaque situation puisse être analysée et revue en s'appuyant sur les capacités passées. Le facteur de conversion à l'œuvre dans cette situation consiste à la possibilité de créer, d'élaborer des modes opératoires efficaces.

Même si chacune est libre de mettre en place le mode opératoire qu'elle estime être le plus adapté, certaines règles de fonctionnement collectif semblent prendre le dessus.

« 180 - Opérateur 2 : Des fois tu peux même plus faire les irrigues. Tu avais l'opercule tout riquiqui et la sigmoïde...

181 - Intervenant : Alors justement quand on peut plus comment on fait ?

182 - Opérateur 5 : On fait plus, on fait plus.

183 - Opérateur 3 : Par en bas, par voies basses. C'est le segment qui est relié par la voie basse.

184 - Intervenant : D'accord.

185 - Opérateur 5 : Donc là... C'est une Foley. On est toutes d'accord, j'espère. » (AC 1 : 180 – 185)

Le renforcement de l'opérateur 5 dans l'exemple ci-dessus, en insistant avec « j'espère », indique que la liberté de style de chacune des soignantes participant à cette discussion doit être soumise à une règle inchangeable dans une situation précise impliquant obligatoirement l'utilisation d'une sonde de Foley. La capacité à élaborer

des modes opératoires efficaces, individuellement, s'efface devant la nécessité de respecter une règle irréfutable.

Pour arriver à déployer des modes opératoires homogènes entre chaque opérateur, les critères de qualité doivent être partagés par l'ensemble du collectif comme mentionné précédemment. Par exemple, les IDE se sont mises d'accord en ce qui concerne les éléments constitutifs d'une stomie « bien posée ». Le dialogue suivant témoigne de ces critères partagés par l'ensemble des IDE.

« 130 - Intervenant : Donc pour avoir un bon résultat, c'est quoi, c'est quoi une stomie bien posée, une poche bien posée c'est quoi ? Vos critères de qualité, de performance ?

131 - Opérateur 3 : Qui colle pendant un temps sans qu'il y ait de fuite, il faut que la gomme soit à un maximum 2 millimètres de la marge de la stomie, 3 millimètres c'est mieux ça paraît tout petit mais en fait c'est énorme en visuel.

132 - Intervenant : D'accord.

133 - Opérateur 2 : Une peau saine garder une peau saine en-dessous.

134 - Intervenant : Une peau saine en dessous d'accord et éviter les fuites pour le confort du patient

135 - Opérateur 5 : C'est le nerf de la guerre si la peau péristomiale est... Essayer de garder la peau autour de la stomie ça va déterminer les fuites, ça va déterminer sa qualité de vie, ça va déterminer, ça va tout déterminer en fait la confiance au niveau psychologique tout. » (AC 1 : 130 – 135)

Les enjeux liés à une peau de bonne qualité sous la stomie sont fondamentaux pour le patient (son confort, son acceptation) mais aussi pour le soignant qui se situe à la source du confort et de l'acceptation de la stomie par le patient. Les critères de qualité partagés répondent de la capacité de réalisation et peuvent être considérés comme des critères de conversion importants dans la mise en œuvre du processus Opportunités.

Les résultats des autoconfrontations en Chirurgie colorectale et pariétale montrent une mobilisation de la capacité de réalisation et de la capacité de choix dans l'activité de travail. Ces capacités couplées aux ressources participent, avec la dynamique produite par les facteurs de conversion, à mettre en œuvre des accomplissements potentiels qui deviendront par la suite, des accomplissements réalisés.

3.1.2. Synthèse

Les éléments étudiés à la faveur des autoconfrontations font ressortir que le processus Opportunités met en avant la relation entre le traitement des ressources et la construction des accomplissements potentiels. Cette construction s'appuie sur la capacité de réalisation, c'est-à-dire la capacité de cheminer d'une tâche attendue à une réalisation ainsi que sur la capacité de choix.

C'est dans la conversion de la tâche attendue à sa réalisation que toute la complexité apparaît et que les facteurs de conversion vont être déterminants.

Le tableau 35 reprend les facteurs de conversion identifiés lors des autoconfrontations.

Tableau 35. Facteurs de conversion identifiés en Chirurgie colorectale et pariétale.

Facteurs de conversion

- . Pouvoir d'anticipation du travail
- . Possibilité de collecter des informations pour l'aide à la décision
- . L'expertise dans le travail
- . Capacité à faire évoluer ses pratiques professionnelles
- . Qualité de la relation de confiance entre soignant et soigné
- . Soutien des collègues
- . Possibilité d'effectuer des choix
- . Possibilité d'élaborer des modes opératoires
- . Adhésion et respect des règles de métier et des critères de qualité du travail

3.2. Résultats des autoconfrontations simples et croisées en Chirurgie hépatobiliaire et transplantations hépatiques

3.2.1. Les facteurs de conversion dans l'activité de l'IDE de Chirurgie hépatobiliaire et transplantations hépatiques

Comme pour le service de Chirurgie colorectale et pariétale, le processus Opportunités et le processus Liberté sont à l'œuvre dans la réalisation du travail et s'appuient sur différentes ressources pour leur mise en œuvre.

L'utilisation du matériel de mobilisation du patient, et en particulier la commande électrique des lits des patients, contribue à travailler en toute sécurité. L'IDE interrogée (AS 2 : 6 - 10) indique que cette pratique lui permet d'assurer son intégrité physique mais qu'en plus, elle s'est fixée, elle-même, la mission d'éduquer ses jeunes collègues à cette pratique. Il semblerait qu'elles ne prennent pas toujours le temps d'utiliser la commande électrique des lits, prenant des postures pathogènes pour leur dos et leurs épaules notamment.

« 6 - Opérateur : Donc du coup je préviens le patient qu'on s'installe donc monter la hauteur du lit.

7 - Intervenant: d'accord ça vous le faites systématiquement ?

8 - Opérateur : Oui.

9 - Intervenant : Oui, pourquoi vous le faites ?

10 - Opérateur : Parce que quand j'étais jeune infirmière, je ne le faisais pas et que j'ai très mal au dos aujourd'hui et que je me bats pour que les jeunes infirmières le fassent. » (AS 2 : 6 – 10)

La possibilité d'utiliser du matériel fonctionnant représente un des facteurs de conversion les plus importants relatifs à la préservation de la santé physique. Les interventions nombreuses tout au long de la journée imposent aux IDE de se positionner correctement vis-à-vis du patient. La posture en elle-même n'empêche pas la réalisation du travail mais elle a un coût en termes de santé physique. La commande électrique, qui constitue une ressource externe, renforce le processus Opportunités en proposant un accomplissement potentiel qui préservera la santé de l'IDE lorsqu'il deviendra un accomplissement réalisé.

« 3 - Intervenant : Donc ce positionnement vous le faites systématiquement ?

4 – Opérateur 1 : De monter le lit ? oui euh Ben comme je vous le disais la dernière fois, pour les longs soins oui après mais il y a des fois si c'est juste pour enlever un cathéter, j'avoue des fois entre les soins je baisse pas tout le temps, soit je m'accroupie. » (AC2 : 3 – 4)

Parfois, par économie supposée de temps, l'IDE ne prend pas le temps d'utiliser la commande électrique du lit.

Lorsque l'IDE prévient le patient qu'elle mobilise le lit, cela participe à diminuer l'anxiété que le patient peut ressentir en voyant la professionnelle conduire des

actions à ses côtés, le concernant. Le passage suivant relate cette attention portée sur les explications à donner au patient.

« 20 - Opérateur : C'est vrai qu'aujourd'hui je fais très attention à ça.

21 - Intervenant : D'accord et pourquoi vous l'expliquez au patient justement?

22 - Opérateur : Pour pas qu'il soit inquiet en fait parce que des fois on va par exemple parce que là je faisais un soin sur le côté droit du patient pour être plus à l'aise moi pour faire le soin, je préviens le patient que je vais décaler le lit pour pas qu'il ait peur comme il faut le rassurer euh...

23 - Intervenant : D'accord.

24 - Opérateur : Lui expliquer ce que je fais. » (AS 2 : 20 – 24)

Les explications données au patient participent à la construction des relations de confiance entre soignant et soigné. Il s'agit d'un facteur de conversion des plus importants autant pour l'IDE pour le patient. Pour le patient, il s'agit d'être rassuré et de ne pas avoir de crainte sur le soin qui va lui être prodigué. Mais aussi plus tard, de pouvoir échanger avec son IDE sans retenue sur ses difficultés. Pour l'IDE, il s'agit d'établir un climat qui va faciliter le soin. Elle pourra, grâce à la confiance, demander la participation du patient si besoin. Cette confiance participe au développement d'un processus Opportunités qui introduit les accomplissements potentiels puis les accomplissements réalisés.

L'extrait suivant montre également que toute l'activité déployée par l'IDE peut être source d'inquiétude pour le patient. Le patient voit l'IDE préparer du matériel, parfois inconnu, à son attention.

« 68 - Opérateur : Oui c'est important. Du coup je suis en train d'ouvrir mon champ stérile, je prépare tout mon matériel alors ça pareil ça peut être quelque chose d'anxiogène pour le patient parce qu'il me voit sortir plein chose, il y a plein de bruit euh donc le rassurer donc lui dire toujours ce que je fais euh. Donc voilà le patient là il est confortable il se repose. » (AC2 : 68)

L'IDE indique finalement qu'elle identifie que son patient ne ressent plus d'angoisse car « il se repose ». La relation de confiance apparaît à nouveau ici comme un facteur de conversion permettant la réalisation du travail dans la réalité.

Comme en témoigne l'extrait suivant, expliquer au patient est une pratique partagée par le collectif érigée comme règle de métier.

« 6 – Opérateur 1 : Ouais j'explique le soin aux patients.

7 - Intervenant : D'accord alors c'est-ce que c'est quelque chose que vous faites systématiquement toutes ?

8 – Opérateur 1 : Moi oui.

9 – Opérateur 2 : De l'expliquer ? Oui ! Ah oui !

10 - Intervenant : Pourquoi c'est important d'expliquer pour vous ?

11 – Opérateur 1 : Bah déjà d'expliquer ce qu'on fait au patient quand même on lui prodigue des soins à lui pour le rassurer et lui expliquer pourquoi on met tout ça en œuvre. Déjà le mettre à plat alors que

c'est pas des positions confortables et l'installer au mieux pour le soin aussi, pour qu'il soit plus rassurée, plus compliant.

12 – Opérateur 2 : Il participe à ça aussi.

13 – Intervenant 1 : Pour participer, donc c'est une aide c'est une ressource.

14 – Opérateur 2 : C'est une confiance aussi pour les rassurer aussi comme ils ne connaissent pas des fois, ils s'imaginent peut-être des choses extraordinaires, ablation de la péridurale ça leur paraît...

15 - Intervenant : D'accord

16 - Opérateur 2 : Surtout je pense qu'il voit à la pose la taille de l'aiguille et souvent du coup ils se disent 'mais est-ce que ça va faire mal' ou et 'je pense que ça va être très très long et que ça va être ça va peut-être faire aussi mal qu'à la pose' et finalement donc là.

17 - Intervenant : Il y a le fait de rassurer les patients pour gérer ses angoisses et vous parlez de compliance tout à l'heure c'est-à-dire pour faire que le patient vous aide dans le soin c'est ça l'idée ?

18 – Opérateur 1 : Exactement et qu'il soit plus détendu oui voilà voilà ça se passe au mieux quoi.

19 - Opérateur 2 : Parce que quand on lui fait un soin sans lui expliquer ou le prévenir c'est pas vécu comme une agression mais des fois ça leur paraît un peu brutal. » (AC 2 : 6 – 19)

Le collectif partage l'importance de se mettre à la portée du patient et de le rassurer sur toutes les actions qui le concerne. Peu de ressources sont à disposition dans cette situation. La relation de confiance apparaît comme un construit direct entre le soignant et le soigné. C'est cette relation qui pourra par la suite devenir ressource pour la professionnelle.

La relation avec le patient passe également par le temps que l'IDE passe avec lui. Même si parfois, le temps à passer avec le patient paraît réduit compte tenu de la charge, l'IDE fait le choix de prendre son temps pour répondre au besoin de lien social, exprimé ou non, du patient. L'extrait suivant présente ce désir de rester le plus longtemps possible auprès du patient et tout le schéma cognitif que met en place l'IDE pour prendre sa décision.

« 56 - Opérateur : Tout à fait. Alors là une fois terminé j'enlève mes gants, je me relave les mains, je discute toujours avec le patient.

57 - Intervenant : Et pourquoi vous discutez toujours comme ça avec le patient ?

58 - Opérateur : Euh le relationnel, c'est hyper important.

59 - Intervenant : Ah oui d'accord.

60 - Opérateur : Enfin je sais que je peux être un peu longue dans les soins parce que je discute de tout et de rien des fois je partage ma vie privée (rire).

61 - Intervenant : (rire).

62 - Opérateur : Je devrais pas mais bon il y a certains patient qui n'ont pas de visites parfois et on a un peu là euh pas la famille euh mais ils ne voient que nous.

63 - Intervenant : Oui, oui.

64 - Opérateur : Du coup c'est hyper important.

65 - Intervenant : Donc ok.

66 - Opérateur : Je me mettrai à leur place quand j'aurais 70-80 ans j'aimerais bien que mon infirmière puisse prendre le temps de discuter avec moi. » (AS 2 : 56-66)

L'IDE dit « se mettre à la place » des patients âgés qui ne reçoivent pas de visites suite à des chirurgies importantes. Cette projection à la place du patient la pousse à décider de se mettre en difficulté quant à la gestion du temps, pensant alors faire ce

qu'elle peut qualifier de bon travail. Cette possibilité de faire de tels choix est un facteur de conversion important car il participe à créer des accomplissements potentiels qui se réalisent en suivant dans la réalité.

Comme en Chirurgie colorectale et pariétale, faire participer le patient à ses soins semble important pour les IDE. La participation du patient dans ses soins l'engage dans sa propre guérison et l'aidant aussi à s'autonomiser. Même si le fait de faire participer le patient dans le soin repose sur une évaluation tout à fait personnelle de la situation (« Je trouve ça bien », AC 2 :128), cette pratique semble être installée dans le service.

« 122 - Opérateur : Donc là je fais participer mon patient (rire), en lui demandant de euh de monter la hauteur du lit.

123 - Intervenant : Et pourquoi vous le faites participer là ?

124 - Opérateur : Enfin je trouve ça important de les faire participer pour les soins euh pour l'autonomie euh etc.

125 - Intervenant : D'accord. Donc vous l'utilisez comme une ressource dans le travail.

126 - Opérateur : Bien oui par exemple quand je veux enlever une perfusion est-ce-que vous pouvez me tenir la perfusion enfin euh.

127 - Intervenant : D'accord.

128 - Opérateur : Enfin moi je trouve ça bien de faire participer les patients pendant leurs soins. » (AC 2 : 122 – 128)

Arriver à faire participer le patient repose sur une qualité relationnelle importante entre le patient et l'IDE. Le patient doit accorder une confiance sans faille à celle qui réclame son aide. Cette qualité relationnelle peut être considérée comme facteur de conversion dans la situation de travail. C'est cette relation qui va transformer les ressources utilisées en accomplissements potentiels.

Le fait de passer du temps avec le patient relève du choix personnel mais c'est une règle de métier partagée par le collectif. L'extrait suivant fait référence au fait d'utiliser différentes ressources pour pouvoir rester auprès du patient.

« 42 – Opérateur 2 : C'est un peu ça oui c'est un moment d'échanges tout ça oui c'est un peu bête c'est comme quand les facteurs vont voir les petits vieux et tout ça prendre des nouvelles ben là y en a certains c'est un peu pareil donc quand c'est trop court bon ils sont contents mais ils sont un peu frustrés aussi parce que finalement c'était ils auraient aimé que ça dure un peu plus quoi.

43 - Intervenant : Et est-ce que parfois vous trouvez des moyens pour que ça dure un peu plus justement ?

44 – Opérateur 1 : Ben on reste.

45 - Opérateur 3 : Ben à part utiliser le temps des soins voilà pour après on a pas de moyens. Après on pèse aussi en fonction du contexte. Si c'est vraiment quelqu'un qui est pas bien et qui a besoin on va rester plus, on prendra le temps et le reste on fera.

46 - Opérateur 2 : Si ce qui a derrière peut-être décalé. Oui on priorise.

47 - Intervenant : Et est-ce que vous pouvez justement demander l'aide d'une collègue parce que vous avez vraiment besoin de passer du temps avec le patient et lui dire ben est ce que tu peux prendre la suite ou ben c'est difficile.

48 - Opérateur 2 : C'est difficilement prévisible.

49 - Opérateur 1 : Ben on n'a pas besoin d'en parler C'est fait si on voit que la collègue sort pas de la chambre on prend.

50 - Opérateur 2 : On continue on a un tableau avec les soins oui on se note donc au moins on coche et on va au soin. » (AC 2 : 42 – 50)

Les professionnelles s'appuient sur la compréhension de leurs collègues qui prennent le travail à faire si elles ne voient pas leur collègue en soin ressortir de la chambre. Aussi, elles consultent le tableau de soins pour assurer le suivi de ce qui est fait et ce qu'il reste à faire. Ainsi, les collègues qui restent auprès des patients sont dans la capacité d'élaborer un choix grâce à un environnement favorisant, en particulier : le collectif de collègues qui se positionne en soutien. La possibilité de choisir constitue un facteur de conversion incontournable dans cette situation précise. Le choix se bâtit selon l'exploitation des ressources qui est opérée après les avoir identifiées, alimentant les accomplissements potentiels puis réalisés. Un facteur de conversion présent également et facilitant cette situation de travail consiste dans le soutien des collègues.

Cette possibilité d'émettre un choix se constate dans le déroulement des soins courant avec l'utilisation des gants par exemple. Lors d'un mode opératoire, repris en suivant, une IDE indique qu'elle a le choix entre utiliser des gants ou travailler avec une pince.

« 262 - Opérateur : Et bien là dans mon cas je n'avais pas l'utilité j'avais des gants stériles.

263 - Intervenant : Et vous êtes plus à l'aise avec les gants ou avec les pinces ?

264 - Opérateur : Moi personnellement avec les gants.

265 - Intervenant : Avec les gants d'accord.

266 - Opérateur : Oui.

267 - Intervenant : Il y a plus de dextérité du coup ?

268 - Opérateur : Personnellement moi je trouve que j'ai plus de dextérité. Bon après je sais utiliser les pinces il n'y a pas de soucis. » (AC 2 : 262 – 268)

Ce choix dans la réalisation du travail repose également sur la liberté de choisir le mode opératoire qui convient le mieux à l'agent. Ainsi, la capacité de choix nourrit la capacité de réalisation, le facteur de conversion « possibilité de faire des choix » portant les accomplissements potentiels.

Cette possibilité de faire des choix se rencontre également lorsque l'IDE réalise plusieurs tâches en même temps comme par exemple changer une perfusion tout en discutant avec le patient. Comme en rend compte l'extrait suivant, l'IDE qui s'engage dans une forme de multi-activité doit se reposer sur son expertise.

« 52 - Intervenant : Donc là multi activités, vous êtes en train de changer la perf, en train de poser des questions sur les douleurs qu'il a signalées.

53 - Opérateur 1 : J'enlève la perf ouais tout à fait. Surtout qu'en plus je lui enlève quelque chose qui est justement contre la douleur pour diminuer les douleurs aussi donc...

- 54 - Intervenant : D'accord voilà ok.
- 55 - Opérateur 4 : C'est une femme monsieur L'hospital, elle peut faire plusieurs choses, parce qu'elle a le téléphone et la sonnette je n'ai dit qu'une vérité.
- 56 - Intervenant : Je ne remets pas en cause vos aptitudes en tant que femme mais c'est juste être concentré sur une tâche un peu technique et en même temps poser...
- 57 - Opérateur 1 : Ben on est habitué je pense essayer enfin...
- 58 - Intervenant : Chercher des informations pour poser un diagnostic.
- 59 - Opérateur 1 : On est obligé vous êtes obligé et puis ça vient presque tous seul mais ça c'est naturel ouais je sais pas quoi.
- 60 - Intervenant : Oui d'ailleurs vous l'apprenez comment ça ?
- 61 - Opérateur 1 : Ça s'apprend sur le tas c'est optimiser le temps, passer le peu de temps qu'on a avec eux, on a des réflexes en fait du coup ça s'impose, donc vous faites sans réfléchir finalement.
- 62 - Opérateur 3 : Oui ah oui, c'est naturel, c'est des automatismes.
- 63 - Opérateur 2 : On sait que sur un temps donné faut gérer le soin mais en même temps les questions qu'on a à lui poser, évaluer tout le relationnel voilà. » (AC 2 : 52 – 63)

Dans cette situation, l'habitude et la répétition conduisent à une expertise convoquée dès que nécessaire dans le travail. L'expertise apparaît ici comme un véritable facteur de conversion, libérant de l'action dans l'activité. Le facteur de conversion s'appuie également par ailleurs sur les ressources internes (capacité de concentration) et les ressources externes (participation du patient) pour construire des accomplissements potentiels puis réalisés grâce au processus Liberté qui soutient les choix effectués ainsi que les accomplissements attendus par l'IDE.

Pour finir, et conjointement à la multi-activité, les interruptions de tâches qui sont très régulièrement considérées comme négatives, sont perçues par ce collectif comme des ressources aidantes dans le travail. L'extrait suivant présente cette considération des interruptions.

- « 162 - Intervenant : Donc ça c'était une interruption ?
- 163 - Opérateur 1 : Hum oui.
- 164 - Intervenant : Oui, vous le vivez comme ça ou... ?
- 165 - Opérateur 1 : Ah non pas du tout ! Non ! Non, non, c'est habituel enfin. C'est normal en fait ! Puis elle a toqué quand même enfin je veux dire ! Non mais c'est vrai.
- 166 - Opérateur 2 : Je veux dire on n'est pas rentrés comme ça dans la chambre.
- 167 - Opérateur 4 : L'interruption là elle est vécue comme une aide parce qu'elle vient demander ce qui vous reste.
- 168 - Opérateur 1 : Oui et puis c'est habituel. Oui c'est habituel ! On est tout le temps sollicitées. » (AC 2 : 162 – 168)

L'interruption est ici réclamée comme une aide à l'organisation du travail. Elle n'est pas du tout perçue comme entrave à l'activité mais plutôt comme venant nourrir cette dernière. Cette situation témoigne de la capacité, pour les IDE, à s'adapter aux circonstances du travail et à réélaborer leur travail au regard des interruptions. Le facteur de conversion, dans le cas présent, réside dans cette capacité d'adaptation qui sert le processus Opportunité.

3.2.2. Synthèse

Comme en Chirurgie colorectale et pariétale, les éléments étudiés à la faveur des autoconfrontations font ressortir que le processus Opportunités met en avant la relation entre le traitement des ressources et la construction des accomplissements potentiels. Et là encore, la construction s'appuie sur la capacité de réalisation, c'est-à-dire la capacité de cheminer d'une tâche attendue à une réalisation ainsi que sur la capacité de choix.

C'est dans la conversion de la tâche attendue à sa réalisation que toute la complexité apparaît et que les facteurs de conversion vont être déterminants.

Le tableau 36 reprend les facteurs de conversion identifiés lors des autoconfrontations.

Tableau 36. Facteurs de conversion identifiés en Chirurgie hépatobiliaire.

Facteurs de conversion
. Possibilité d'utiliser du matériel fonctionnant
. L'expertise dans le travail
. Qualité de la relation de confiance entre soignant et soigné
. Possibilité d'effectuer des choix
. Capacité d'adaptation aux circonstances environnantes
. Soutien des collègues

3.3. Comparaison des résultats entre le service de Chirurgie colorectale et pariétale et le service de Chirurgie hépatobiliaire et transplantations hépatiques

Les deux services de Chirurgie digestive se retrouvent sur certains facteurs de conversion qui leur sont communs : l'expertise dans le travail, la qualité de la relation de confiance entre soignant et soigné, le soutien des collègues et la possibilité d'effectuer des choix. Ces facteurs communs sont typiques de l'activité paramédicale et constituent par ailleurs ce qui peut être considéré comme le cœur de métier de l'IDE : le patient et l'expertise du travail infirmier.

Le service de Chirurgie colorectale et pariétale possède d'autres facteurs de conversion qui peuvent être mis en œuvre : le pouvoir d'anticipation du travail, donnant des marges de manœuvre quant à la préparation du travail, limitant ainsi les aléas dans l'activité et libérant du pouvoir d'agir sur les situations rencontrées ; la possibilité de collecter des informations pour l'aide à la décision, facteur participant à prendre les décisions les plus éclairées possibles ; la capacité à faire évoluer ses pratiques professionnelles, permettant aux agents de faire face aux changements réguliers dans les pratiques professionnelles à l'initiative des chirurgiens ou des protocoles paramédicaux évoluant ; la possibilité d'élaborer des modes opératoires, donnant une marge de manœuvre considérable en termes de conception du travail et pour finir, l'adhésion et le respect des règles de métier et des critères de qualité du travail renforçant le collectif.

De son côté, le service de Chirurgie hépatobiliaire et transplantations hépatiques complète ses facteurs de conversion avec la possibilité d'utiliser le matériel fonctionnant et la capacité d'adaptation aux circonstances environnantes, comme le fait aussi le service de Chirurgie colorectale.

Alors que le service de Chirurgie hépatobiliaire et de transplantations hépatiques semble fonctionner sur des facteurs relatifs au cœur de métier et sur des facteurs disponibles directement, le service de Chirurgie colorectale et pariétale semble pouvoir développer des facteurs de conversion lui permettant d'avoir une prise sur le réel de l'activité, en revisitant ses modes opératoires par exemple ou encore marquant fortement l'appartenance à un collectif de travail qui respecte les règles de métier et qui reste capable de les faire évoluer ensemble si besoin.

1. Synthèse des résultats principaux de la recherche

1.1. Des observations générales à l'éducation du patient

L'analyse de l'activité, à travers les observations réalisées, indique une forte variabilité dans le déroulement du travail quotidien. L'unicité de chaque patient pose la base de cette variabilité. L'activité est marquée par un travail haché, constitué de temps de réalisation très courts, induisant une adaptabilité importante des agents. Il a été noté que la relation au patient est à la fois source de plaisir, en ce qu'elle permet de nourrir le cœur du métier qui réside dans le désir de servir, soigner autrui, mais peut apparaître, par ailleurs, comme source de tensions dans le temps à passer auprès de lui pour répondre à ses besoins, réduisant le « capital temps » disponible pour la prise en charge du secteur. Dans ses grandes lignes, la conception du travail reste aléatoire, l'IDE devant constamment adapter son activité pour arriver à exécuter un travail perçu comme étant de qualité. Par ailleurs, le soutien du poste de J représente une aide non négligeable pour compenser le travail qui ne pourrait être réalisé sans lui.

Il est ressorti, à travers les entretiens d'autoconfrontation, que les ressources les plus employées dans l'activité sont les ressources relationnelles et expérientielles. Supportant l'activité collective autant que la relation au patient, les ressources relationnelles forment un socle solide dans l'activité de l'IDE, permettant de favoriser à la fois le ressenti vis-à-vis du métier choisi et exercé et, par ailleurs, l'activité de travail. Les ressources expérientielles, quant à elles, ressortent dans les deux services comme portant la réalisation de l'activité présente mais aussi l'activité future par la conception et l'augmentation de la bibliothèque des situations de travail dans laquelle la professionnelle reviendra piocher des ressources qui nourriront ses capacités. Les autres ressources (contextuelles, matérielles, immatérielles et affectives) servent également l'activité de l'IDE dans des mesures moindre mais tout aussi importantes en ce qu'elles servent le développement des capacités nécessaires dans les accomplissements à venir.

Les autoconfrontations simples et croisées ont mis en exergue les facteurs de conversion indispensables pour que les capacités mobilisées permettent la réalisation d'accomplissements dans la réalité. Les deux services partagent des facteurs de conversion en commun : l'expertise dans le travail, la qualité de la relation de confiance entre soignant et soigné, la possibilité d'effectuer des choix et le soutien des collègues. L'expertise dans le travail est reconnue comme incontournable pour que les processus menant à l'accomplissement puissent être mis en œuvre. Cette

expertise s'exprime à travers la maîtrise des protocoles, dans les réalisations techniques telles les pansements mais aussi dans la relation que le soignant élabore auprès du soigné. Ce deuxième facteur de conversion soutient à la fois le ressenti sur le cœur de métier et la possibilité de créer des marges de manœuvre indispensables dans l'activité. Dans l'ensemble des résultats collectés tout au long de cette recherche, la relation au patient occupe une place privilégiée pour chaque IDE. Elle aide à la construction de la santé du patient, via la guérison liée aux soins apportés tout autant qu'à celle du professionnel qui s'épanouit dans son engagement professionnel auprès du patient. Cette relation au patient est enrichie par la possibilité de faire des choix, autre facteur de conversion commun aux deux services. Ce facteur de conversion contribue largement au développement des marges de manœuvre, en ouvrant des possibilités autant au niveau interne du travailleur (élargissement du panel de ses capacités) que de l'environnement dans lequel il évolue. Cette possibilité de choisir soutient fondamentalement l'expression du pouvoir d'agir.

En chirurgie colorectale, cinq facteurs de conversion supplémentaires ont été relevés : le pouvoir d'anticipation du travail, la possibilité de collecter des informations pour l'aide à la décision, la capacité à faire évoluer ses pratiques professionnelles, la possibilité d'élaborer des modes opératoires et l'adhésion et le respect des règles de métier et des critères de qualité du travail. Le pouvoir d'anticipation du travail est un élément clé dans une activité hachée, permettant au travailleur de prévoir ses actions futures et de convoquer, en termes de ressources et de capacités, tout ce qui lui sera nécessaire pour voir des accomplissements dans la réalité. Ce facteur de conversion nourrit les marges de manœuvre personnelles en offrant des possibles sur l'activité future. Cette anticipation participe à la prise de décision élaborée sur un ensemble d'éléments collectés par le professionnel dans l'activité. L'environnement, incluant ici le patient, alimente en informations le professionnel, qui équipé d'arguments, peut prendre une décision qui lui convient au mieux. Pouvoir prendre des décisions participe également à développer le pouvoir d'agir dans le travail. La collecte d'informations pour la prise de décision aide, par ailleurs, à la possibilité pour le travailleur de développer des pratiques professionnelles nouvelles et à créer de nouveaux modes opératoires. Ces deux facteurs de conversion servent pleinement le pouvoir d'agir. Le professionnel se trouve en capacité de donner libre cours à sa création, élément fondamental de développement des conditions de construction et de préservation de la santé au travail. Pour finir, le respect des règles de métier et des critères de qualité témoigne de la construction d'un collectif de travail solide sur lequel s'appuyer. La collection d'individus est dépassée par ce que chacun accorde d'importance au respect des règles de métier et aux critères de qualité construits ensemble. Cette construction participe également grandement à promouvoir la santé au travail.

En Chirurgie hépatobiliaire, deux facteurs de conversion supplémentaires ont été identifiés : la possibilité d'utiliser du matériel fonctionnant et la capacité d'adaptation

aux circonstances environnantes. La possibilité d'utiliser du matériel en état de marche semble être un élément évident du travail mais elle occupe une place prépondérante pour mener à bien les tâches envisagées. Les pannes, relativement courantes sur un parc de matériel immense contrarient régulièrement l'activité des opérateurs. Devoir trouver un moyen de s'en sortir, de réaliser une action lorsque le matériel ne fonctionne pas peut être réellement coûteux autant sur le plan physique que psychique pour le travailleur. Ainsi, ce facteur de conversion peut être lié à un second cité par cette équipe qui réside dans la capacité d'adaptation aux circonstances environnantes. La capacité de s'adapter peut être considérée comme problématique pour ce qu'elle porte en termes de tensions, de conflits mais, parfois, ce qui est le cas ici, témoigne de la possibilité de se mouvoir dans la situation de travail. Pouvoir s'adapter signifie pour ce collectif, pouvoir avoir accès à des marges de manœuvre qui permettront de réaliser le travail. Ces deux facteurs de conversion supplémentaires favorisent le développement du pouvoir d'agir.

Aussi, cette recherche met en exergue une activité, peu apparente de prime abord mais placée par les IDE, au cœur de leur travail. L'éducation du patient, en effet, structure l'ensemble de l'activité des IDE, étayant un travail considéré comme étant de qualité et permettant de réaliser les objectifs fixés. Cette éducation prend place dans l'autonomisation du patient qui consiste à permettre au patient de jouer un rôle dans sa prise en charge et de ne pas demeurer simple observateur des soins qui lui sont prodigués. Ce positionnement, accompagné par les IDE, situe le patient au cœur de sa propre amélioration tout en leur permettant de montrer leur savoir-faire en tant que soignants. Autonomiser le patient constitue à la fois une aide dans le travail de tous les jours, et témoigne aussi de l'expertise du soignant dans la prise en charge. Le passage du statut de *patient assisté* au statut de *patient agissant* repose sur la qualité de la relation qui peut exister entre l'IDE et le patient, construite dans un temps parfois très court que l'IDE consacre à ses patients. Toute son expertise relationnelle se manifeste dans la construction de cette relation. Cette relation dépasse la simple bonne entente entre le soignant et le soigné, et constitue par ailleurs, une ressource expérientielle majeure dans le développement de l'activité de l'IDE, favorisant le pouvoir être et le pouvoir faire de l'opérateur.

1.2. L'approche par les capacités pour outiller l'organisation

L'approche par les capacités, nous l'avons vu, est très puissante à expliquer les mécanismes à l'œuvre dans l'activité. La mobilisation des ressources, le développement de capacités servant les différents processus qui transforment une intention en accomplissement dans la réalité constituent des éléments significatifs pour appréhender la question de la construction et de la préservation de la santé au travail.

L'intervention ergonomique, basée sur l'approche par les capacités, transforme le collectif de travail dès la mise en œuvre des observations. La présence même de l'observateur pousse le travailleur à se questionner sur son travail et sa bonne réalisation dans les règles de l'art, même si l'observateur n'est pas qualifié pour en juger. Cette réaction est classique dans tout type d'intervention en ergonomie. L'apport plus particulier auprès du collectif se joue dans la mise en place des autoconfrontations analysée au regard du développement des capacités dans l'articulation des différents processus. Les échanges favorisés par le regroupement du collectif autour d'une situation de travail portent les changements qui s'opèrent en temps réel, sur le lieu même de l'autoconfrontation. Au-delà de l'analyse que l'observateur peut faire des échanges, l'activité dialogique interne au travailleur et externe, en groupe, initie le changement.

La puissance transformatrice des échanges met en exergue la nécessité pour le collectif de se retrouver régulièrement pour discuter du travail, dans un espace-temps mis à part. Des **espaces de discussions**, lieux de rencontre entre professionnels et permettant de remettre en question les pratiques professionnelles, devraient ainsi être mis en place par l'organisation afin de favoriser ces échanges constructifs et intimes sur l'élaboration du travail portant la construction et la préservation de la santé au travail. Le but de ces échanges consiste à protéger les capacités et les facteurs de conversion dans l'activité. Cette protection peut également s'opérer à travers la **formation professionnelle** nécessaire pour que les agents puissent s'engager dans une démarche continue d'amélioration de leurs compétences, les nouveaux acquis créant de futures capacités qui seront mobilisées dans l'activité. Finalement, tout ce qui implique le collectif dans une activité réflexive sur le travail favorise la protection des capacités et des facteurs de conversion.

Les capacités et les facteurs de conversion peuvent également bénéficier d'une protection lorsqu'ils sont pris en considération dès le début des projets portés par le service : projets organisationnels, projets architecturaux, projets d'équipements. Ces aspects concernent donc autant les aspects tangibles du travail (choix du matériel technique, conception des locaux de travail...) que les aspects immatériels tels l'organisation ou la construction du collectif. De ce point de vue, la **participation des travailleurs** s'avère alors indispensable dans la vie du service, apportant l'avis expert qui manque parfois dans certains projets ou certaines décisions. Au-delà des connaissances expertes sur un point particulier du travail, les travailleurs amènent leur expérience dans la résolution des conflits ou la gestion des tensions qui n'apparaissent pas visibles au non expert.

Issue à l'origine des sciences économiques, cette approche, nous l'avons vu tout au long de ce travail de recherche, sert les objectifs d'une optimisation des systèmes de travail et des accomplissements qui y sont liés. Ainsi, l'approche par les capacités est un outil aussi important pour la Qualité de Vie au travail que pour la gestion des

risques professionnels ou encore les services en charges des achats dans l'organisation.

2. Les données du terrain, l'analyse de l'activité et le modèle de Sen

2.1. Les données du terrain pour éclairer l'activité de l'IDE

Avant de rentrer en discussion sur ce travail de recherche, il nous semble intéressant de faire un retour sur l'expérience de terrain.

L'analyse ergonomique du travail ne peut se passer du terrain. L'ergonomie de langue française, comme la psychologie du travail, se nourrissent de l'intervention. Le terrain demeure la phase de prédilection de l'ergonome et du psychologue du travail dans le déroulement de l'intervention. La rencontre avec le travail et ceux qui le réalisent constitue le cœur de l'analyse du travail.

Même si l'ergonome, tout comme le psychologue du travail, ne peut se passer du terrain pour chercher à transformer le travail, l'accès à celui-ci n'est pas anodin. Interrogé ou observé dans son activité, le travailleur peut se sentir mal à l'aise. Que va-t-il devoir dire ou faire pour à la fois satisfaire la curiosité scientifique de l'observateur et d'un autre côté préserver son intimité professionnelle ? Cette intimité se compose de ses motivations, de ses raisonnements, des choix des modes opératoires mis en œuvre, des stratégies choisies pour réaliser le travail et de bien d'autres aspects très personnels au travailleur. Il va devoir décider quelle part d'intimité il va bien vouloir laisser en accès à l'analyste. Et que faire de ce qui peut échapper à sa maîtrise et peut être capté par celui qui l'observe ? Le travail se situe réellement dans cette sphère intime dans laquelle il peut être peu facile de pénétrer. L'ergonome peut poser alors pour premier objectif de se faire accepter par le collectif dans lequel il va évoluer mais aussi par chaque sujet individuellement. Cette acceptation se construit sur la confiance réciproque qui doit exister entre le travailleur et l'ergonome. Peu naturelle, elle demeure le fruit d'une réelle construction. Pour développer ces liens de confiance, une étape nécessaire à l'intervention se constitue d'une étape préliminaire de présentation du projet à l'équipe du service. Cette recherche de terrain n'a pas échappé à cette règle. Chaque équipe a bénéficié d'une présentation expliquant les objectifs et la méthodologie qui serait déployée. Cette première étape peut paraître peu suffisante pour élaborer des relations de confiance. Comme d'habitude dans notre pratique, elle a été doublée d'une période d'immersion de quelques heures dans chaque service. L'immersion a permis de rencontrer les personnels de façon informelle et de faire connaissance, sans pour autant pratiquer leur travail comme cela peut se faire en ethnologie. Ce fut l'occasion de reparler de l'intervention et de la méthodologie et de rassurer sur les points qui pouvaient susciter des inquiétudes. Elle a aussi permis de visiter les

locaux, de repérer certaines situations sur lesquelles revenir. Cette phase de l'intervention fut indispensable et nous n'en faisons jamais l'économie.

Après avoir travaillé sur le fait de se faire accepter, il est resté important d'éclaircir une interrogation qui apparaît systématiquement : pourquoi étions-nous présents ? Généralement, une réponse précise est attendue à cette interrogation. A l'hôpital, les agents ont l'habitude d'être régulièrement observés dans leur travail. Que ce soit pour l'évaluation de leurs pratiques au niveau de l'école ou encore lorsqu'ils sont en charge de tutorer des élèves IDE, ou lors d'autres occasions, les agents sont observés. Quelquefois, les agents soupçonnent l'ergonome de venir faire des observations pour évaluer leurs pratiques. Il a été indispensable de rassurer fréquemment les agents quant aux motivations de l'intervention.

Quand les agents ont compris et accepté l'intervention, le travail de l'ergonome, dans les différentes interactions qu'il a pu entretenir avec les différents interlocuteurs, a dû nécessairement porter une attention précise sur l'adéquation entre les attentes que se sont construits les agents et ses propres attentes relatives à l'intervention. Cette adéquation demeura indispensable au bon déroulement de l'intervention. Les agents furent plus à-mêmes de participer à l'intervention, à s'ouvrir et à dévoiler des points de leur travail ce qu'ils n'auraient fait autrement. Il est apparu aussi plus facile de travailler vers un même objectif lorsque les attentes correspondent.

Ce travail de construction de l'adéquation entre les attentes respectives des différents interlocuteurs peut amener l'ergonome à faire évoluer ses propres représentations du travail. La rencontre de logiques différentes, qu'elles soient technico-organisationnelles ou liées au vivant, peut pousser l'observateur à réévaluer ses points de vue, ses représentations, ses hypothèses, finalement tout ce qu'il a pu construire avant de rencontrer les vrais experts du travail, les travailleurs eux-mêmes. Il doit conserver, malgré toutes les certitudes qu'il peut se construire, une capacité d'étonnement qui lui permettra d'investiguer des zones dont il n'avait pas soupçonné l'existence ou encore comparer des situations qui semblent, en apparence, similaires.

Dans notre intervention, la question qui s'est posée alors à nous, a consisté à s'interroger sur ce que nous allions découvrir. Cette question a induit forcément des questions relatives à notre propre pratique. Nous avons dû nous poser des questions sur ce que nous faisons dans l'intervention et sur la manière dont nous le faisons. Avec une certaine expertise, nous avons quelques aptitudes à mobiliser des concepts et/ou des outils connus et/ou découverts qui nous ont été indispensables pour appréhender le travail. Cependant, il n'a pas été toujours évident de posséder cette maîtrise avant l'intervention. Dans certains cas, comme présentement dans cette recherche interventionnelle, l'intervention a eu pour objectif de confronter de nouveaux concepts à un terrain d'étude. Il nous fut alors indispensable de prendre

de la distance avec notre travail et d'interroger les nouveaux concepts utilisés au regard du terrain proposé. Cet exercice a remis en question la zone de confort dans laquelle nous nous positionnons habituellement.

Ces remarques préliminaires sont nécessaires pour repositionner le terrain de la recherche et le travail de l'ergonome.

Le choix des services qui ont été étudié s'est opéré suite à une intervention sur la prévention des interruptions de tâches. Les interruptions de tâches ont interrogé les organisations du travail mais plus particulièrement les modes opératoires déployés pour réaliser le travail, notamment entre professionnels d'un même métier. Lorsque le travail de recherche a été proposé, il a semblé évident d'aller plus loin dans la compréhension du travail de ces deux unités de chirurgie digestive.

La méthode d'investigation qui a été déployée lors de cette recherche repose notamment sur des observations générales, des entretiens d'explicitation, des observations approfondies et sur des autoconfrontations simples et croisées. Cette méthodologie a conduit à obtenir des résultats relativement précis sur l'activité de travail. Ils ont été enrichis par la vision qu'offre l'approche par les capacités. Pour rappel, Sen ne propose pas de méthodologie ou d'outils pour investiguer les capacités et les environnements capacitants. Un travail de construction de l'outil d'investigation a donc été indispensable. Il a s'agit de s'interroger sur l'adéquation entre les outils classiques déployés en ergonomie et les notions proposées par l'approche par les capacités. Il a fallu aller chercher dans cette approche les liens possibles avec les outils, ou comment les entretiens, observations et autoconfrontations pouvaient mettre en relief les concepts proposés dans l'approche par les capacités (capacités, capabilités, facteurs de conversion, processus Liberté, processus Opportunités, processus Capabilités).

Cette méthodologie associant les outils de l'ergonomie, les outils de la clinique de l'activité et l'approche par les capacités (voir figure 63) a guidé l'investigation sur le terrain, permettant la recherche des capacités, des processus ainsi que des facteurs de conversion participant à la réalisation du travail. Elle a permis de catégoriser les typologies de capacités et de processus à l'œuvre dans le travail alimentant le modèle des régulations et autorisant une compréhension élargie du travail, notamment dans la mobilisation des modes opératoires. La catégorisation par capacités contribue à identifier les déterminants du travail mais aussi met à jour les raisonnements mis en place par le travailleur pour réaliser sa tâche. Comme nous avons pu l'observer, ce sont plus souvent les capacités de réalisation et de choix qui ressortent de nos investigations. Les raisonnements relatifs à ces capacités reposent sur l'évaluation de plusieurs opportunités conduisant à l'autonomie. D'un autre côté, lorsque le choix n'est pas l'élément principal du travail, l'agent se concentre sur le suivi d'un procédé,

d'un protocole, luttant contre tout aléa qui pourrait contrecarrer cette réalisation. A ce titre, l'approche par les capacités est performante pour l'analyse du travail.

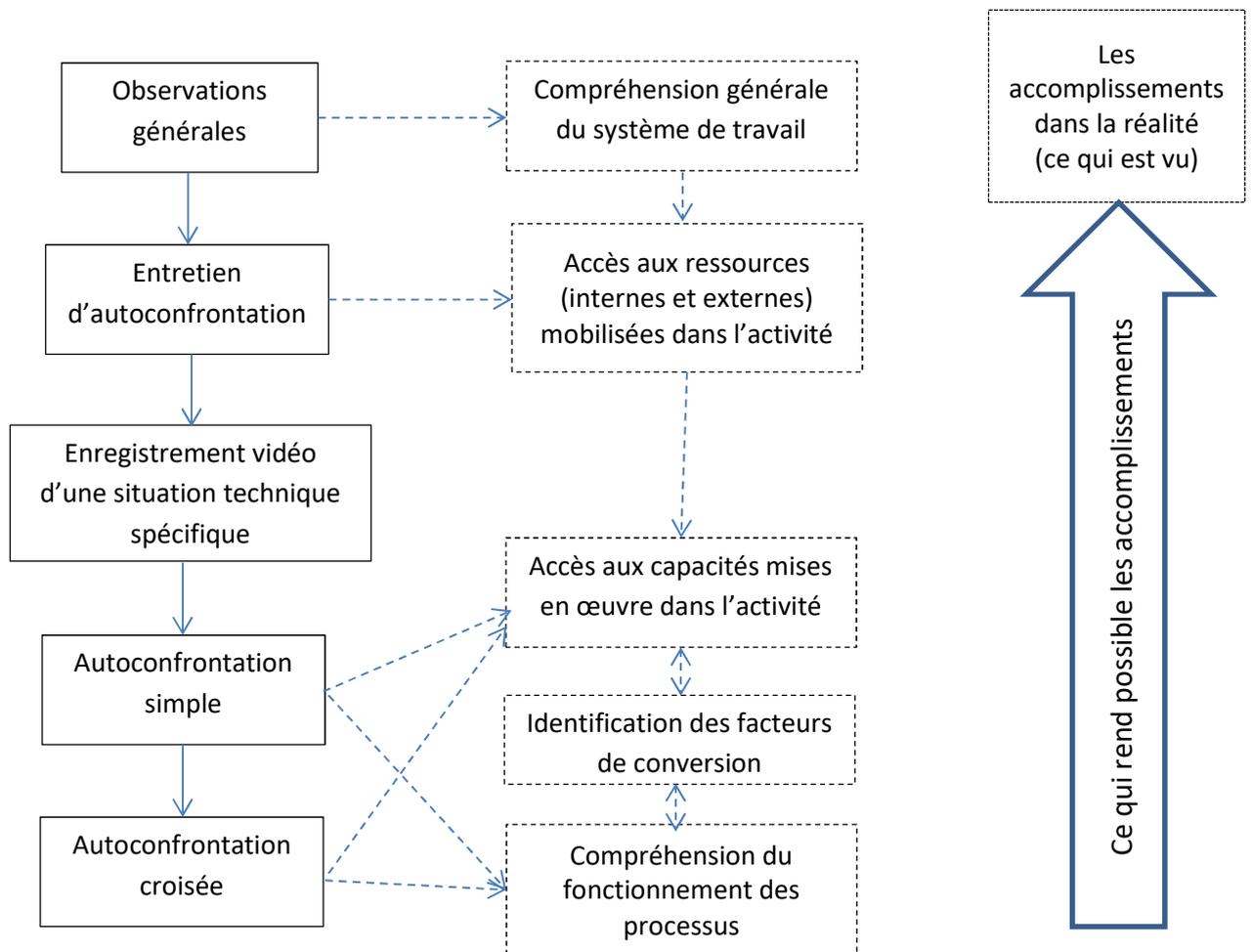


Figure 63. Investiguer l'activité par l'approche par les capacités.

2.2. L'analyse de l'activité et l'approche par les capacités

L'approche par les capacités mise en œuvre dans cette recherche a reposé sur les apports de Sen ainsi que sur des recherches proposées par d'autres auteurs, notamment par Fernagu-Oudet (2018). L'auteur propose un modèle présentant le processus de l'approche par les capacités. Ce modèle met en avant la présence de trois processus à l'œuvre dans la réalisation d'accomplissements. Il s'agit du processus Opportunités, le processus Liberté et le processus Capabilités. Ils s'appuient au départ sur des ressources internes ou externes au sujet. Chaque processus est nécessaire pour l'accomplissement final puisse être réalisé dans la réalité. Chaque processus possède ses propres particularités et mécanismes.

L'analyse de l'activité, effectuée sur les terrains présentés, et plus particulièrement les autoconfrontations ont fait ressortir plus ou moins l'un des processus selon les situations de travail. Les autoconfrontations ont permis l'accès à certains éléments du travail : les tensions et conflits, le sens de l'agir mais aussi les évidences du travail qui cachent une construction plus complexe de l'activité.

Il ressort des résultats obtenus que les capacités de réalisation et de choix, et que les processus Opportunités et Liberté sont davantage mis en avant dans certaines situations plutôt que dans d'autres. Cela ne signifie pas qu'ils sont seuls et uniques pour que le travail soit réalisé, ils font parties d'un tout, mais que les caractéristiques de la situation particulière les mobilisent davantage que les autres processus.

Dans les deux services étudiés, les tensions observées relèvent quasiment uniquement du recours aux capacités de réalisation. Pour rappel, la capacité de réalisation permet le passage de la tâche attendue à sa réalisation effective. Face à ces tensions, le travailleur retravaille la tâche pour la rendre réalisable. Il doit parfois même modifier ses propres représentations pour que le travail soit acceptable à ses yeux. Ces capacités font appel à une grande aptitude à réguler les situations qui peuvent apparaître complexes et non prévues par le travailleur. Celui-ci s'engage dans un travail de modification des modes opératoires appris pour construire et développer ses propres schèmes. Investi dans une activité productive, il est conduit, pour réduire les tensions, à développer une activité constructive, source de son développement. Le *re-travail* de ses modes opératoires peut parfois être couteux du point de vue physique, cognitif, psychique ou social mais contribue inconditionnellement à alimenter sa bibliothèque de situations de travail dans laquelle il pourra venir puiser ultérieurement pour faire face à de nouvelles situations, tensions, aléas. Cet exercice semble donc fortement constructif pour le travailleur.

Les résultats indiquent que l'utilisation de la capacité de réalisation repose dans ces situations spécifiques sur le processus Opportunités. Ce processus fait appel à la capacité d'action à un stade primaire qui consiste à transformer les ressources internes ou externes en accomplissements potentiels, non encore réalisés dans la réalité. Cette transformation des ressources repose sur des opportunités présentes dans la situation et le recours à des facteurs de conversion. Ils sont d'ordre personnel, sociaux ou encore environnementaux. Dans les tensions du travail, ce processus est particulièrement mis en relief car tout le travail de modification des modes opératoires repose sur les aptitudes du travailleur à identifier les ressources à disposition, s'en créer de nouvelles si besoin, à saisir les opportunités qui se présentent à lui et à s'appuyer sur les facteurs de conversion.

Ce travail sur les tensions pourrait être mis en parallèle avec la notion de régulations, élément fondamental en ergonomie. Dans le modèle des régulations (Guérin, Laville

& Daniellou, 1991), le sujet dispose de moyens pour réaliser le travail, mis en relation avec son état interne, qui conditionne le bon usage de ces moyens, travaillant avec un objectif pour atteindre un résultat réel. Les régulations qu'opère le travailleur conduisent à la mise en place de modes opératoires dirigés vers l'atteinte des résultats. Si l'un ou l'autre de ces éléments est perturbé, le système est alors contraint, empêchant l'atteinte des résultats. Pour comparer les deux approches, les moyens pourraient contenir les opportunités et les ressources de l'approche par les capacités. Le processus Opportunités serait porté par à la fois les moyens et l'état interne ainsi que la phase de régulations. Le modèle de l'approche par les capacités apporte davantage d'éléments de compréhension sur la mobilisation des moyens et la construction des modes opératoires. Les deux modèles, même s'il n'est pas possible de les superposer parfaitement, se complètent pour obtenir une compréhension de l'écart entre le travail prescrit et le travail réel.

Les résultats montrent qu'en Chirurgie colorectale, les capacités de choix sont davantage présentes sur les situations étudiées avec les professionnelles. Elles se retrouvent souvent à devoir ou vouloir effectuer des choix pour mettre en œuvre les modes opératoires les plus adaptés. Les capacités de choix autorisent l'exercice d'un jugement entre plusieurs opportunités qui sont offertes, conduisant ainsi les professionnelles à plus d'autonomie dans leur travail. Cette capacité, accompagnée de l'autonomie, participe à l'activité constructive du sujet. Celui-ci se voit doté d'un certain pouvoir d'agir qui favorise grandement son développement et son épanouissement au travail.

Par ailleurs, en Chirurgie hépatobiliaire, les agents mobilisent davantage la capacité de réalisation. Elles se positionnent plus dans l'action que dans le choix, avec le coût que cela peut représenter. Les professionnelles envisagent plus directement le passage de la tâche attendue à l'action dans la réalité, mettant tout en œuvre pour y arriver.

Une question se pose alors : pourquoi un collectif travaille davantage en mobilisant ses capacités de choix alors que l'autre collectif mobilise ses capacités de réalisation ? Qu'est-ce qui justifie l'une ou l'autre des situations ? Une piste de d'interprétation serait que le collectif de Chirurgie colorectale se positionnerait sur une activité plutôt réflexive dans le travail alors que la Chirurgie hépatobiliaire serait davantage dans l'action. Ces remarques sont soutenues par les résultats obtenus au regard des facteurs de conversion. Les facteurs de conversion identifiées en Chirurgie colorectale reposent davantage dans la réflexion sur la conception du travail alors que ceux de Chirurgie hépatobiliaire sont dans l'agir quasi-immédiat. L'une ou l'autre des façons d'agir est typique à chaque collectif. Chacun ancre son genre dans ce qui a été construit par le collectif. Les styles individuels, et cela est évident lors des autoconfrontations, contribuent à construire le genre du collectif. Ainsi les agents de Chirurgie colorectale pourraient être considérés comme étant dans un style qui

recherche la compréhension dans le travail, les marges de manœuvre possibles pour conduire à l'autonomie alors que les agents de Chirurgie hépatobiliaire seraient dans un style basé sur un accès à l'action plus direct.

Même si les capacités utilisées par les deux services sont différentes, le processus convoqué est le même : le processus Liberté. Ce processus, nous l'avons vu, repose sur la liberté d'action dans le travail. La Chirurgie colorectale trouve la liberté dans les choix qui conduisent à l'action, à la réalisation alors que la Chirurgie hépatobiliaire trouve la liberté dans l'agir. Le pouvoir d'agir est préservé dans les deux situations, les accomplissements potentiels devenant des accomplissements dans la réalité.

La complexité du travail n'est accessible que par l'utilisation des autoconfrontations et renforce l'idée que le travail se construit sur un conflit entre la logique technico-organisationnelle et la logique du vivant (Hubault, 1995). L'observation seule n'est pas suffisante pour éclairer les comportements, la parole des travailleurs étant indispensable pour accéder au conflit intérieur à l'œuvre.

Ce travail d'identification des capacités et des processus en jeu dans les situations de travail apporte un certain éclairage de l'activité. L'identification des facteurs de conversion reste le point central de cette approche et l'intérêt principal pour l'ergonomie et la clinique du travail. Les facteurs de conversion se présentent comme différents des déterminants de l'activité habituellement utilisés en ergonomie. Ils se positionnent comme des éléments dynamiques du travail, mettant le sujet en action. L'approche par les capacités peut ainsi contribuer à l'analyse du travail. Forts de cette constatation, dans la partie suivante, nous interrogerons le rôle que pourrait tenir le modèle de Sen dans l'analyse ergonomique du travail.

2.3. Le modèle de Sen dans l'analyse ergonomique du travail

L'analyse ergonomique du travail, notamment dans les questions de santé au travail, repose sur quatre dimensions, présentées dans les parties précédentes : la dimension physique (biologique), la dimension cognitive, la dimension psychique et la dimension sociale. La question est alors d'interroger les différentes articulations qu'il pourrait y avoir entre ces quatre dimensions et l'approche par les capacités.

L'approche par les capacités propose d'identifier des capacités lors de la mise en œuvre de processus qui conduisent à la réalisation du travail. L'identification de ces capacités facilite-t-elle l'appréhension de ces quatre dimensions dans le travail ?

L'analyse du travail, notamment grâce aux autoconfrontations, met facilement en avant certaines capacités auxquelles le travailleur a recours pour accomplir son

travail. Pour la dimension physique, les capacités d'ordre physique seront mobilisables. Même si elles n'apparaissent pas sous cette dénomination dans l'approche proposée par Sen, le travailleur pour faire face à une situation mobilise ses aptitudes physiques (force, endurance...). Les capacités de réalisation dépendent de différents facteurs de conversion observés sur le terrain, tels la possibilité d'utiliser du matériel fonctionnant, ou encore la possibilité d'élaborer des modes opératoires différents. Sans ces possibilités, le désir de transformer la tâche en réalisation concrète, n'est pas réalisable dans la réalité.

De même, pour la dimension cognitive (traitement et gestion de l'information), le travailleur convoque les capacités de choix. Celle-ci l'aide à réaliser une évaluation de la situation pour orienter ses choix de modes opératoires. Cette dimension repose sur des facteurs de conversion, d'après les résultats obtenus, tels que la possibilité de collecter des informations pour l'aide à la décision ou encore, l'expertise dans le travail, etc. L'opérateur récupère de l'information, la traite selon ses aptitudes (compétences, ses capacités à transformer...) et décide du mode opératoire le plus adapté à mettre en œuvre pour réaliser le travail. C'est ainsi qu'il gagne en autonomie dans son travail et qu'il établit un schéma de prise de décision qui enrichit sa pratique.

Dans le cadre de la dimension psychique, même s'il est plus complexe de définir une capacité particulière, il a été remarqué que la capacité principale utilisée est la capacité de réalisation. Elle peut être aussi associée quelquefois à la capacité comme potentiel d'épanouissement. Le choix ne peut pas être invoqué dans ce cas. C'est dans la réalisation du travail, dans la confrontation du travailleur avec les situations et plus particulièrement les patients que la dimension psychique se révèle. Cette dimension fait référence à tout ce qui relève de l'affect et de l'implication la plus intime du travailleur dans son activité.

Pour conclure avec la dimension sociale, les capacités de choix, de réalisation et à libérer et à exprimer sa voix enrichissent cette dimension. Tout le travail construit dans le collectif de métier mais aussi avec les activités interdisciplinaires au sein même du corps paramédical ou avec le corps médical témoigne de l'importance de la dimension sociale et des capacités convoquées. Les choix éclairés par le collectif sont plus pertinents et efficaces dans la réalisation du travail. Les facteurs de conversion à l'œuvre dans cette dimension résident dans l'adhésion et le respect des règles de métier et des critères de qualité du travail ou encore le soutien des collègues. La réalisation de tâche en binôme ou encore les discussions pluridisciplinaires sur certaines problématiques contribuent au développement d'une activité à la fois productive et constructive. Elle devient alors une source de développement et d'épanouissement pour le travailleur, participant à la construction et à la préservation de sa santé.

Une modélisation de la relation entre les quatre dimensions de l'homme au travail en ergonomie, l'approche par les capacités et le terrain (figure 64) permet d'alimenter les remarques présentées jusqu'ici. La relation entre les quatre dimensions et l'approche par les capacités témoigne de la compatibilité des paradigmes, de l'enrichissement réciproque des deux approches. La relation entre l'approche par les capacités et le terrain pose davantage de questions. Sen n'ayant donné aucune méthodologie pour la mise en œuvre sur le terrain, cette relation reste à inventer. C'est ce qui a été proposé dans ce travail de recherche, notamment par le déploiement des autoconfrontations, pour venir interroger les capacités dans le terrain et rechercher les facteurs de conversion. Le choix méthodologique d'analyser l'activité pour accéder aux capacités est issu d'une pratique que l'on pourrait qualifier de classique en ergonomie. Finalement, l'analyse de l'activité aide à identifier les capacités, et les capacités aident à comprendre l'activité. Ce phénomène témoigne de la richesse de mise en relation de l'approche par les capacités dans l'analyse ergonomique.

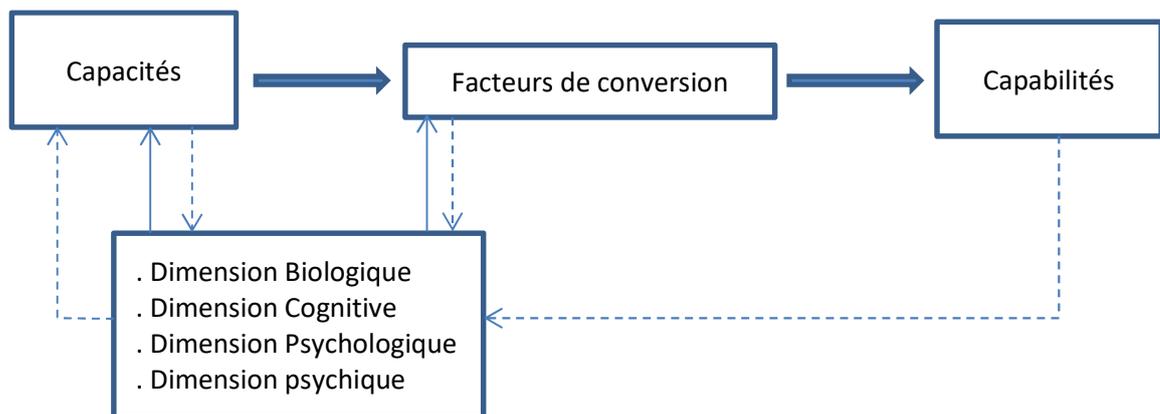


Figure 64. Modélisation de la relation entre les quatre dimensions de l'homme au travail et l'approche par les capacités.

Le choix méthodologique proposé interroge alors les outils d'investigation déployés dans cette recherche. La partie suivante discutera la pertinence de ces outils dans l'approche par les capacités.

3. Choix des outils d'investigation : Articulation entre autoconfrontation et problématique

3.1. Analyse ergonomique du travail et approche par les capacités pour investiguer le travail

L'approche par les capacités de Sen a suscité un intérêt de départ pour appréhender la question de la santé au travail. Elle a portée également la notion d'environnement capacitant dans le débat ergonomique, faisant référence, en ergonomie, à la possibilité pour l'opérateur de faire appel à des marges de manœuvre pour réaliser son travail. L'intérêt pour cette approche est justifié en ergonomie pour les raisons évoquées mais qu'en est-il des outils à disposition pour rendre cette approche opérationnelle dans la réalité du travail et notamment dans l'analyse ergonomique du travail ?

Concernant les outils de l'ergonome, les entretiens (sous leurs formes diverses), les observations, les autoconfrontations et la construction sociale qui est attachée à ces outils sont performants pour analyser le travail et faire ressortir l'activité de travail, au sens ergonomique du terme. Ils sont à adapter en fonction de ce qui est recherché et parfois à adapter au fur et à mesure que l'intervention avance, le résultat attendu étant toujours une transformation du travail. La difficulté réside dans la bonne adéquation de l'outil avec l'approche choisie pour mener l'intervention.

Dans le cas présent, l'approche de Sen n'ayant été que peu retenue jusque-là pour intervenir sur le terrain, des doutes ont subsisté quant à l'efficacité recherchée pour l'investigation de la santé au travail. Habituellement, l'ergonomie interroge plutôt les régulations mises en place par le travailleur pour une bonne réalisation du travail ou encore, les marges de manœuvre sont recherchées pour libérer du pouvoir d'agir. Le regard se porte plutôt sur ce qui ne peut pas être accompli dans le travail, ou ce qui est mis sous tension dans la bonne réalisation du travail. L'analyse ergonomique se nourrit de ces interrogations pour accéder à l'activité du travailleur, c'est-à-dire pour comprendre les motivations et raisonnement qui conduisent le travailleur à mettre en place tel ou tel mode opératoire. Avec l'approche par les capacités, un changement de paradigme s'opère. Le travail est analysé à partir de ce que le travailleur est en capacité de faire et non de ce qu'il ne peut pas faire ou bien ce qui le met en difficulté. La recherche des capacités est l'objectif premier.

Dans notre recherche, nous sommes parti du travail pour identifier les capacités. Le travail a été interrogé pour savoir ce qu'il pouvait dire des capacités dans son élaboration. Une simple recherche des capacités de prime abord nous a semblé limiter l'intervention à une recherche de compétences plutôt que de véritablement interroger le travail. Un listing des capacités n'offre qu'une utilité réduite dans la transformation des situations de travail. De plus, sans passer par une analyse de

l'activité, l'identification des capacités aurait été superficielle. Les capacités ne peuvent être réellement révélées que par une analyse approfondie du travail.

3.2. Les autoconfrontations pour éclairer les questions de recherche

Les questions de recherche proposées dans la problématique ont été le fil conducteur de tous les moments de cette recherche. Le fil rouge de ce travail a été de comprendre si l'approche par les capacités pouvait constituer une aide pour appréhender la question de la construction et de la préservation de la santé au travail.

Les autoconfrontations ont largement contribué à comprendre comment la santé se construit en même temps que le travail est réalisé à travers l'identification des différents facteurs de conversion dans l'activité de travail des deux services. Ces facteurs de conversion positionnent le travailleur comme un sujet agissant, se servant des ressources internes et externes pour amener des accomplissements potentiels à devenir des accomplissements dans la réalité. Ce travail au niveau des accomplissements participe au développement du sujet par l'acquisition de compétences et de savoir-faire qui serviront de futures capacités. Le travailleur, engagé dans une activité productive de par ce qu'il a à produire en termes de réalisation, s'engage également dans une activité constructive. Toutes les questions qu'il se pose, tous les choix qu'il doit effectuer, toutes les stratégies qu'il élabore contribuent à construire une bibliothèque de compétences, de savoir-faire qui vont l'aider dans la situation présente mais aussi dans celles qu'il rencontrera à l'avenir. Cette activité constructive, accompagnée par un libre exercice du pouvoir d'agir, participe à construire et à préserver la santé au travail. Le sujet s'implique dans une réalisation potentielle qui conduit à son épanouissement si elle devient réalité. Pouvoir choisir, pouvoir réaliser favorise tant la construction que et la préservation de la santé au travail.

La première question de recherche, relative à ce que l'approche par les capacités peut apporter à la construction et au développement de la santé au travail, a trouvé des éléments de réponse présentés jusqu'ici, notamment dans les remarques relatives à l'identification des capacités dans le travail (Capacités de choix et capacités de réalisation notamment).

Les autoconfrontations, en éclairant l'approche par les capacités, ont mis en relief les processus à l'œuvre dans la réalisation du travail et comment ces processus, lorsqu'ils ne sont pas mis à mal, libèrent du pouvoir d'agir et participent à la construction de la santé au travail. La préservation de ces processus apparaît donc indispensable au travail, afin de participer à la préservation de la santé elle-même. Ils sont des éléments principaux de l'activité. Lorsqu'un des processus est mis à mal, le travailleur n'a plus accès aux ressources ou à leur mise en œuvre ou encore à la

possibilité d'effectuer des choix éclairés. Le rôle des facteurs de conversion reste donc primordial.

Pour ce qui concerne la troisième question de recherche, les autoconfrontations, dès leur réalisation dans l'intervention, participent à la transformation des situations de travail. Les discussions qui s'opèrent entre les travailleurs, questionnant leur style à chacun et venant remettre en question le genre, participent à faire évoluer les modes opératoires. Les échanges ont montré que les pratiques sont questionnées au regard de la formation de base et en service par des collègues plus anciennes. Ils ont, dans le cas précis de cette étude basée sur des soins techniques autour du pansement ou de la stomie, permis l'échange de pratiques, ouvrant vers de nouveaux possibles. L'approche par les capacités n'est pas un outil opérationnel pour accompagner les transformations du travail. Elle ne permet qu'une aide à la lecture de l'activité. Ces transformations n'occurrent que si elles sont accompagnées par un espace de discussion dans lequel les styles et le genre vont être questionnés.

Pour ce qui est de la quatrième question de recherche relative aux environnements capacitants, la recherche démontre que si une situation de travail permet le recours aux capacités nécessaires pour accomplir le travail, et si finalement, l'environnement dans lequel évolue le travailleur repose sur des capacités qui servent l'activité productive et constructive, la santé au travail peut se construire et se développer. Les autoconfrontations, outils d'investigation pour l'analyste, sont aussi des outils de transformation pour les travailleurs. Ils mettent en commun leurs savoir-faire pour discuter ce que serait le mode opératoire le plus efficient, reposant sur les capacités à convoquer. Les autoconfrontations servent précisément la construction d'environnements capacitants.

4. Approche par les capacités et santé au travail

Les modèles de la santé au travail présentés initialement se positionnent sur un point de vue hygiéniste, interactionniste ou encore transactionnel. Il ne s'agit pas de reprendre ici les apports ou les freins de l'un ou l'autre des modèles mais plutôt de leur opposer un modèle constructiviste de la santé au travail. Avant de présenter cette dernière proposition, il faut rappeler que certains des modèles de la santé exposés proposent un cheminement du sujet dans la construction de sa santé au travail. Il n'est plus question de considérer la santé comme un état de fait mais plutôt comme une progression, parfois lente mais sûre, d'un état vers un état amélioré. Le sujet serait alors plutôt proactif, résistant à des effets extérieurs portant atteinte à sa santé, cheminant en développant des compétences, des capacités.

Le modèle de l'approche par les capacités repose sur le développement de l'homme au travail. Il ne s'agit plus de considérer le sujet au milieu d'un système dans lequel

l'environnement joue un rôle primordial, influençant à chaque instant l'état instantané du sujet, mais plutôt de rendre le sujet actif dans son propre développement. Ce développement s'appuie à la fois sur les acquis du sujet mais aussi sur tout ce que l'environnement a à proposer d'opportunités. Le sujet réalise alors une évaluation entre ses besoins et les ressources dont il dispose ou qu'il peut encore se créer grâce à un environnement qui en propose des potentielles. Le sujet n'est plus subissant, mais s'engage dans une démarche proactive, qui le pousserait à transformer toute ressource, en s'appuyant aussi sur ses propres capacités (construites dans le passé ou en cours de construction dans le présent). La transformation du travail passerait tout d'abord par une transformation du travailleur lui-même qui arriverait dans une situation avec ses propres capacités, ses propres compétences et entamerait un travail d'implémentation de nouvelles compétences et de nouvelles capacités issues d'un environnement favorisant l'accès à des ressources externes et à leur mise en œuvre dans la réalité. Ce processus favoriserait l'utilisation de modes opératoires libérant le pouvoir d'agir. Tout au long de ce processus, le sujet connaîtrait un développement personnel et un épanouissement qui contribueraient à construire et/ou développer sa santé au travail.

Nous le répétons, l'approche par les capacités, initiée à l'origine pour réfléchir à l'accès à la liberté des peuples nous semble proposer des éléments intéressants pour réfléchir à la construction de la santé au travail. L'atteinte à l'un de ces éléments met le sujet à mal et l'empêche d'avoir accès à l'épanouissement qu'il désire dans son travail. C'est en ce sens que la santé du sujet peut être remise en question.

4.1. Processus de conversion et de transformation au cœur de la construction et la préservation de la santé au travail

L'approche par les capacités est un système dynamique qui repose sur la conversion et la transformation. Aucun élément n'est destiné à rester ce qu'il est, si ce n'est l'accomplissement réalisé. C'est à ce titre qu'il est intéressant d'observer l'apport de cette approche dans l'intervention ergonomique ou ce qu'elle apporte des pistes de réflexion intéressantes relatives à la santé au travail.

Cette approche propose que les accomplissements s'appuient sur des ressources, des opportunités, des facteurs (de conversion et de choix), sur des attentes. Les accomplissements se nourrissent de tout ce que l'environnement ou le sujet ont à proposer.

Le phénomène de conversion/transformation a été identifié à divers stades de l'approche par les capacités. Lorsque des ressources (internes ou externes) sont repérées par le travailleur, celui-ci doit les transformer pour qu'elles deviennent des accomplissements potentiels. Se met en place alors un processus Opportunités qui est

alimenté à la fois par des opportunités (inhérentes à l'environnement et à la situation de travail) et des facteurs de conversion. Les aptitudes relatives aux facteurs de conversion ne sont opérationnelles que si elles rencontrent les ressources adéquates et qu'elles sont déployées dans un cadre défini par des opportunités favorables. Les ressources peuvent parfois venir susciter de nouvelles aptitudes selon les situations. Ce système est dynamique et commutatif. Le développement de nouvelles aptitudes, qui forment de nouveaux facteurs de conversion, est lié à l'apport des accomplissements réalisés qui sont les nouvelles capacités vécues par le travailleur. Ces capacités sont à l'origine des ressources internes.

Une grande partie de la transformation/conversion s'opère dans le cadre du processus Opportunités. C'est dans ce processus que le sujet est le plus engagé. Les quatre dimensions de l'homme au travail exposées précédemment sont à l'action lors de l'activité de conversion/transformation. Le travailleur doit effectuer une activité de réflexion sur ses savoirs. Il doit évaluer les ressources à disposition, faire des choix qui vont participer à la construction d'accomplissements potentiels. En s'engageant ainsi dans cette activité productive, il s'engage en même temps dans l'activité constructive. Lorsque toutes les conditions sont réunies, le sujet est en plein développement, il se réalise pleinement dans son travail. Au contraire, lorsque les ressources sont manquantes, que les facteurs de conversion sont négatifs, le sujet est en souffrance, le pouvoir d'agir est entamé.

Un élément clé de ce système apparaît être le facteur de conversion. Si le sujet est en présence de toutes les ressources nécessaires et de toutes les opportunités rendant la situation favorable, mais qu'il n'a pas les aptitudes pour organiser les unes et les autres pour les rendre opérationnelles, les accomplissements potentiels ne verront jamais le jour. Ces facteurs de conversion sont indispensables au bon déroulement de l'activité. Les facteurs de conversion relevés soutiennent cette activité : l'anticipation dans le travail, la collecte d'informations pour la prise de décision, l'expertise du travail, la possibilité de faire évoluer les pratiques professionnelles, la relation de confiance de qualité entre le soignant et soigné, le soutien des collègues, la possibilité d'effectuer des choix, la possibilité d'élaborer des modes opératoires, le respect des règles de métier, l'utilisation de matériel fonctionnant et la capacité d'adaptation aux circonstances environnantes. La santé du travailleur réside alors dans la capacité et la possibilité qui lui sont données d'accéder à des facteurs de conversion positifs. C'est la possibilité de convertir et transformer qui assure la construction et le développement de la santé.

L'atteinte à la santé peut également apparaître lorsque les ressources et les opportunités sont absentes. Le travailleur doit donc se créer des ressources et des opportunités qui peuvent être coûteuses du point de vue physique, cognitif, psychique et même social. Si le repérage des facteurs de conversion devient une opération indispensable pour envisager la construction et le développement de la

santé au travail, leur identification de prime abord reste cependant quasiment impossible. Il est inévitable de passer par une analyse des capacités et des processus pour accéder aux facteurs de conversion.

5. Regards de l'ergonomie et de la psychologie du travail sur l'approche par les capacités

Un choix de départ a été d'étudier la construction et le développement de la santé au travail selon l'approche par les capacités, avec les regards de l'ergonomie et de la psychologie du travail.

Il a été proposé précédemment des points de vue sur l'articulation entre l'ergonomie et l'approche par les capacités. Nous n'y reviendrons pas ici. L'approche par les capacités sera discutée au regard des dimensions de la psychologie du travail et notamment de la clinique de l'activité que nous avons retenues, à savoir la dimension relationnelle Homme / Tâche, la dimension relationnelle Individu / Organisation et la dimension des relations interpersonnelles.

La discussion sur l'articulation entre l'approche par les capacités et l'ergonomie a précédé la discussion qui pourrait avoir lieu entre cette même approche et la dimension relationnelle Homme / Tâche retenue en clinique de l'activité. Pour compléter cette dimension, la relation entre l'homme et la tâche s'inscrit dans la transformation/conversion qui devra avoir lieu, reposant plus particulièrement sur les représentations que le travailleur peut associer à cette tâche. La relation entre l'homme et la tâche est médiée par les capacités à appeler dans le cadre de la mise en œuvre de l'un ou de l'autre des processus. Les ressources et facteurs évoqués plus haut participent également à cette dimension relationnelle.

La dimension relationnelle Individu / Organisation s'inscrit dans le support que peut être l'organisation en termes de ressources fournies au travailleur dans la réalisation de sa tâche. La relation entre l'individu et l'organisation est un des éléments qui peut entrer régulièrement en tension. Il a été observé que certaines tensions dans le travail, et donc la mise en difficulté de l'utilisation de certaines capacités résultent de cette relation parfois complexe. Les capacités ne peuvent pas être convoquées comme souhaité par le travailleur, créant un empêchement dans le travail. Le pouvoir d'agir est ainsi amputé, créant un malaise qui remet en question la construction et le développement de la santé au travail.

En ce qui concerne les relations interpersonnelles, elles sont fondamentales dans le travail et trouvent également une place non négligeable dans l'approche par les capacités. Une des capacités, la capacité à délibérer et à exprimer sa voix, ne peut exister que si elle s'inscrit dans un collectif. Les relations interpersonnelles jouent un

rôle important dans le collectif. Elles garantissent la possibilité de créer un genre et de confronter son style personnel à la fois au genre et aux styles des collègues. L'absence d'une telle capacité témoignerait de la difficulté d'établir des relations interpersonnelles positives, servant le travail.

L'ergonomie et la psychologie du travail ont recours à la méthode clinique, centrée sur la connaissance de l'activité. Cette connaissance de l'activité constitue la richesse de cette méthode et de ces deux disciplines. Elles ont toutes deux pour objet de travail une situation de travail particulière, ce qui les conduit à analyser l'activité en situation. L'ergonomie et la psychologie du travail se nourrissent du terrain, créant leurs connaissances à partir de l'expérimentation du travail dans sa réalité et sa subjectivité.

La méthode clinique a pour objet la connaissance de l'activité (Clot et Leplat, 2005). Cette connaissance constitue le cœur de ce qui intéresse l'ergonome et le psychologue du travail. Cette méthode considère l'objet d'étude dans sa globalité. Une vision systémique de l'objet étudié représente une force de cette méthode. La vision globale évoquée s'enrichit du caractère approfondi de l'analyse. Elle propose à la fois une vision macroscopique et microscopique du travail. Finalement, elle considère l'entière complexité de l'objet.

Si l'objet d'étude forme le cœur de l'analyse, la méthode clinique met également en relief l'importance spécifique du rôle du sujet. Même si l'étude porte sur une situation particulière, la place du sujet est primordiale. Les interactions entre l'objet et le sujet changeront selon le sujet en action. Cette notion de rôle est donc incontournable. Ainsi, même si la méthode clinique est commune à l'ergonomie et à la psychologie du travail, l'objectif même de l'analyse du travail diffère quelque peu. La psychologie du travail fonctionne selon le principe : Transformer pour comprendre. C'est dans les outils mis en œuvre pendant l'intervention que le psychologue du travail accompagne le collectif pour repenser ses pratiques et le conduire à la transformation de son travail. En ergonomie, le schéma est inversé et la pratique consiste davantage à comprendre le travail pour le transformer. Ainsi, l'ergonome prend un certain temps pour analyser l'existant afin de pouvoir envisager la transformation. Il invite les travailleurs à s'éloigner de l'existant pour simuler des activités futures.

L'approche par les capacités enrichit les deux disciplines. La méthode clinique peut bénéficier pleinement de cette approche qui considère la réalisation du travail dans son ensemble, sa globalité mais aussi profiter de l'examen microscopique de l'activité dans la mise en œuvre des processus. Il est important de rappeler que même si l'approche par les capacités est un apport important dans l'analyse du travail, elle ne constitue nullement à elle seule une méthode d'analyse du travail.

6. Modèle de recherche et approche par les capacités

Le modèle de recherche initial proposé (figure 20), était issu de l'analyse bibliographique préliminaire à ce type de travail. Ce modèle a conduit nos réflexions et actions sur le terrain jusqu'à ce qu'il puisse être remis en question par les résultats obtenus.

Il apparaît que le cheminement, relativement linéaire entre les différentes étapes nécessaires jusqu'à l'accomplissement, n'est pas complètement satisfaisant en termes de construction de l'action. La linéarité de l'enchaînement proposé ne traduit pas la complexité des éléments à prendre en compte dans la réalisation du travail. Celle-ci est le résultat de la rencontre et de l'équilibre entre trois facteurs indispensables : les capacités, les opportunités et les ressources opératoires. Le rôle de l'environnement est majeur en ce qu'il est pourvoyeur d'opportunités et de ressources. A ce titre, il devient capacitant lorsque ces opportunités et ressources sont bien présentes et disponibles pour le travailleur. Nous proposons alors un modèle qui reprend le nécessaire équilibre entre les capacités, les opportunités et les ressources opératoires.

L'équilibre entre les capacités, les opportunités et les ressources opératoires est fondamental. La relation entre les capacités et les opportunités traduit l'indispensable nécessité pour le travailleur de découvrir plusieurs directions possibles dans ses choix. L'adéquation entre ses propres capacités et les opportunités offertes par l'environnement dans lequel il évolue garantit une activité constructive bénéfique pour le développement de sa santé. Le lien qui unit les opportunités et les ressources opératoires joue également un rôle incontournable dans l'action. Il témoigne des marges de manœuvre indispensables pour prévoir, mais aussi réguler l'activité de travail. L'accès et/ou la création de ces marges de manœuvre participent au développement du pouvoir d'agir. La liaison entre les capacités et les ressources opératoires permet également de libérer le pouvoir d'agir, reliant activité constructive et activité productive. Les capacités sont renforcées par les ressources opératoires, pouvant même participer à la création de certaines d'entre elles (figure 65).

L'équilibre ainsi réalisé entre les capacités, les opportunités et les ressources opératoires participe à l'apparition de facteurs de conversion rendant le travail réalisable dans la réalité.

Cependant, malgré l'intérêt de l'approche de Sen, il subsiste un frein à son déploiement dans l'intervention ergonomique. Cette approche ne s'accompagne pas de ses propres outils d'investigation mais doit emprunter aux disciplines dans lesquelles elle est déployée. Pour affirmer son intérêt unique, il aurait été intéressant qu'elle propose une démarche et des outils propres aux objectifs qu'elle poursuit. Le fait de s'accompagner systématiquement des outils de la discipline dans

laquelle elle est envisagée peut créer un biais. N'ayant pas assez de distance avec les outils, l'intérêt de cette approche peut se perdre dans des considérations éloignées de l'objet de recherche initial.

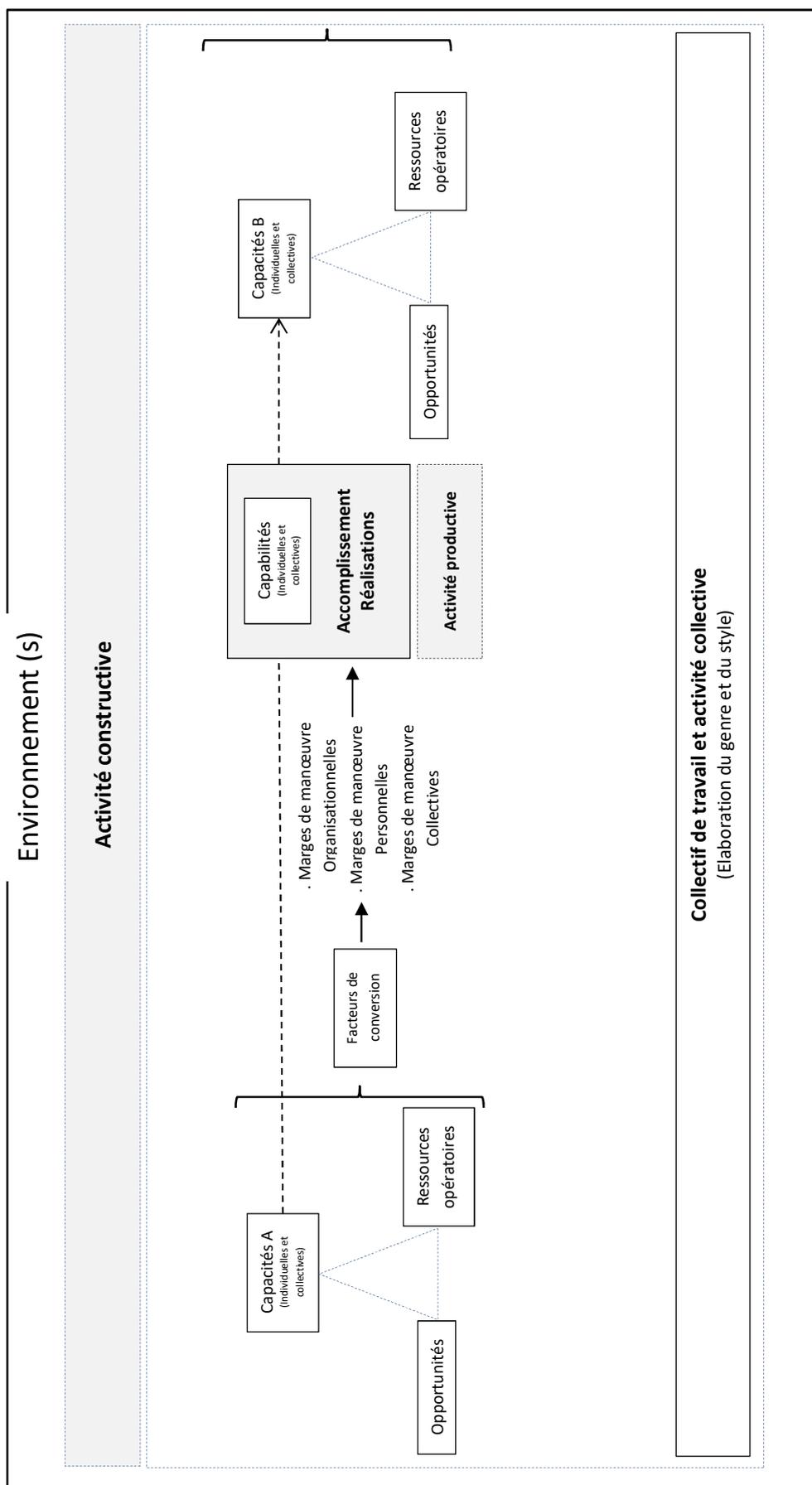


Figure 65 : Approche par les capacités pour le développement de la santé au travail

7. Réflexions et perspectives sur la recherche

7.1. Approche par les capacités et pratique de l'ergonomie

L'approche par les capacités, de par tous les éléments qui la composent, interroge l'analyse du travail et la pratique de l'ergonomie. Les résultats présentés dans cette recherche auraient-ils été les mêmes sans cette approche ? L'analyse de l'activité aurait-elle proposé les mêmes résultats ?

Sans l'approche par les capacités, l'orientation de l'analyse de l'activité aurait différé légèrement. En effet, le focus aurait été positionné davantage sur les tensions du travail pour comprendre les régulations en œuvre. Le système Résultats/Objectifs/Moyens/Etat interne aurait été au cœur de l'analyse. L'approche par les capacités a permis de prendre de la distance avec ce système libérant la vision portée par l'activité.

L'approche par les capacités ne reste qu'un prisme de lecture de l'activité. Elle ne se positionne pas comme un outil d'analyse du travail. Les autoconfrontations ont joué ce rôle. Ce sont elles qui ont favorisé une analyse approfondie du travail. Finalement, l'approche par les capacités doit rester ce qu'elle est : un outil de lecture de l'activité aidant à se questionner sur la construction et le développement de la santé au travail.

A plusieurs égards, elle offre des socles communs avec les notions proposées par l'ergonomie et la psychologie du travail. Par exemple, la notion de marges de manœuvre, indispensable dans l'analyse ergonomique, trouve un écho avec la notion d'opportunités. Les notions de processus offrent tout de même une plus grande compréhension des choix effectués dans les modes opératoires. L'approche par les capacités est sans aucun doute une approche optimisant l'analyse de l'activité, notamment par sa nature constructive, participant largement au développement de l'homme au travail.

A notre connaissance, très peu de travaux ont été proposés en ergonomie utilisant cette approche (Falzon, 2013 ; Arnoud, 2013). N'étant pas à l'origine une approche opérationnelle de terrain, peut-être a-t-elle besoin que l'ergonomie et la psychologie du travail se saisissent davantage d'elle pour la questionner, la remodeler, l'optimiser pour la transformer en véritable instrument d'analyse de l'activité.

7.2. Approche par les capacités et projet de recherche au CHU de Bordeaux

L'approche par les capacités ouvre un pan de recherche intéressant à l'hôpital dans l'accompagnement des projets divers menés par les différentes directions.

En santé au travail, il semble incontournable de proposer cette approche dans la question de la gestion des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS). Au-delà des considérations classiques prises en compte dans la prévention des TMS, comme l'effort exercé, le travail répétitif ou encore les gestes et postures, l'approche par les capacités apporte une vision nouvelle sur ce que le travailleur est capable de faire dans son travail malgré les empêchements qui peuvent être rencontrés. Les demandes sur la problématique des TMS alimentent constamment l'activité des membres de l'équipe des IPRP du Service de Santé au travail du CHU de Bordeaux, autant au niveau de demandes individuelles que pour des projets sur les collectifs. Il nous semble cohérent de proposer le pilotage de futurs projets de recherche relatifs aux TMS sur l'ensemble du CHU, projets dont les contours sont encore à définir et qui pourraient répondre aux questions suivante :

. Le rôle des facteurs de conversion dans l'activité de travail peut-il être un levier déterminant dans la prévention des TMS ?

. La notion d'environnement capacitant peut-elle être un socle de construction d'une prévention primaire des TMS ?

Les projets architecturaux et organisationnels peuvent bénéficier également pleinement de cette approche, notamment en mettant en avant la possibilité de créer des environnements capacitants optimisant les systèmes de travail futurs ou simplement modifiés.

Conclusion

L'apport de l'approche par les capacités est incontestable. Créée au départ pour apporter davantage de liberté aux peuples d'un point de vue macroéconomique, elle s'inscrit dans la lignée des concepts universels pour traiter les grands sujets de société, précisément ici, la santé de l'homme au travail.

Les approches pour envisager la santé au travail sont nombreuses, nous l'avons vu, témoignant de la complexité de cette question. Les résultats proposés dans cette recherche ne se positionnent qu'en pistes de réflexion supplémentaires à ce qui a été proposé jusqu'ici. Ils proposent un cheminement pour construire la santé au travail et la préserver. C'est dans la liberté de ce cheminement que la santé se développe.

Les résultats ont montré l'importance de certaines notions dont notamment celle de capacités, inscrites dans la mise en œuvre de processus constitutifs du travail. Les notions d'opportunités et de facteurs de conversion renforcent celle des capacités, démontrant toute la complexité dans la construction de modes opératoires à cheval à la fois sur l'activité productive et l'activité constructive.

L'approche par les capacités se positionne comme un instrument de lecture de l'activité tout à fait performant si elle est accompagnée des instruments de l'analyse ergonomique plus classique. Le défaut de cette approche réside dans son manque d'opérationnalité intrinsèque. Sans les informations recueillies grâce aux autoconfrontations, cette approche ne peut rien expliquer de la construction de la santé au travail. Le risque est alors de voir des managers élaborer des matrices de compétences issues du travail prescrit, sans racines ancrées profondément dans le travail réel.

Nos résultats fournissent un regard différent de ce que l'ergonomie ou la clinique de l'activité peuvent fournir habituellement. Le positionnement s'opère plus largement sur le sujet, regardant ses interactions avec son environnement. Même si l'ergonomie et la clinique de l'activité s'interrogent sur cette relation, l'approche par les capacités questionne le sujet dans son activité développementale et constructive.

Notre recherche, plus par son approche que par sa méthodologie, questionne la pratique usuelle de l'ergonomie. Mais n'est-ce pas là un des grands intérêts de la discipline que de pouvoir mettre à l'épreuve du travail réel des grands principes empruntés à d'autres disciplines ?

Cette thèse montre l'importance d'amener l'hôpital à comprendre pourquoi et comment la construction de la santé de ses agents se construit afin de protéger cette

première et indispensable ressource. Cette compréhension peut s'inscrire dans un développement durable de cette ressource en la préservant à tout prix et en favorisant les éléments qui participeront à la construction et au développement de la santé au travail.

Compte-tenu des apports de cette recherche et des limites qui y sont forcément associées, de nouvelles interrogations pourraient être soumises au questionnement et à la recherche : serait-il possible de formaliser l'approche par les capacités en l'équipant de ses propres outils d'investigation ? Ou encore, comment cette approche peut aider le décideur et le manager à envisager la performance ? Cette approche peut être encore source de nombreuses questions que nous laissons, maintenant, aux futurs chercheurs qui voudraient s'en emparer.

Bibliographie

Acker, F. (2005) Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *Revue française des affaires sociales*, 1, 161-181. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-161.htm?contenu=article>

Althaus, V., Kop, J.-L., & Grosjean, V. (2013). Recension critique des modèles théoriques reliant environnement de travail, stress et santé : vers un méta-modèle. *Le Travail Humain*76 (2), 81–103.

Appay, B., & Thébaud-Mony, A. (1997). *Précarisation sociale, travail et santé*. Iresco.

Arnoud, J. (2013). *Conception organisationnelle : pour des interventions capacitanes*. [Thèse de doctorat, Conservatoire National des Arts et Métiers]. Theses.fr. <http://www.theses.fr/2013CNAM0891>

Arnoud, J., & Falzon, P. (2013). Changement organisationnel et reconception de l'organisation : des ressources aux capacités. *Activités*, 10(2), 109-130. <http://www.activites.org/v10n2/v10n2.pdf>

Askenazy, P., Cartron, D., De Coninck, F., & Gollac, M. (2006). *Organisation et intensité du travail*. Octarès.

Aron, R. (1998). *Essai sur les libertés*. Hachette.

Aubret, J. (1993). *Savoir et pouvoir : les compétences en question*. PUF.

Audoux, C., & Gillet, A. (2020). Les collectifs de travail comme ressource. Capacitation et management. Dans F. Rey et C. Vivès (dirs.), *Le monde des collectifs. Enquêtes sur les recompositions du travail* (pp. 251-271). Teseo.

Bakhtine, M. (1970). *La poétique de Dostoïevski*. Points Seuil.

Bakhtine, M. (1984). *Esthétique de la création verbale*. Gallimard.

Batal, C., & Fernagu-Oudet, S. (2013). Compétences, un folk concept en difficulté ? *Savoirs*, 33, 23-44.

Begon, E., & Mairesse, P. (2013). Réflexivité et capacité : la part de la création dans l'activité. *Education Permanente*, 196, 39-52.

Bénion, A. (2010, novembre). *Quelles conditions organisationnelles, managériales et de GRH pour l'émergence d'un environnement favorable à la construction de la santé des agents en centres d'appels ?* [Conférence]. XXIème Congrès de l'Association de Gestion des Ressources Humaines [AGRH], Saint-Malo.

Bescos P.L., Dobler P., Mendoza C., Naulleau G., Giraud F., & Lerville Anger V., (1997). *Contrôle de gestion et management*. Editions Montchrestien.

Binon, C., Valléry, G., Lancry, A., & Leduc, S. (2013, août). *L'accessibilité sociocognitive : apports de l'ergonomie dans la conception d'environnements capacitants*. [Conférence]. 48^{ème} congrès international de la Société d'Ergonomie de Langue Française « Ergonomie et Société : quelles attentes, quelles réponses ? », Paris.

Bisseret, A., Sebillotte, S., & Falzon, P. (1999). *Techniques pratiques pour l'étude des activités expertes*. Octarès Editions.

Böhle F., & Milkau B. (1998), *De la manivelle à l'écran. L'évolution de l'expérience sensible des ouvriers lors des changements technologiques*. Editions Eyrolles.

Bonvin J.-M., & Farvaque, N. (2006). "Promoting Capability for Work. The Role of Local Actors". Dans S. Deneulin, M. Nabel, & N. Sagovsky (dirs.), *The Capability Approach. Transforming Injust Structures*. Dordrecht.

Boubée, N. (2012). La méthode de l'autoconfrontation : une méthode bien adaptée à l'investigation de l'activité de recherche d'information ? *Etudes de communication*, 35. <https://journals.openedition.org/edc/2265>

Bouisset, S. (1960). *Perspectives actuelles de la physiologie industrielle*. [Conférence] 8^{ème} cycle de conférences de l'AFAP. SADEP éditeur.

Bourgeois F., & Hubault F. (2005). Prévenir les TMS. De la biomécanique à la revalorisation du travail, l'analyse du geste dans toutes ses dimensions. *Activités*, 2(1), 20-36. <http://www.activites.org/>

Bué, J., Coutrot, T. & Puech, I. (2004). *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*. Octarès.

Bryson, J. & Merritt, K. (2007). Le travail et le développement des capacités. *Formation-emploi*, 98, 41-54. <http://formationemploi.revues.org:1777>

Cambridge dictionary. Capability.
<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/>

Cahour, B., & Licoppe, C. (2010). Confrontations aux traces de son activité. Compréhension, développement et régulation de l'agir dans un monde de plus en plus réflexif. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4 (2), 243-253.

Cambridge dictionary. Capacity.
<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/>

Canguilhem, G. (1947). Milieux et normes de l'homme au travail. *Cahiers internationaux de sociologie*, 3, 120-136.

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. www.cnrtl.fr/

Chatigny, C. (2001). Les ressources de l'environnement : au cœur de la construction des savoirs professionnels en situation de travail et de la protection de la santé. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 3 (2), 2-17.
<https://pistes.revues.org/3719>

Cifali, M., & Gisut-Desprairies, F. (2006). *De la clinique. Un engagement pour la formation et la recherche*. De Boeck.

Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. PUF.

Clot, Y. (2002). Clinique du travail et psychopathologies du travail. *Cliniques méditerranéennes*, 66, 5-10.

Clot, Y. (2003). *Le collectif dans l'individu ?* [Conférence]. 38^{ème} congrès de la SELF, Paris.

Clot, Y. (2005). L'autoconfrontation croisée en analyse du travail : l'apport de la théorie bakhtinienne du dialogue. Dans L. Filliettaz & J.-P. Bronckart, (dirs.), *L'analyse des actions et des discours en situation de travail. Concepts, méthodes et applications* (35-55). Peeters, BCILL.

Clot, Y. (2006a). Action et connaissance en clinique de l'activité, *Activités*, 1(1), 23-33. [https://doi : 10.4000/activites.1145](https://doi.org/10.4000/activites.1145)

Clot, Y. (2006b). Une intensification du travail peut-elle en cacher une autre ? Dans P. Askenazy, D. Cartron, F. de Coninck & M. Gollac (dirs.), *Organisation et intensité du travail*. (p. 313-317). Octarès.

Clot, Y. (2008a). *Santé & Travail*, 63

Clot, Y. (2008b). *Travail et pouvoir d'agir*. PUF.

Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux*. Editions La découverte.

Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2001). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Education permanente*, 146(1), 17-25.

Clot, Y., & Leplat, J. (2005). La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail. *Le Travail Humain*, 68(4). <https://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2005-4-page-289.htm>

Clot, Y. & Lhuillier, D. (2015). *Perspectives en clinique du travail*. Erès

Clot, Y., & Simonet, P. (2015). Pouvoirs d'agir et marges de manœuvre. *Le travail humain*, 78 (1), p. 31-52.

Collins. Capability. <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/>

Collins. Capacity. <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/>

Cooper, C. L., & Marshall, J. (1976). Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. *Journal of Occupational Psychology*, 49(1), 11-28.

<https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1976.tb00325.x>

Corteel, C., & Zimmermann, B. (2007). Capacités et développement professionnel. *Formation emploi*, (98), 25-39.

Coutarel, F., & Petit, J. (2009). Le réseau social dans l'intervention ergonomique : Enjeux pour la conception organisationnelle. *Management et Avenir*, 7(27), 135-151.

Coutarel, F., & Petit, J. (2013). Prévention des TMS et développement du pouvoir d'agir. Dans P. Falzon (dir), *Ergonomie constructive* (pp. 175-190). PUF.

Coutarel, F., Caroly, S., Vézina, N., & Daniellou, F. (2015). Marge de manœuvre situationnelle et pouvoir d'agir : des concepts à l'intervention ergonomique. *Le travail humain*, 78 (1), 9-29. <https://doi.org/10.3917/th.781.0009>

Coutarel, F., Daniellou, F., & Dugué, B. (2003). Interroger l'organisation du travail au regard des marges de manœuvre en conception et en fonctionnement. La rotation est-elle une solution aux TMS ? *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 5(2), 1-28. <http://pistes.revues.org/3328>

Cru, D. (2016). Les règles du métier. *Travailler*, 1(35), 35-52.
<https://www.cairn.info/revue-travailler-2016-1-page-35>

Daniellou, F. (1986). *L'opérateur, la vanne, l'écran*. Editions de l'ANACT.

Daniellou, F. (1997, septembre). *Evolutions de l'ergonomie francophone : théories, pratiques et théories de la pratique*. [Conférence]. Congrès de la SELF, Lyon.

Daniellou, F. (1998). Une contribution au nécessaire recensement des "Repères pour s'affronter aux TMS. Dans F. Bourgeois (dir.), *TMS et évolution des conditions de travail : les actes du séminaire* (pp. 35-46). Paris : Coll. Études et Documents, ANACT.

Daniellou, F. (2002, septembre). *Le travail des prescriptions*. [Conférence]. 37^{ème} Congrès de la SELF, Aix-en-Provence.

Daniellou, F. (2005). The French-speaking ergonomists' approach to work activity: cross-influences of field intervention and conceptual models. *Theoretical issues in ergonomics science*, 6 (5), 409 – 427.

Daniellou, F., & Guérin, F. (1996). *Comprendre le travail pour le transformer*. ANACT.

Davezies, P. (1993). Éléments de psychodynamique du travail. *Éducation Permanente*, 116(3), 33-46.

Davezies, P. (1995)., Position du médecin du travail face aux dimensions cognitives, psychiques et relationnelles du travail. *Archives des maladies professionnelles*, 56 (4), 294-306.

Davezies, P. (1999). Evolution des organisations du travail et atteintes à la santé. *Travailler*, 3, 87-114.

Dejours, C. (1980) *Travail, usure mentale*. Essai de psychopathologie du travail. Éditions du Centurion,.

Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail. *Le travail humain*, 58(1), 1-16.

Dejours, C. (1998). *Souffrance en France*. Le Seuil.

Dejours C., (2000) *Travail et usure mentale*. Bayard.

Dejours, C. (2009a). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Editions Points Poche.

- Dejours, C. (2009b). *Travail vivant : Travail et émancipation*, (2). Payot et rivages.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Jonge, J., Janssen, P.P.M., & Schaufeli, W.B. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27 (4), 279-286.
- De Montmollin, M. (1984). *L'intelligence dans la tâche : éléments d'ergonomie cognitive*. Peter Lang.
- De Montmollin, M. (1993, septembre). Compétences, charge mentale, stress : Peut-on parler de santé cognitive ? [Conférence]. 27^{ème} congrès de la SELF. Genève.
- De Montmollin, M. (1996). *La gestion des compétences*. Editions de l'organisation.
- De Munck, J. (2008). Qu'est-ce qu'une capacité ? Dans J. de Munck & B. Zimmerman (dirs.), *La liberté au prisme des capacités. Amartya Sen au-delà du libéralisme* (pp. 21-49). EHESS.
- Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psychosociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, 1(19), 57-80.
[http://doi : 10.3917/neg.019.0057](http://doi:10.3917/neg.019.0057)
- Dictionnaire Larousse. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- Doise, W. (1982). *L'explication en psychologie sociale*. PUF.
- Dubois, J.L., & Rajanoa Daka, K. (2008). Culture managériale du 19^{ème} siècle, *Qualitative, Business Ethics*, 202, 23-26.
- Duboscq, J., & Clot, Y. (2010). L'autoconfrontation croisée comme instrument d'action au travers du dialogue : objets, adresses et gestes renouvelés. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4 (2), 255-286.
- Duhau, I., Laget, P.L., & Laroche, C. (2012). *L'Hôpital en France, histoire et architecture*. Lieux Dits.
- Edwards, K., & Langaa Jensen, P. (2014). Design of systems for productivity and well-being. *Applied Ergonomics*, 45, 26-32.
- Estryn-Béhar, M. (1996). *Ergonomie hospitalière. Théorie et pratique*. Octarès Editions.
- Estryn-Béhar, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Presses de l'Ecole des Hautes-Etudes en Santé Publique.

- Estryn-Béhar, M., Leimdorfer, F., & Picot, G. (2010). Comment les médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. *Revue française des affaires sociales* (4), 27-52.
- Estryn-Béhar, M, Muster, D. (2007). Promouvoir la santé des soignants. *Le concours médical*, 129 (29/30), 1020-1025.
- Evanoff, B. (2006). Etudes d'intervention ergonomique chez les soignants. *Documents pour le médecin du travail*, 106, 187-194.
- Falzon, P. (1994). Les activités méta-fonctionnelles et leur assistance. *Le Travail Humain*, 57(1), 1-23.
- Falzon, P. (1996). Des objectifs de l'ergonomie. Dans F. Daniellou (dir.), *L'ergonomie en quête de ses principes : Débats épistémologiques* (p. 233-242). Éditions Octarès.
- Falzon, P. (2005, décembre). *Ergonomics, knowledge development and the design of enabling environments*. [Conférence]. Humanizing Work and Work Environment HWWE'2005, Guwahati.
- Falzon, P. (2007). Enabling Safety : Issues in Design and Continuous Design. *Cognition, technology and work*, 10(1), 7-14.
- Falzon, P. (2013). *Ergonomie constructive*. PUF.
- Falzon, P., Sauvagnac, C., & Chatigny, C. (1996, juin). *Collective knowledge elaboration*. [Conférence] COOP'96, Juan-les-Pins.
- Falzon, P., & Teiger, C. (1995) Construire l'activité. *Performances Humaines & Techniques*, n° hors série (Septembre), 34-39.
- Farvaque, N. (2006). Bases d'information et conventions de réalisation dans l'approche par les capacités de Sen. Dans F. Eymard-Duvernay (dir.), *L'économie des conventions, méthodes et résultats* (p.159-173). La Découverte.
- Farvaque, N. (2008). Faire surgir des faits utilisables. Comment opérationnaliser l'approche par les capacités ? Dans J. de Munck & B. Zimmerman (dirs.), *La liberté au prisme des capacités. Amartya Sen au-delà du libéralisme* (p. 51-80). EHESS.
- Faurie, I, & Almudever, B. (2020). *La santé psychique au travail*. Les éditions In Press.
- Fernagu-Oudet, S. (2001). Voyage au cœur de la compétence... ou pour une épistémologie de la pratique. *Actualité de la formation permanente*, 170, 8-20.

Fernagu-Oudet, S. (2003). L'ingénierie de la professionnalisation, un nouvel enjeu pour les responsables de formation. *Actualité de la formation permanente*, 183, 127-131.

Fernagu-Oudet, S. (2004). Ingénierie de professionnalisation et didactique professionnelle. *Recherche et Formation*, 46, 117-135.

Fernagu-Oudet, S. (2012a). Concevoir des environnements de travail capacitants : l'exemple d'un réseau réciproque d'échanges des savoirs. *Formation emploi*, 119, 7-27.

Fernagu-Oudet, S. (2012b). Favoriser un environnement « capacitant » dans les organisations. Dans E. Bourgeois & M. Durand (dirs.), *Apprendre au travail* (p. 201-2013). PUF.

Fernagu-Oudet, S. (2014a). Agir collectif et environnement capacitant. *Education Permanente, Hors-série AFPA*, 171-186.

Fernagu-Oudet, S. (2014b). Organisation et apprentissages : pour une éthique du pouvoir d'agir. Dans M. Beauvais & M. Haudiquet (dirs.), *Ethique et ingénierie de la formation* (p. 35-52). L'Harmattan.

Fernagu-Oudet, S. (2016). L'approche par les capacités au prisme de la formation. Dans S. Fernagu-Oudet & C. Batal (Dirs.), *(R) évolution dans le management des ressources humaines : des compétences aux capacités* (p. 371-391). Septentrion.

Fernagu-Oudet, S. (2017). Le développement des compétences des formateurs de la Police Nationale : une lecture à partir de l'approche par les capacités. *Recherche et formation*, 84, 83-100.

Fernagu-Oudet, S. (2018). Pour une sociopédagogie des environnements capacitants : Les capacités au prisme de la capacité à s'autodéterminer. Le cas des Clubs d'échange et de réflexion de dirigeants de PME. *Formation Emploi*, 142, 231-254.

Flageul-Caroly, S. (2001). *Régulations individuelles et collectives des situations critiques dans un secteur des services : le cas des guichetiers*. (Thèse de doctorat, Université de Paris V). <https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-01313728/document>

French, J.R., & Kahn, R.L. (1962). A Programmatic Approach to Studying the Industrial Environment and Mental Health. *Journal of Social Issues*, 18, 1-47. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1962.tb00415.x>

Gaillard I., & De Terssac G.(2013). Compétences organisationnelles et santé. *Sociologies pratiques* 1(26), 19-26, [https:// :DOI : 10.3917/sopr.026.0019](https://doi.org/10.3917/sopr.026.0019)

- Garrigou, A. (2021). Cours de Master de Santé Publique. Université de Bordeaux.
- Gilbert, P. (2006). La compétence : concept nomade, significations fixes. *Psychologie du travail et des organisations*, 12 (12), 67-77.
- Giust-Desprairies, F. (2013). *Le métier d'AMP. Construction d'une identité professionnelle*. Dunod.
- Gouedard, C., & Rabardel, P. (2012). Pouvoir d'agir et capacités d'agir : une perspective méthodologique ?, *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 14(2). <http://pistes.revues.org/2808Document>
- Graesser, A. (1978). How to catch a fish : The memory and representation of common procedures . *Discourses Processes*, 1, 79-89.
- Graesser, A., Robertson, S., Lovelace, E., & Swinehart, D. (1980). Answers to Why-questions expose the organization of story plot and predict recall of action. *Journal of verbal learning and verbal behavior*, 19, 110-119.
- Graesser, A., Robertson, S., & Anderson P. (1981). Incorporating inferences in narrative representations : A study of How and Why. *Cognitive psychology*, 13, 343-370.
- Grant, A., & Ashford, S. (2008). The dynamics of proactivity at work. *Research in Organizational Behavior*, 28, 3-34.
- Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F, Durafourg, J., & Kerguelen, A. (1991). *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie*. Edition ANACT.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, 250-279.
- Haq, K., & Ponzio, R. (2008). *Pioneering the Human Development Revolution. An Intellectual Biography of Mahbub ul Haq*. Oxford University Press.
- Henry, M. (1987). *La barbarie*. Grasset.
- Hubault, F. (1995). A quoi sert l'analyse de l'activité en ergonomie. *Performances Humaines et Techniques*, N° hors-série Séminaire Paris 1, septembre 1995.
- Hubault, F. (2004). La ressource du risque. Dans F. Hubault (dir.) , *Travailler une expérience quotidienne du risque*. Octarès.

Karasek, R. (1979). Job demands, Job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 2(24), 285-308.

Karasek, R., & Theorell, T., (1990). *Healthy Work : Stress, Productivity, and the Reconstruction of the Working Life*. Basic Books.

Lagabrielle, C. (2021). *Evolution de l'intérêt pour la santé en relation avec le travail*. Cours de Master Psychologie du Travail et des Organisations. Université de Toulouse.

Lancry, A., & Ponnelle, S. (2004). La santé psychique au travail. Dans E. Brangier & A. Lancry (dirs.), *Les Dimensions humaines du travail : théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations* (285-312). Presses universitaires de Nancy.

Laville, A. (1998). Le vieillissement au travail. Dans A. Kergoat (dir.), *Le monde du travail*. La Découverte.

Le Boterf, G. (1994). *De la compétence*. Les Editions d'Organisation.

Le Boterf, G. (1998). *L'ingénierie des compétences*. Editions d'Organisation.

Le Boterf, G. (2006). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Editions d'Organisation.

Le Boterf, G. (2011). Agir et interagir en professionnel compétent et responsable. *Education Permanente*, 188, 97-112.

Le Lan, & R., Baubeau D. (2004). Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé, *Études et Résultats*, Drees, n° 335. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er335.pdf>

Lemoine, L. (2012) La psychologie du travail et des organisations : recherche et intervention. Dans J.L. Bernaud, et al (Dirs.). *Traité de psychologie du travail et des organisations*. Dunod.

Lépine, V. (2009). La reconnaissance au travail par la construction d'une relation agissante, *Communication et organisation*, 36, 96-107. <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/941>

Leplat, J. (1992). *L'analyse du travail en psychologie ergonomique*. Octarés.

Leplat, J. (1996). L'organisation peut-elle apprendre ? *Revue de l'ANDCP Personnel*, 336, pp. 43-45.

- Lévy-Leboyer, C. (1996). *La gestion des compétences*. Editions de l'organisation.
- Lewin, K. (1951). Intention, will and need. Dans D. Rapaport (dir.), *Organization and pathology of thought: Selected sources* (pp. 95–153). Columbia University Press. <https://doi.org/10.1037/10584-005>
- Lhuillier, D. (2006). *Cliniques du travail*. Erès.
- Lhospital, O. (2017). *Evaluation des interruptions de tâches*. Service de Chirurgie colorectale. Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux.
- Longman. Capability. <https://www.ldoconline.com/search/?q=>
- Longman. Capacity. <https://www.ldoconline.com/search/?q=>
- Malglaive, G. (2005). *Enseigner à des adultes*. PUF
- Martin, C., & Gadbois, C. (2004). L'ergonomie à l'hôpital. Dans P. Falzon (dir.), *Ergonomie* (603-619). Presses Universitaires de France.
- Mayen, P., & Olry, P. (2012). Expérience du travail et développement pour de jeunes adultes en formation professionnelle. *Recherche et Formation*, 2(70), 91-106.
- Minet, F. (1994). *La compétence, mythe, construction ou réalité*. L'Harmattan.
- Minvielle, Y. (1997). *L'ingénierie de formation*. [Mémoire CNED].
- Mhamdi, A (1998). Activité de réflexion collective assistée par vidéo : activité constructive de nouveaux savoirs. Dans Dessaigne, M.-F. & Gaillard, I., (dirs.). *Des évolutions en ergonomie* (pp. 135-144). Octarés.
- Mollo, V. (2002, septembre). *La construction des procédures par la pratique : le rôle des outils ergonomiques*. [Conférence]. 37^{ème} congrès de la SELF, Aix-en-Provence.
- Mollo, V., & Falzon, P. (2004). Auto- and allo-confrontation as tools for reflective activities. *Applied Ergonomics*, 35, 531-540.
- Mollo, V., & Falzon, P. (2005, mars). *How practitioners do effectively articulate Evidence-based medicine and patient-based medicine in everyday practice ?* [Conférence]. International Conference on Healthcare Systems and Patient Safety (HEPS), Florence.

Morvan, E., Delecroix, B., Quillerou, E. (2015). Dynamiques des marges de manœuvre et santé au travail : le cas d'un projet d'organisation en « opérateurs tournants. *Le travail humain*, 78 (1), 53-65.
<https://doi.org/10.3917/th.781.0053>

Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. Dans R. M. Farr & Moscovici (dirs.), *Social representations*. Cambridge University Press.

OMS, Banque de données en santé publique, « Glossaire multilingue », <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Oboeuf, A., D'Arripe, A., Fantoni, C., & Collard, L. (2016). Proposition d'une méthodologie par grille d'observation pour décrypter les capacités : illustration dans un pôle d'activités et de soins adaptés. *Journal International de Bioéthique*, 1(27), 177-202. [https://Doi : 10.3917/jib.271.0177](https://doi.org/10.3917/jib.271.0177)

Oxford Learner's Dictionnaires. Capability.
<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/>

Oxford Learner's Dictionnaires. Capacity.
<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/>

Pavageau, P. (2005). *Au-delà des horaires, le poids du travail sur la santé des travailleurs postés : étude ergonomique auprès de personnels de surveillance des établissements pénitentiaires* [Thèse de doctorat, Conservatoire National des Arts et Métiers].

Pavageau, P., Nascimento, A., & Falzon, P. (2007). Les risques d'exclusion dans un contexte de transformation organisationnelle. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 9(2), 2-17. <http://pistes.revues.org/2960>

Perrenoud, P. (2004). *Construire les compétences dès l'école*. ESF.

Petit, J., & Dugué, B. (2013). Quand l'organisation empêche un travail de qualité : étude de cas. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 15(2), 2-18. <http://pistes.revues.org/3419>

Petit, J., Dugué, B., & Daniellou, F. (2011). L'intervention ergonomique sur les risques psychosociaux dans les organisations : enjeux théoriques et méthodologiques. *Le travail humain*, 74(4), 391-409. <https://doi.org/10.3917/th.744.0391>

Picot, G. (2005). Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable. Le cas de deux services hospitaliers. *Revue française des affaires sociales*, 1, 83-100.

- Poupin-Petit, S , & Delay, F. (2014). *Note sur l'absentéisme pour raison de santé*. CHU de Bordeaux
- Rabardel, P. (1995). *Les hommes et les technologies, approche cognitive des instruments contemporains*. Armand Colin.
- Rabardel, P. (1998). *Ergonomie. Concepts et méthodes*. Octarés.
- Rabardel, P. (2005). Instrument, activité et développement du pouvoir d'agir. Dans L. Philippe & R. Teulier (dirs), *Entre connaissance et organisation: l'activité collective* (pp. 251-265). La Découverte.
- Rabardel, P., Carlin, N., Chesnais, M., & Lang, N. (1998). *Ergonomie : Concepts et méthodes*. Octarès.
- Rabardel, P., & Pastré, P. (2005). *Modèles du sujet pour la conception : dialectiques, activités, développement*. Octarès.
- Rachedi, Y., Vidal-Gomel, C., Bonnemain, A., Bourdeau, C. & Gébaï, D. (2009, juin). *Quelques réflexions pour concevoir des situations capacitanes en ESAT : pour un parcours d'insertion durable*. [Conférence]. VIIe congrès national du GEDER. France.
- Rasmussen, J. (1997). Risk management in a dynamic society: A modeling problem. *Safety Science*, 27(2-3), 183-213.
- Raybois, M. (2014). La santé des soignants altérée par les relations. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 16(3), 2-18. <http://pistes.revues.org/4072>
- Renaud, M. (1995). *Le terme " empowerment " est-il un concept creux ?* [Conférence] Les centres communautaires de santé : au centre des réformes des systèmes de santé.
- Réseau CHU <https://www.reseau-chu.org/article/les-chu-donnees-reperes-2017/>
- Rix, G. (2002). De l'autoconfrontation à la perspective subjective. Les rétroactions vidéo : perspectives d'évolution. *Expliciter*, 46, 23-34.
- Rix-Lièvre, G. (2010). Différents modes de confrontation à des traces de sa propre activité. Vers une confrontation à une perspective subjective située. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4 (2), 358-379.
- Robeyns, I. (2006). The Capability Approach in Practice. *The Journal of Political Philosophy*, 14 (3), 351-376.

Saint-Vincent, M., Vézina, N., Bellemare, M., Denis, D., Ledoux, E., Imbeau, D., & Lapierre, J. (2011). *L'intervention en ergonomie*. Éditions Multi Mondes.

Salais, R. (2009, juin). *L'approche par les capacités et le travail*. [Conférence]. Colloque Travail, Identité, métier : quelles métamorphoses, Paris.

Samurçay, R., & Rabardel, P. (2004). Modèles pour l'analyse de l'activité et des compétences : propositions. Dans R. Samurçay et P. Pastré (dirs.), *Recherches en didactique professionnelle* (p. 163-180). Octarès.

Schwartz, Y. (2000). *Le Paradigme ergologique ou un Métier de philosophe*. Octarès.

Sen, A. (1987). *On Ethics and Economics*. Basil Blackwell.

Sen, A. Nussbaum, M. (1993). *The Quality of Life*. Clarendon Press Oxford University

Sen, A. (2000). *Repenser l'inégalité*. Seuil.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>

Singleton, W.T. (1972). *Introduction to Ergonomics*. World Health Organization. Geneva.

Six-Touchard, B., & Falzon, P. (2013). L'auto-analyse du travail : une ressource pour le développement des compétences. Dans Falzon, P. (dir.), *Ergonomie constructive* (pp. 237-249). Presses Universitaires de France.

Smith, M.J., & Sainfort, P. (1989). A balance theory of job design for stress reduction. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 4, 67–79.

Sznelwar, L., & Hubault, F. (2015). Un sujet, mais quel sujet ? La question de la subjectivité en ergonomie. *Travailler*, 34, 53-74.

Teiger, C. (1993). Représentations du travail, travail de la représentation. Dans A. Weill-Fassina, P. Rabardel & D. Dubois (dirs.), *Représentations pour l'action* (pp. 311-344). Octarès.

Thibault J.F. (2009, mars). *Conditions de travail et performance*. [Conférence]. 16^{ème} Journées de Bordeaux sur la Pratique de l'Ergonomie. Bordeaux.

Uwamariya, A., & Mukamurera, J. (2005). Le concept de développement professionnel en enseignement : approches théoriques. *Revue des Sciences de l'Education*, 31(1), 133-155.

Vergnaud, G. (1994). *Apprentissages et didactiques, où en est-on ?* Hachette Education.

Verhoeven, M., Dupriez, V., & Oriane, J.F. (2009). Politiques éducatives et approche par les capacités. *Ethique publique*, 11(1). doi : 10.40000/ethiquepublique.1320

Vézina, M., Neboit, M. (2002). *Stress au travail et santé psychique*. Octarés.

Vidal-Gomel, C., Rachedi, Y., Bonnemain, A., & Gébaï, D. (2012). Concevoir des environnements capacitants en atelier de travail protégé. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 67(1), 122-146.

Villemain, A., & Lémonie, Y. (2014). Environnement capacitant et engagement des opérateurs : une mise en débat à partir de l'activité des techniciens de la base polaire Dumont d'Urville. *Activités*, 11(2), 26-43. <http://www.activites.org/v11n2/v11n2.pdf>

Wallon, H. (1983). *Les origines du caractère chez l'enfant*. PUF.

Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1975). *Changements, paradoxes et psychothérapie*. Editions du seuil.

Weill-Fassina, A., & Valot, C. (1997, septembre). *Le métier, ça va, mais le problème, c'est c'qu'y a autour*. [Conférence]. 32^{ème} congrès de la SELF, Lyon.

Wilson, J. R. (2012). Fundamentals of systems ergonomics. *Work*, 41, 3861-3868.

Winnicott, D. W. (1970). *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Payot.

Wisner, A. (1981). Eléments de méthodologie ergonomique, Méthodes utilisables de la physiologie et de la psychologie dans la réalité du travail. Dans J. Scherrer (dir.), *Précis de physiologie du travail. Notions d'ergonomie*. 2^{ème} édition. Masson.

Wittorsky, R. (1994). De la fabrication des compétences. *Education permanente*, 135, 60-63.

Zimmermann, B. (2008). Capacités et enquête sociologique. Dans J. de Munck & B. Zimmermann (dirs.), *La liberté au prisme des capacités. Amartya Sen au-delà du libéralisme* (p. 113-137). EHESS.

Annexes

Table des Annexes

ANNEXE 1 : Entretien d'autoconfrontation 1 - IDE de Chirurgie Colorectale et Pariétale

ANNEXE 2 : Entretien d'autoconfrontation 2 - IDE de Chirurgie Colorectale et Pariétale

ANNEXE 3 : Entretien d'autoconfrontation 3 - IDE de Chirurgie Hépatobiliaire et Transplantations hépatiques

ANNEXE 4 : Entretien d'autoconfrontation 4 - IDE de Chirurgie Hépatobiliaire et Transplantations hépatiques

ANNEXE 5 : Autoconfrontation simple – IDE de Chirurgie Colorectale et Pariétale

ANNEXE 6 : Autoconfrontation simple – IDE de Chirurgie Hépatobiliaire et Transplantations hépatiques

ANNEXE 7 : Autoconfrontation croisée – IDE de Chirurgie Colorectale et Pariétale

ANNEXE 8 : Autoconfrontation croisée – IDE de Chirurgie Hépatobiliaire et Transplantations hépatiques

ANNEXE 1 – Entretien d’autoconfrontation 1

Code entretien	A1	Agent	KM
Service	Chirurgie Colorectale et pariétale		
Support	Diagrammes de l’activité suite à une observation d’une journée complète		
Date Observation	06/06/2018	Date d’entretien	13/08/2018
Situation de travail	Observation d’une journée de travail de 10h00 (06h45-16h45)		

1 - Intervenant : Par rapport aux observations que l’on a faites la dernière fois, est-ce que vous avez un retour à me faire, est-ce qu’il y a quelque chose qui vous a semblé difficile ou compliqué, est-ce que vous avez travaillé naturellement ?

2 - IDE : Pas trop non, ça m’a été un peu compliqué.

3 - Intervenant : Ça vous a été compliqué ? D’accord à quel niveau ?

4 - IDE : Ça m’a déstabilisé !

5 - Intervenant : Ah bon ? Qu’est-ce qui vous a déstabilisé ?

6 - IDE : Votre présence.

7 - Intervenant : La présence. D’accord !

8 - IDE : On s’y fait, du coup je n’ai pas parlé comme d’habitude avec les patients, c’était différent après ça m’a pas....

9 - Intervenant : D’accord, c’est cette expérience. D’accord très bien. Vous avez bien compris que ce n’était pas un contrôle ou quoi que ce soit.

10 - IDE : Oui tout à fait il n’y a pas de soucis.

11 - Intervenant : D’accord très bien.

Donc ce que j’aimerais que l’on discute aujourd’hui c’est justement que je vous fasse un retour sur ce que j’ai observé de votre activité euh de la dernière fois donc c’était le 6 juin.

12 - IDE : Oui

13 - Intervenant : Alors j’avais noté à la seconde toute votre activité hein ! C’était dur pour vous mais c’était dur pour moi aussi... et donc j’ai pu faire ce grand tableau qui reprend exactement tout ce que vous avez fait donc avec vos déplacements, avec les discussions entre collègues, le travail sur informatique, la préparation du traitement, les glycémies enfin toutes les actions ainsi de suite et donc j’ai pu découper votre activité à travers tous ces relevés et j’ai pu donc en tirer ce diagramme qui présente un petit peu votre activité.

14 - IDE : D’accord.

15 - Intervenant : Alors, si on part du plus grand au plus petit on voit que ce jour-là vous avez passé plus de 15% de votre temps en travail sur informatique.

16 - IDE : Et encore je ne fais pas tout ce qu’il faut faire.

17 - Intervenant : Ah bon, c'est-à-dire ?

18 - IDE : Je ne fais pas... On refait mais il y a quand même pas mal de chose que l’on ne fait pas et qu’il faut faire euh toutes les fiches intermédiaires quand ils vont au bloc quand ils reviennent du bloc euh tous les scores des entrées et tout ça donc euh...

19 - Intervenant : D’accord.

20 - IDE : Voilà on doit être euh...

21 - Intervenant : Et ça, ça manque dans le dossier patient ou pas forcément ?

22 - IDE : C’est... oui. Ça va manquer au niveau, pour justifier les SIPPS et tout ça.

23 - Intervenant : D’accord bon.

24 - IDE : On fait les plans soin ça, ça va mais bon après tout ce qui est à côté il faut qu'on augmente un peu plus pour euh...

25 - Intervenant : Et pourquoi vous les faites pas ?

26 - IDE : Parce que voilà ! On n'y pense pas ou on n'a pas le temps donc là Madame Balmont vient de nous redire qu'il fallait mieux les faire.

27 - Intervenant : D'accord. Est-ce que ça a un impact sur votre travail ou sur votre prise en charge du patient ou pas ?

28 - IDE : On sera encore moins dans les chambres avec les patients quoi.

29 - Intervenant : D'accord

30 - IDE : Mais bon ça ...

31 - Intervenant : Mais ces documents, est-ce que ça peut vous aider dans votre travail, est-ce que ça vous aide dans vos travaux ou est-ce que c'est juste du reporting ? Est-ce que ça peut être un outil pour réaliser votre travail ? De faire ces fiches, de faire tout ce transfert.

32 - IDE : Pas tout parce que franchement, il y a des trucs euh... parce que qu'il ne faut pas les marquer dans les transmissions mais faire euh... mais c'est comme ça, c'est la hiérarchie qui veut ça donc euh ah il y a même marque la pause cigarette.

33 - Intervenant : Ensuite donc on a eu un temps plus de 9% sur les transmissions.

34 - IDE : C'est énorme !

35 - Intervenant : C'est énorme ?

36 - IDE : Oui les transmissions mais avec tout euh pas que les transmissions du matin et de l'après-midi. Ça me paraît long oui.

37 - Intervenant : oui ?

38 - IDE : Mais bon c'est important oui.

39 - Intervenant : C'est important que ça soit si long que vous ayez du temps pour le faire.

40 - IDE : C'est important euh ... ouais ! Les transmissions c'est hyper important. Parce que après on passe à côté de choses euh...

41 - Intervenant : Comme quoi par exemple ?

42 - IDE : Je ne sais pas euh ...j'ai pas d'idée euh fff....là je les connaissais tous à peu près mais quand vous revenez d'une semaine euh ...de vacances si les transmissions ne sont pas bien précises après il ne faut pas que ça s'éternise de trop euh...

43 - Intervenant : Et qu'est-ce que vous attendez vous des transmissions ?

44 - IDE : Il faut qu'elles soient quand même brèves. Mais détaillées aussi donc euh...

45 - Intervenant : Brèves mais détaillées ah ah ! Comment vous faites ça.

46 - IDE : Enfin il faut pas euh...parler qu'il habite au 4^{ème} étage ou enfin ça on s'en fout mais après euh... mais c'est important aussi. Parce que le manque de transmissions après ça euh...

47 - Intervenant : Et dans les transmissions qu'est-ce qui vous intéresse le plus à vous alors ?

48 - IDE : Euh ... le plus ?

49 - Intervenant : Oui ! Qu'est ce qui serait euh l'indicateur le plus important pour vous ?

50 - IDE : Euh... presque l'état psychologique du patient.

51 - Intervenant : l'état psychologique ? Oui c'est-à-dire ?

52 - IDE : C'est un truc euh... parce que là nous avons une population qui est quand même très angoissée, cancer, maladie de Crohn et autre donc euh psychologiquement ça nous demande beaucoup, beaucoup de temps c'est...

53 - Intervenant : D'accord.

54 - IDE : Et ça aussi je pense qu'on ne le trace pas assez. Moi la première parce que là voilà euh...

55 - Intervenant : Bon. Est-ce que vous avez des outils justement pour tracer ou c'est pas forcément pris en compte comme les autres protocoles dont on a parlé auparavant ?

56 - IDE : Dans le plan de soin on peut mettre « écoute » mais bon en fait il faut faire des transmissions à chaque fois quoi. Pour montrer que euh... après justifier que euh que le soin relationnel est plutôt 4 voilà quoi. Si on marque 10 en SIIPS et qu'on ne marque pas les transmissions qu'ils ont, c'est rétrogradé après.

57 - Intervenant : D'accord.

58 - IDE : Donc voilà c'est un peu fatiguant car il faut l'écrire là mais pas là mais bon...on va y arriver à trouver des... ah ah

59 - Intervenant : Bon D'accord donc après les transmissions, on a un soin au patient qui est 8 un peu plus de 8% presque 9% de votre temps.

60 - IDE. D'accord donc là c'est les soins du patient.

61 - Intervenant : Donc là c'est vraiment les soins au patient enfin là ou vous êtes en contact vraiment avec le patient.

62 - IDE : Oui bien sûr oui...

63 - Intervenant : Après il y a presque 7% et bien il y a le temps de la visite que vous faites avec les professeurs.

64 - IDE : 1 fois par semaine.

65 - Intervenant : Oui Ensuite euh plus de 6% en déplacement.

66 - IDE : Ouais.

67 - Intervenant : Vous en pensez quoi ?

68 - IDE : Ouais ben là j'étais perturbé donc du coup j'avais oublié des trucs donc j'ai fait des déplacements que je ne devrais pas faire donc.

69 - Intervenant : D'accord ok. Dont ensuite la pause repas, ensuite plus de 5% avec les collègues. Donc quand je dis discussions c'est communication professionnelle avec un collègue. Ensuite euh la pause cigarette ah ah ! Ensuite prise des constantes un peu plus de 4%, les pansements un peu plus de 4% ensuite c'est du plus petit pourcentage sur les autres actions mais beaucoup de... enfin de nombreuses petites actions après.

70 - IDE : Oui oui.

71 - Intervenant : Alors j'ai regroupé ça en grande famille aussi parce que ce diagramme n'est pas très significatif il n'est pas euh représenté... ensuite en grande famille pour qu'il soit plus lisible, pour que l'on puisse parler un peu plus.

72 - IDE : D'accord.

73 - Intervenant : Donc du coup on voit quand on rassemble toutes les actions que vous avez faites euh vous avez presque 27 % de votre activité sur les 10 heures qui est auprès du patient

74 - IDE : Bon.

75 - Intervenant : Bon ! Ça veut dire quoi bon ?

76 - IDE : C'est même pas assez mais bon après je ne sais pas comment on pourrait faire d'autre. Parce que c'est lui le numéro 1 enfin le patient en priorité.

77 - Intervenant : Oui. Et qu'est-ce que vous pourriez faire pour vous dégager plus de temps auprès du patient ?

78 - IDE : Je sais pas une réorganisation de moi-même enfin je ne sais pas. Il faut que j'y songe. Mais c'est bien des chiffres comme ça, ça montre quand même...

79 - Intervenant : Alors c'est des chiffres que l'on retrouve en général quand on fait une étude sur une infirmière ce n'est pas forcément fixé sur vous.

80 - IDE : Oui oui D'accord.

81 - Intervenant : C'est quelque chose que l'on retrouve assez régulièrement ces chiffres-là moi c'est ce que je retrouve dans tous les services.

82 - IDE : Oui oui.

83 - Intervenant : Donc une réorganisation de vous-même ça veut dire quoi ?

84 - IDE : Je ne sais pas il faut que j'y réfléchisse enfin moi ce qui me gêne en tant qu'infirmière, c'est voilà 18% d'informatique quoi.

85 - Intervenant : Oui voilà.

86 - IDE : Ce qui est important j'entends bien parce que sinon on aura des suppressions de postes, on aura tout ce qui faut là je l'entends bien mais bon... ça me paraît énorme mais c'est comme ça ah ah ensuite gestion du planning...

87 - Intervenant : Alors ensuite gestion du planning 13,33% alors ce que l'on appelle gestion du planning c'est quand vous travaillez sur les bulles quand vous consultez le classeur avec les entrées.

88 - IDE : oui le classeur avec les entrées. D'accord.

89 - Intervenant : Parce qu'ici dans le service j'ai remarqué vous n'avez pas de grand tableau de planification ?

90 - IDE : Comme dans les autres services ?

91 - Intervenant : Oui comme dans les autres services ?

92 - IDE : On n'en veut pas.

93 - Intervenant : Vous ne voulez pas. Pourquoi ?

94 - IDE : Parce qu'on n'arrive pas ah....Ça fait double travail.

95 - Intervenant : Ça demande plus de travail ?

96 - IDE : C'est double travail parce que c'est sur les bulles et généralement sur le tableau et le tableau il y a des oublis des trucs donc c'est nous qui n'avons pas voulu donc on arrive à gérer avec les bulles donc c'est vrai que ça fait des bulles un peu grandes mais au moins parce que les aides soignant avaient essayé au niveau des alimentations et tout ça au bout d'une semaine ils ont arrêté parce que c'était pas remis à jour donc voilà .

97 - Intervenant : D'accord. Oui là il faut que chacun soient vraiment très très strict et appliqué sur le remplissage.

98 - IDE : Oui tout à fait.

99 - Intervenant : D'accord. Ensuite euh que 13% de pause, ensuite vous avez presque 13% en communication aussi.

100 - IDE : D'accord.

101 - Intervenant : Au total avec tout le monde avec les médecins, les collègues infirmières.

102 - IDE : Les ASH pour les départs parce que les pauvres, on les laisse un peu de coté.

103 - Intervenant : Les ASH. Mais on a noté plus de communication avec les collègues infirmières.

104 - IDE : Oui.

105 - Intervenant : Ensuite vous avez 6% de déplacement. C'est ce que l'on a dit tout à l'heure. Ensuite gestion du matériel à presque 6% et ensuite on redescend à des chiffres très bas un peu plus de 1% pour du rangement et un peu plus de 1% pour l'hygiène ce qui est assez normal.

106 - IDE : Oui normal.

107 - Intervenant : Alors ça vous inspire quoi ces données que je viens de vous donner jusqu'à maintenant ?

108 - IDE : Non c'est réaliste.

109 - Intervenant : Alors c'est réaliste mais est-ce que ça vous convient ?

110 - IDE : Je vous dis, moi j'aurais voulu un peu moins là et un peu plus là.

111 - Intervenant : Alors un peu plus de temps auprès des patients et peu moins d'informatique.

112 - IDE : Ah ah oui un peu moins d'informatique mais bon.

113 - Intervenant : Comment on peut se dégager du temps auprès du patient ?

114 - IDE : Je réfléchis mais euh... pouf je sais pas ah ah

115 - Intervenant : C'est compliqué...

116 - IDE : Oui compliqué.

117 - Intervenant : Bon D'accord. Donc je vous propose un autre tableau donc là c'est la répartition des âges des patients.

118 - IDE : Oui.

119 - Intervenant : Voilà et là j'ai mis en rouge les patients pour lesquels vous m'avez dit qu'il y avait un pronostic vital engagé. On voit que c'est des personnes au-delà de 60 ans le plus bon il y avait juste un cas avec un monsieur avec 44 ans je ne sais pas si vous vous en rappelez qui était comme ça...

120 - IDE : Oui.

121 - Intervenant : Euh on va parler maintenant des lieux fréquentés par les infirmières. Donc vous avez passé plus de temps en salle de soin 43% un peu plus de 43%, presque 25% en chambre euh un

eu plus de 17% dans le couloir ensuite 9% en salle de détente et un peu plus de 4% à l'extérieur du service.

122 - IDE : D'accord.

123 - Intervenant : Voilà.

124 - IDE : Ça me paraît euh...

125 - Intervenant : Ça vous inspire quoi ?

126 - IDE : Oui ça reflète bien.

127 - Intervenant : Ça reflète bien ?

128 - IDE : Oui oui.

129 - Intervenant : D'accord très bien. Donc là nous sommes sur un diagramme qui représente le temps passé par chambre.

130 - IDE : D'accord.

131 - Intervenant : C'est-à-dire que là dans la chambre 26 avec un patient qui a 62 ans vous avez passé 1,27 minutes et j'ai remis en rouge les patients dont le pronostic vital est engagé.

132 - IDE : D'accord.

133 - Intervenant : C'est justement pour voir si vous passiez plus de temps avec ces patients-là plutôt qu'avec les autres.

134 - IDE : Oui bien sûr.

135 - Intervenant : Il semblerait que euh si on prend à partir de la chambre 23 jusqu'à la chambre 44 que ce soit vraiment les patients sur lesquels vous passiez le plus de temps.

136 - IDE : Oui bien sûr.

137 - Intervenant : Ça vous inspire quoi ce euh...

139 - Intervenant : Je sais pas ...

140 - IDE : Des patients qui ont des soins assez lourds ou qui psychologiquement il est normal de passer plus de temps au détriment entre guillemets de gens qui vont assez bien.

141 - Intervenant : Un petit peu mieux ? Alors justement chambre 44 il y a avait ce monsieur qui avait une laparo blanche.

142 - IDE : Oui.

143 - Intervenant : Vous vous rappelez ?

144 - IDE : Oui oui ça y est.

145 - Intervenant : 44 ans euh et donc c'est avec lui que vous avez passé le plus de temps. Mais quand je vous ai suivi vous n'avez jamais parlé justement, que vous sachiez qu'il avait cette laparo blanche.

146 - IDE : Ouais ouais c'est parce que je ne savais justement pas ce qu'il lui avait été dit donc euh...

147 - Intervenant : D'accord.

148 - IDE : Voilà moi je fais hyper attention sur ça parce qu'on ne savait pas ce qu'il lui avait été expliqué par le chirurgien, moi j'étais pas là au euh voilà j'étais pas là au, à l'annonce je n'en sais pas plus et puis après par rapport à ça après les annonces, on fait appel beaucoup à l'infirmière TAS.

149 - Intervenant : D'accord.

150 - IDE : Etant l'accompagnant soignant, je pense qu'elle a été après le voir après mais c'est vrai que moi je euh...

151 - Intervenant : D'accord.

152 - IDE : Je travaille pas comme ça je euh je sais pas ce qui a été dit donc euh...

153 - Intervenant : D'accord donc vous n'abordez pas le sujet.

154 - IDE : Ouais.

155 - Intervenant : Enfin j'aborde pas le sujet là je ne l'ai peut-être pas abordé, je ne m'en souviens plus exactement mais c'est vrai que je euh... si le patient veut l'aborder, je répondrai à toutes ses questions mais s'il ne veut pas je euh je euh j'arrive pas voilà ah ah mener le sujet pour le faire parler après il faut du temps aussi au patient de euh d'avalier la pilule quoi.

156 - Intervenant : Oui oui et bien j'imagine.

157 - IDE : Ah ah.

158 - Intervenant : Et vos collègues font différemment, vous savez si elles font différemment ?

159 - IDE : Je sais pas

160 - Intervenant : Vous savez pas

161 - IDE : Chacun on euh ça s'apprend pas à l'école le ressenti la façon d'intervenir auprès des patients euh la prise en charge et les pansements c'est simple et tout ça mais tout ce qui est à côté on est tous différents.

162 - Intervenant : D'accord. Et donc vous vous édictez vos propres règles en disant si on m'a pas dit j'en parle pas.

163 - IDE : Voilà.

164 - Intervenant : D'accord.

165 - IDE : Après ça dépend des patients ça dépend de euh comment on ressent aussi enfin moi je ressens beaucoup les patients un peu euh un peu avant on sent un petit peu leur détresse si il y en a ou pas enfin on peut on peut passer à côté complètement.

166 - Intervenant : D'accord. Et comment on développe cette compétence ?

167 - IDE : Je pense que c'est euh c'est déjà euh on est chacun et chacune différent et après c'est vraiment avec l'expérience euh moi je suis quelqu'un qui essaie vraiment de faire voir au patient le verre vraiment à moitié plein et pas à moitié vide parce que euh l'empathie c'est bien mais euh mais je ne trouve pas que ça aide trop les gens ou il faut pas euh des fois il faut leur rentrer un petit peu dedans.

168 - Intervenant : Ah oui.

169 - IDE : Entre guillemets.

170 - Intervenant : Oui je comprends bien.

171 - IDE : Je pense pas que ça aide quelqu'un qui est au fond du trou de dire oh ma pauvre je comprends ça leur ramène rien d'ailleurs y a des patients qui reviennent en consultation qui viennent me voir et qui me dise vous avez été assez virulente à... mais après ils me remercient.

172 - Intervenant : D'accord.

173 - IDE : Après euh bien sur avec certaines personnes ça sera pas possible on le euh enfin c'est un truc que je ressens moi euh je me trompe des fois euh il y a pas de problème mais euh c'est un ressenti quoi.

174 - Intervenant : D'accord donc vous fonctionnait sur ce ressenti vous vous faites confiance face à ce ressenti euh...

175 - IDE : Ouais je me trompe des fois mais euh...

176 - Intervenant : Pour guider votre travail.

177 - IDE : Mais généralement ça euh ah ah

178 - Intervenant : Ca marche plutôt bien.

179 - IDE : Ca marche pas mal.

180 - Intervenant : D'accord très bien. Alors est-ce que c'est normal que vous ne sachiez pas ? Euh ce que les chirurgiens ont dit au patient ?

181 - IDE : Ah non, non euh tout à fait tout à fait on essaye de euh de faire des progrès, on a déjà à ce que l'annonce ne se fasse plus le soir donc ça, ça y est c'est presque fait.

182 - Intervenant : Pourquoi ?

183 - IDE : Parce que à 20 heures, l'annonce de mauvais, euh enfin de mauvais pronostic, c'est pas le moment juste avant le coucher, c'est pas terrible et puis il y a pas... après les infirmiers de nuit qui sont tout seul, pour 24, c'est plus compliqué pour eux je trouve que c'est euh, c'est quand même mieux si c'est possible dans la matinée qu'on puisse après appeler psychologue si a besoin euh ou infirmière TAS ou autre.

184 - Intervenant : D'accord.

185 - IDE : Mais c'est vrai que ça serait bien que déjà à l'annonce s'il y ait une infirmière dans la chambre qui écoute ce qui est dit pour déjà noté en transmission ce qui lui a été dit.

186 - Intervenant : Oui oui.

187 - IDE : C'est pas toujours fait.

188 - Intervenant : D'accord

189 - IDE : C'est aussi rare les, les choses comme euh ce qui s'est passé pour ce monsieur c'est pas euh enfin c'est rare, c'est pas souvent que euh qu'on a des mauvaises enfin qu'on ouvre et qu'on referme.

190 - Intervenant : Oui avec de laparo blanche c'est...

191 - IDE : Oui oui.

192 - Intervenant : D'accord ok. Donc là on voit le temps et bien euh alors ce qui m'intéressait aussi de voir c'est essayer de voir si plus la personne était âgée euh si elle prenait plus de temps parce que la personne était âgée et alors là on voit que ce n'est pas du tout le cas.

193 - IDE : Pas du tout.

194 - Intervenant : Alors que là on voit le monsieur, le deuxième avec qui vous avez passé beaucoup de temps il n'a que 53ans hein le troisième qui n'a que 23 ans hein alors un monsieur, qui a 80 ans vous avez passe pas trop de temps.

195 - IDE : Franchement dans notre service les personnes âgées sont plus enfin personnes âgées c'est horrible ah ah de plus de 60 ans, 70 ans.

196 - Intervenant : Ah ah.

197 - IDE : Je vais l'être bientôt âgée mais bon euh je sais pas comment vous expliquer ils sont presque plus faciles à prendre en charge sur le plan psychologique que les jeunes.

198 - Intervenant : D'accord.

199 - IDE : Ouais.

200 - Intervenant : Et vous expliquez ça comment ?

201 - IDE : Euh... après voilà c'est euh pareil là je me rappelle plus les chambres qui sait mais des jeunes qui ont la maladie de Crohn et qui ont plus de 20 ans, c'est déjà très compliqué de la prise en charge de la douleur et tout ça euh, une personne de 70,80 en général bien sûr il y a de tout il ne faut pas faire une généralité mais ils sont plus euh... ils sont moins nian nian. On a des personnes âgées qui ont de lourdes chirurgie, des amputations et tout ça qui se remet beaucoup plus physiquement et psychologiquement qu'eux.

202 - Intervenant : Est-ce que c'est l'expérience de la vie qui les a rendu plus forts peut être ?

203 - IDE : Ce n'est pas impossible.

204 - Intervenant : Parce que c'est leur histoire peut être.

205 - IDE : Après voilà il y a des jeunes qui sont très bien et qui euh...

206 - Intervenant : Oui oui, on ne fait pas de généralité là.

207 - IDE : non non mais c'est euh... je pense. Quelqu'un de 70 ans n'a pas la même euh voilà que à 23 ans voilà heureusement.

208 - Intervenant : D'accord.

209 - IDE : Oui non, les personnes âgées ou même les interventions qui sont très lourdes sont souvent debout le soir du bloc et euh d'autre une célioscopie mettent 3 jours à se lever après, c'est euh oui oui.

210 - Intervenant : Après c'est le ressenti de chaque patient.

211 - IDE : Exactement voilà ça c'est...

212 - Intervenant : D'accord très bien. Alors là je vous présente un euh la photo d'une petite note que vous avez prise je l'ai trouvée très intéressante parce que dans votre organisation vous aviez pris le temps des pansements que vous deviez faire pendant votre temps de travail.

213 - IDE : Oui tout à fait on le fait tous les jours.

214 - Intervenant : Et donc vous aviez pris cette note là comme ça.

215 - IDE : Voilà il en manquait mais c'était une journée calme.

216 - Intervenant : C'était une journée calme.

217 - IDE : Ah ah.

218 - Intervenant : Alors on avait 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 7 pansements.

219 - IDE : C'est le minimum.

220 - Intervenant : Sur un secteur de 12.

221 - IDE : Oui un secteur de 12.

222 - Intervenant : Donc c'était plutôt calme.

223 - IDE : Oui tout à fait.

224 - Intervenant : Alors pourquoi vous faites ces notes-là,

225 - IDE : Alors on le fait euh parce que déjà les bulles, c'est bien mais il y a tellement d'informations que pour nous euh hein. Mais c'est surtout aussi que l'infirmière qui vient en J à 9h30 et après elle arrive elle voit les pansements et elle commence à nous aider avec les pansements.

226 - Intervenant : D'accord alors cette feuille vous la laissée en accès à votre collègue en J ?

227 - IDE : Oui à la salle de soins sur la paillasse.

228 - Intervenant : D'accord. Donc elle voit et euh... Comment elle sait à partir de quels pansements elle doit commencer à travailler ?

229 - IDE : Là, c'est pas noté donc il faut qu'on aille voir déjà si les toilettes sont faites et tout ça donc c'est pas ...

230 - Intervenant : D'accord.

231 - IDE : Des fois, je le rajoute douche ok ou autre et après dès qu'on a fait, coche et on barre le pansement qui est fait et tout.

232 - Intervenant : D'accord.

233 - IDE : Après si elle ne le fait pas, c'est vraiment en fonction des toilettes et tout ça donc c'est plus compliqué.

234 - Intervenant : D'accord.

235 - IDE : Les sondages et tout ça je l'ai fait assez tôt pour que justement la toilette soit plus facile mais après voilà mais du coup on revient euh pour par exemple là enlever la sonde urinaire on fait après la toilette est faite et après on revient pour les pansements.

236 - Intervenant : D'accord donc ça demande euh...

237 - IDE : Ça fait 2 fois voilà, c'est pas euh c'est vrai que moi je désonde et surtout les hommes on essaie de les désonder le plus tôt possible parce qu'il y a un risque de rétention urinaire voilà.

238 - Intervenant : D'accord. Donc il y a une nécessité de bien dialoguer avec les aides-soignantes du coup.

239 - IDE : Ah oui tout à fait

240 - Intervenant : Pour savoir où elles en sont au niveau toilette et euh...

241 - IDE : Bon après, elles se font la liste des chambres qu'elles font sur euh le chariot de linge et elles cochent les toilettes qui sont faites et tout.

242 - Intervenant : D'accord. Donc vous pouvez avoir accès à ce papier sans avoir à...

243 - IDE : Oui sans avoir à déranger la personne.

244 - Intervenant : D'accord bon. Et pourquoi c'est important d'avoir cette liste de pansements ?

245 - IDE : Je vous dis c'est essentiellement pour euh moi j'y vois plus clair que sur les bulles et euh pour s'organiser enfin je veux dire c'est euh ah ah si on attend de faire les pansements à 10h30, ça c'est clair qu'on aura jamais le temps donc euh moi ça me permet enfin ça nous permet de voir le travail que l'on fait et tout ça et euh et c'est surtout pour la J qui quand elle arrive, elle peut nous aider à faire les pansements.

246 - Intervenant : D'accord.

247 - IDE : Là aussi je marque les prioritaires ceux qui partent à 11h je le marque part à 11h pour euh...

248 - Intervenant : Bon en fait c'est pour vous faciliter le travail pour celle qui va venir vous aider à vous voir travailler.

249 - IDE : Exactement tout à fait.

250 - Intervenant : OK.

251 - IDE : Oui parce que s'il faut qu'elle se lise les 24 bulles des patients...

252 - Intervenant : Oui parce que l'AG travaille sur 24 euh 24 chambres.

253 - IDE : Oui tout à fait elle fait euh elle aide des 2 côtés.

254 - Intervenant : D'accord. Les pansements c'est une seule fois par jour ? Ou alors il y en a plusieurs.

255 - IDE : Alors ça dépend il peut y en avoir euh ça dépend comment ils coulent il y a des pansements qui faut faire 2 à 3 fois par jour sinon les pansements simple de célioscopie ou laparo on laisse très vite à l'air maintenant.

256 - Intervenant : Ah oui.

257 - IDE : Ah je, je... les patients qui arrivent maintenant en célioscopie ils mettent de la colle en général et c'est à l'air direct il n'y a pas du tout de pansement.

258 - Intervenant : Ah D'accord.

259 - IDE : Et puis même les laparo et les célio tout ça J1, J2 si c'est propre on les laisse à l'air sinon ça se fait que tous les 2 jours on a...

260 - Intervenant : D'accord.

261 - IDE : On ne fait plus toute la Bétadine et les pansements et ça cicatrise beaucoup, les redons ont les fait tous les 2 jours si ça coule pas euh tout ce qui est appareillage de stomie euh ça dépend si c'est une pièce c'est tous les jours euh on doit faire le soin et surtout éduquer le patient et euh...

262 - Intervenant : Donc vous avez un rôle d'éducation thérapeutique en même temps que vous faites votre pansement.

263 - IDE : Tout à fait à oui pour la colostomie nous les patients qui sont stomisés doivent savoir faire euh ou tout le soin ou vraiment euh...

264 - Intervenant : Donc pour vous ça vous demande une double compétence.

265 - IDE : Ah oui tout à fait.

266 - Intervenant : A la fois savoir faire le pansement et à la fois savoir éduquer le patient.

267 - IDE : Tout à fait, tout faire en même temps ah ah

268 - Intervenant : D'accord alors comment ça se passe ?

269 - IDE : Très bien, oui oui.

270 - Intervenant : Il n'y a pas de soucis ? Et comment on fait pour que ça se passe bien ?

271 - IDE : Et bien moi toujours le sourire j'essaie de dédramatiser en voilà après il y a des patients qui refusent catégoriquement leur stomie donc là on leur explique si c'est une stomie savoir vider la poche parce que l'infirmière à la maison ne pourra pas passer 6 fois par jour pour lui vider euh en général ça se passe bien.

272 - Intervenant : c'est des fois un peu plus long pour certain parce que accepter d'avoir une poche mais avec le ton de l'humour et euh moi je, moi je, on y arrive.

273 - Intervenant : D'accord.

274 - IDE : Presque toujours.

275 - Intervenant : Presque toujours et pour justement dans les cas où on n'y arrive pas, comment ça se passe ?

276 - IDE : Euh... c'est rare c'est franchement rare après on prévoit après un retour à domicile avec infirmière matin et soir et on peut essayer aussi d'éduquer la famille ça, ça arrive aussi.

277 - Intervenant : Avec la famille qui les entoure.

278 - IDE : Oui, oui il faut qu'ils en parlent avant parce que c'est quand même quelque chose de particulier les excréments, et c'est euh il y a des fois ou c'est madame qui fait les soins, madame à monsieur.

279 - Intervenant : D'accord.

280 - IDE : Surtout dans ce sens-là.

281 - Intervenant : Ah oui plus que dans l'autre.

282 - IDE : Ah oui.

283 - Intervenant : D'accord.

284 - IDE : Il faut qu'ils en aient parlé avant, moi c'est un truc que je, je... Là on a une petite jeune de 15 ans qui a une poche et sa maman est là bien sûr parce qu'elle est mineure, elle est infirmière mais on éduque la patiente d'abord parce que c'est maman mais ... il faut pas tout mélanger.

285 - Intervenant : Oui oui.

286 - IDE : Maman infirmière c'est intime euh voilà

287 - Intervenant : Oui il faut, il faut autonomiser. Euh très bien euh donc sur cette programmation vous avez d'autre chose à me euh...

288 - IDE : Non non.

289 - Intervenant : Ok très bien euh alors là si on revient sur les données d'observations générales D'accord au départ on a un petit temps de transmission.

290 - IDE : Oui.

291 - Intervenant : Vous imprimez les bulles et puis discutez un petit peu avec l'infirmière de nuit et puis hop on passe aux transmissions voilà donc on va parler un peu des transmissions déjà tout à l'heure. Dont un moment important du travail les transmissions.

292 - IDE : Ah oui oui. Comment vous voulez que je m'occupe de patients si je ne suis pas au courant de ce qui s'est passé c'est pas possible.

293 - Intervenant : Oui. D'autant plus que vous n'êtes pas toujours sur les mêmes secteurs.

294 - IDE : Ouais on essaie de garder mais c'est... des fois on fait 3 jours dans un secteur et puis on a un repos et on change de secteur.

295 - Intervenant : D'accord ok.

296 - IDE : Oui.

297 - Intervenant : Donc c'est une ressource pour vous ce temps de transmission ?

298 - IDE : Ah oui oui.

299 - Intervenant : D'accord. Donc après on voit que vous partez dans un temps de préparation avant votre départ du tour donc euh vous préparez le chariot vous vous lavez les mains vous travaillez sur informatique vous rangez les chariots des soins préparation de l'Accu-check, vous travaillez sur informatique vous faites des aller et retour sur la préparation du chariot. Et ensuite vous allez donc vous partez. Alors là vous faites chambre 2 vous faites une glycémie hein on voit que vous prenez la tension et la température, vous regardez les pansements, vous préparez l'Accu-Check vous partez pour récupérer les bandes d'Accu-Check dans la salle de soins.

300 - IDE : Oui il y en avait plus j'aurai dû le faire là ah ah.

301 - Intervenant : C'est-à-dire au moment de la préparation.

302 - IDE : Oui.

303 - Intervenant : Ah oui ? D'accord donc ça c'est une auto-interruption ?

304 - IDE : Oui oui là exactement.

305 - Intervenant : D'accord. Donc vous revenez vous travaillez un peu sur informatique là, vous préparez le traitement vous allez en chambre 2 faire la glycémie vous revenez sur l'informatique.

306 - IDE : Et qu'est-ce c'est là, j'ai fait c'est n'importe quoi.

307 - Intervenant : En chambre 2 vous faites l'insuline euh après vous allez chercher vos produits de nettoyage vous nettoyez le tensiomètre. Pourquoi vous dites que vous faites n'importe quoi ?

308 - IDE : Parce que j'ai l'impression que je fais euh ah oui travailler sur informatique c'est les constantes ah oui pardon oui oui. Bon il y a des déplacements que j'aurai pu voilà.

309 - Intervenant : Le déplacement justement pour les bandelettes à la limite.

310 - IDE : Oui oui.

311 - Intervenant : Parce que euh finalement euh on voit là que c'est haché mais c'est un petit peu obligé que ce soit haché.

312 - IDE : Oui oui tout à fait.

313 - Intervenant : Oui parce qu'il y a juste l'oubli des bandelettes mais bon.

314 - IDE : Oui oui.

315 - Intervenant : après vous passez en chambre 3 vous faites le travail sur informatique alors vous regardez les... quand je mets travail sur informatique, c'est que vous regardez...

316 - IDE : Oui je vérifie les constantes.

317 - Intervenant : Oui voilà.

318 - IDE : Alors ça c'est euh on se vérifie 10 fois par jour.

319 - Intervenant : Ah oui.

320 - IDE : On a tellement de truc dans la tête que moi je euh je revérifie.

321 - Intervenant : D'accord. Donc ensuite une préparation de traitement ensuite vous prenez les constantes vous faites la pique anti-coagulant vous regardez le pansement et vous faites le travail sur informatique et après vous partez pour la visite.

322 - IDE : Ouais.

323 - Intervenant : Alors la visite vous faites toutes les chambres.

324 - IDE : Oui et c'est bien que ça soit qu'une fois par semaine ah ah.

325 - Intervenant : C'est bien que ça soit qu'une fois par semaine ?

326 - IDE : Bon après c'est important aussi parce que justement il faut qu'on euh on s'est ce qui se dit au moins à la visite parce que des fois on euh l'interne normalement reviens après les visites comme ça mais au moins euh il faut qu'on le fasse au moins une fois par semaine qu'on parle de la même chose avec les chirurgiens, les infirmières et les aides-soignantes.

327 - Intervenant : C'est quel jour ?

328 - IDE : C'est le mercredi matin.

329 - Intervenant : C'est le mercredi matin hein. En milieu de semaine.

330 - IDE : En hépato c'est tous les jours mais bon c'est...

331 - Intervenant : Oui.

332 - IDE : C'est peut-être un peu plus rapide mais c'est vrai que bon.

333 - Intervenant : D'accord.

334 - IDE : C'est important.

335 - Intervenant : Donc une fois par semaine donc ça vous permet donc d'avoir des informations que vous pouvez recouper avec ce que vous avez en transmission du coup ?

336 - IDE : Oui oui tout à fait et là discuter avec le chirurgien qui à pas des informations qui veut faire partir le patient mais il est pas du tout éduqué en stomie donc là voilà.

337 - Intervenant : D'accord.

338 - IDE : On en parle et tout ça sinon il le fait partir ah ah.

339 - Intervenant : D'accord. Donc là c'est un moment aussi pour euh pour échanger sur le patient.

340 - IDE : Oui tout à fait. Reparler de la même chose.

341 - Intervenant : D'accord c'est un échange de compétences on peut dire à ce moment-là ? C'est-à-dire que le chirurgien peut vous donner des informations euh...

342 - IDE : Tout à fait à oui oui parce qu'on a des fois pas toutes les informations, les scanners on a pas les résultats on sait pas donc nous on a euh c'est important enfin euh en coloproctologie on fait des prises de sang on va voir les résultats de la prise de sang parce que si c'est pour faire un truc et pas vérifier tout ça voilà et quand c'est bien je vais voir les patients leur dire que la prise de sang est bonne.

343 - Intervenant : D'accord.

344 - IDE : On les rassure et tout ça.

345 - Intervenant : D'accord ok.

346 - IDE : Parce que c'est pas un truc qu'ils demandent au patient.

347 - Intervenant : Ah bon ? Et pourquoi pas ?

348 - IDE : Parce que ça va trop vite le chirurgien il rentre en 2 mn tout va bien au revoir. Parce que après il va au bloc et toute la journée.

349 - Intervenant : Ah oui oui. Il est pressé par le programme opératoire.

350 - IDE : oui.

351 - Intervenant : Il repasse le soir voir les patients des fois ou... ?

352 - IDE : C'est rare. Ça peut arriver mais c'est rare il y a toujours l'interne du service qui repasse le soir mais le chirurgien.

353 - Intervenant D'accord.

354 - IDE : C'est rare.

355 - Intervenant : D'accord. Donc suite à l'intervention le patient sait au moins qu'il aura la visite de l'interne après sa remontée de bloc.

356 - IDE : Tout à fait. En plus c'est vrai que les patients le matin déjà on les réveille à 7h30 et puis il y a tellement il y a du monde je pense qu'ils n'osent pas trop poser de questions.

357 - Intervenant : Oui tout à fait, Et donc après la visite on voit que vous partez rapidement à votre tour.

358 - IDE : Oui oui.

359 - Intervenant : Voilà.

360 - IDE : Rattraper du temps perdu ah ah.

361 - Intervenant : Parce que c'est du temps perdu du coup ?

362 - IDE : Non, je plaisante, c'est pas du temps perdu...

363 - Intervenant : Mais il ne faut pas en perdre...

364 - IDE : Mais il faut pas en perdre.

365 - Intervenant : D'accord, donc euh... Vous partez sur donc euh bé... on voit toutes ces actions : travail sur informatique, prise des constantes, donc ça c'est le premier tour du matin, vous faites beaucoup de prise de constantes euh... il me semblait que c'était le travail des aides-soignants

366 - IDE : Alors pas ici...

367 - Intervenant : Pas ici, pourquoi ?

368 - IDE : ça se fait, je sais pas. Bah elles sont que 2 et elles ont pas mal de blocs à préparer aussi. Je sais qu'en oeso ça se fait mais ici ça se fait pas. Après pfff, est-ce que ça nous av... est-ce que franchement ça nous avancerait, je suis pas... parce que du coup elle note sur le, sur un papier du coup après il faut tout rentrer sur le, je suis pas sûre que ça nous avance. Quand elles ont le temps elles viennent nous aider tout ça mais c'est vrai que le matin y a... surtout après la visite, il faut aller préparer les petits déjeuners puis desservir et préparer les blocs de la matinée.

369 - Intervenant : Oui.

370 - IDE : Parce que les blocs de sept heure et demi sont préparés par, par l'équipe de nuit mais les autres c'est, c'est nous qui les préparons. Puis elles ont beaucoup de toilettes et tout ça donc...

371 - Intervenant : Et c'est combien de blocs par jour à peu près ?

372 - IDE : Chez nous y a 4 à 5 blocs par jour en moyenne.

373 - Intervenant : 4-5 sur 12 patients...

374 - IDE : Sur 24...

375 - Intervenant : Sur 24 D'accord... Okay

376 - IDE : En moyenne...

377 - Intervenant : Donc ça fait 1 ou 2 préparés par l'équipe de nuit...

378 - IDE : Doit y en avoir 2 de nuit ouais... et 2-3 par...

379 - Intervenant : Et 2-3 par l'équipe de jour répartis sur les secteurs. D'accord. Euh D'accord... donc là si on voit un petit peu un tour, on voit que vous faites un travail sur informatique ensuite chambre 4 prises des constantes puis revenez sur l'informatique, puis le tensiomètre, vous discutez avec l'élève AS pour la chambre 5, chambre 5 vous prenez les constantes, vous discutez avec une IDE et une AS pour aide à remonter un patient, euh... vous remontez le patient dans le lit de la chambre 5, travail sur informatique, nettoyage du tensiomètre, déplacement, donc voilà... c'est... toutes les, les mêmes actions qui reviennent régulièrement, et on voit quand même euh... très fréquemment ce retour à l'informatique...

380 - IDE : Moi si je note pas de suite...

381 - Intervenant : Oui...

382 - IDE : J'oublie.

383 - Intervenant : D'accord.

384 - IDE : C'est incroyable, je pourrais marquer sur un papier mais...

385 - Intervenant : Oui après il faut tout recopier.

386 - IDE : Oui, les constantes et tout on est obligé de...

387 - Intervenant : Donc après, voilà le tour il est allé jusqu'à 9h00 à peu près.

388 - IDE : Oui.

389 - Intervenant : Puis après vous êtes allée en salle de soins, pas mal en salle de soins pour euh...

390 - IDE : Les inscriptions des sorties...

391 - Intervenant : Les inscriptions des sorties, travail sur informatique toujours, préparer, liste des pansements à faire notamment la fameuse liste qu'on vient de voir ensemble, euh... vous répondez à des sonnettes, vous discutez avec la cadre...

392 - IDE : Je parle beaucoup...(Rires), il faut...

393 - Intervenant : Ah bon pourquoi « Il faut » ?

394 - IDE : Il faut que je parle M. L'hospital, je parle tout le temps moi...

395 - Intervenant : Ah oui ? Et pourquoi ?

396 - IDE : Parce que c'est comme ça...

397 - Intervenant : C'est comme ça c'est votre nature

398 - IDE : oui, oui, oui...

399 - Intervenant : Après, on voit, on voit ça aussi avec vos collègues que j'ai pu observer. Il y a beaucoup de communication...

400 - IDE : C'est mieux.

401 - Intervenant : Donc bon ensuite du travail, euh... ensuite du point sur les bulles euh..., euh... vous faites des petites actions, des perfusions par exemple, des petites activités comme ça.

402 - IDE : J'essaie aussi de le faire avant la toilette pour que ce soit plus facile pour le patient...

403 - Intervenant : Les toilettes commencent à une heure précise ou pas...

404 - IDE : Aux alentours de 9h00...

405 - Intervenant : Aux alentours de 9h00...

406 - IDE : Ouais...

407 - Intervenant : D'accord...

408 - IDE : 8h00 et demi puisque la, la, l'infirmière J, bon là ce mercredi on n'a pas d'aide-soignante J, elles sont 3 du matin mais normalement là j'arrive à 8h00 et demi. Celle du milieu.

409 - Intervenant : Okay... Euh... oui...

410 - IDE : On doit faire aussi le point sur les sorties parce qu'il y a les entrées à caler après.

411 - Intervenant : Voilà, donc ensuite euh... vous commencez les pansements vers euh... 10h00 c'est ça ? 10h00 et demi plutôt ? Perfusion, réfection des pansements, le cathéter, voilà, chambre 5 vers 10h00, donc là vous faites toutes les... chambres, vous installez les perfusions, vous refaites des pansements chambre 3, vous installez des perfusions en chambre 7, donc voilà, après c'est, c'est des soins euh... quotidiens j'ai envie de dire...

412 - IDE : Oui.

413 - Intervenant : Après voilà... bon toujours des glycémies de temps en temps... au moment des repas notamment, des perfusions. Voilà, donc ça jusqu'à la fin c'est ce que l'on va retrouver. Euh...

414 - IDE : Voilà l'après-midi après on fait les entrées et tout ça.

415 - Intervenant : Donc voilà l'après-midi, vous avez eu une entrée ce jour-là il me semble. Bon, ça représente quoi pour vous ce relevé ?

416 - IDE : Exactement ce qu'on fait, c'est parfait !

417 - Intervenant : Je ne sais pas si c'est parfait mais...

418 - IDE : Non, non mais c'est, c'est...

419 - Intervenant : Alors moi, je, ce que je trouve c'est que c'est un travail qui est très haché.

420 - IDE : Oui !

421 - Intervenant : Je ne sais pas ce que vous en pensez mais de l'extérieur, de mon point de vue je trouve que c'est très haché...

422 - IDE : Non, non mais on fait plein de trucs clac, on fait autre chose. C'est... comparé aux autres services, c'est... c'est à peu près pareil... ?

423 - Intervenant : On retrouve ça. A quoi on peut expliquer euh... ce travail haché justement ? Qu'est-ce qui pourrait le, l'expliquer, le justifier plutôt ?

424 - IDE : Haché ? C'est-à-dire, quand, quand vous appelez haché, je fais un truc...

425 - Intervenant : Il y a beaucoup d'actions en peu de temps.

426 - IDE : Oui.

427 - Intervenant : Vous voyez ?

428 - IDE : Je... Je regarde mais... Je sais pas comment on pourrait faire autrement.

429 - Intervenant : D'accord, après c'est peut-être le travail qui est comme ça !

430 - IDE : Oui, oui ! Tout à fait oui. Puis après c'est vrai on des locaux un peu, voilà. La réserve est là-bas, bon, c'est pas assez groupé mais bon on a fait avec les locaux (rires).

431 - Intervenant : D'accord, très bien. Euh... très bien. Euh... j'ai d'autres petites questions sur le travail. Euh... la première c'est : « quelles sont les périodes de travail les plus intéressantes pour vous ? ».

432 - IDE : Moi c'est auprès du patient...

433 - Intervenant : C'est auprès du patient...

434 - IDE : Ah oui !

435 - Intervenant : Donc c'est tout ce que vous faites auprès du patient.

436 - IDE : Ouais. Je suis là pour ça, pas pour la gloire ni rien du tout, c'est non, non, c'est discuter, s'entretenir, échanger et puis leur venir, leur venir un petit peu en aide, entre guillemets, enfin que l'hospitalisation se passe le mieux possible pour eux quoi. La chirurgie.

437 - Intervenant : Et avec 12 patients, comment vous faites ? Parce que c'est, c'est compliqué...

438 - IDE : Oui, oui c'est compliqué mais...

439 - Intervenant : Est-ce que parfois, alors je sais pas, je, je suis pas du tout infirmier, je me mets dans la, dans la, j'essaie de me mettre dans votre tête, je me dis : « je suis avec un patient dans cette chambre, et est-ce que je ne suis pas en train de penser à mon autre patient dans l'autre chambre que je vais devoir aller voir ? » Est-ce qu'on arrive à faire la coupure ou pas ?

440 - IDE : Ouais, ouais... à force ouais...

441 - Intervenant : A force...

442 - IDE : A force, ça m'a pris du temps mais j'y arrive.

443 - Intervenant : Comment on fait pour faire cette coupure justement ?

444 - IDE : Je sais pas comment je fais, moi je, voilà. Même quand je rentre chez moi c'est terminé, c'est chez moi.

445 - Intervenant : D'accord.

446 - IDE : Je parle pas de boulot à la maison. C'est pas facile mais moi, oui j'y arrive.

447 - Intervenant : Et vous arrivez à séparer chaque patient alors.

448 - IDE : On essaie.

449 - Intervenant : D'accord.

450 - IDE : Voilà on peut pas comparer ou, c'est pas impossible que y a... voilà. Mais chaque patient est différent même avec la même maladie, les mêmes opérations, deux patients, ce sera tout à fait différent.

451 - Intervenant : D'accord.

452 - IDE : Donc euh... Il faut qu'on... je sais pas, le cerveau est sûrement très bien fait, mais il faut qu'on... sinon on peut pas avancer, on peut pas venir en aide au patient quoi.

453 - Intervenant : D'accord.

454 - IDE : Si on est trop envahi par la, la, le malheur des patients parce qu'ils ont un cancer général, ils sont en plein divorce, enfin y a tout, généralement y a tout, on peut pas, on peut pas leur venir en aide, c'est pas possible.

455 - Intervenant : D'accord. Et en quoi c'est intéressant pour vous d'être auprès du patient ?

456 - IDE : Ils m'apportent plein de trucs aussi, d'humain, au niveau humanité, ils discutent de leur vie... ce n'est pas que le ventre ou que la poche ou la sonde urinaire.

457 - Intervenant : D'accord.

458 - IDE : C'est un tout.

459 - Intervenant : D'accord. Donc vous appréciez les échanges avec les gens. D'accord, très bien. Euh, deuxième question : quelles sont les périodes de travail qui demandent le plus de compétences d'après vous ?

460 - IDE : Compétences ?

461 - Intervenant : Oui.

462 - IDE : Vous me posez une colle. (Rires).

463 - Intervenant : Les compétences elles sont multiples et variées... Elles peuvent être techniques, relationnelles justement, ça peut être...

464 - IDE : Pff. Après il faut avoir un minimum de... Comment expliquer ? Euh moi ça fait depuis 2003 que je fais de la chirurgie digestive donc pour les filles, les nouvelles infirmières, il faut qu'on leur réexplique toute l'anatomie et tout ça, les stomies, les différents styles de stomies tout ça et qu'ils apprennent un peu à l'école et plus sur le tas. C'est vrai qu'à l'école on apprend... c'est pas pareil. (Rires).

465 - Intervenant : Oui, bien sûr.

466 - IDE : Voilà donc tout ça mais après... C'est plus, oui, dans les soins un petit peu techniques.

467 - Intervenant : Dans les soins techniques...

468 - IDE : Je pense oui.

469 - Intervenant : Qu'on a besoin de plus de compétences... D'accord, euh... troisième question : qu'est-ce qui peut représenter un frein dans le développement de votre travail ? C'est-à-dire dans votre travail, qu'est-ce qui peut vous, vous freiner pour le réaliser ? Qu'est-ce qui peut vous empêcher de bien le faire ?

470 - IDE : L'attitude du patient. Ça m'est arrivé une fois, je devais perfuser un patient et là il m'a foutu une pression énorme, « de toute façon vous y arriverez pas et puis vous me piquez là et pas là et pas là », déjà j'ai réussi mais j'étais à deux doigts de, de passer le relais.

471 - Intervenant : Ah oui ?

472 - IDE : Oui, moi quand on me met une pression directe comme ça c'est compliqué.

473 - Intervenant : D'accord.

474 - IDE : Ça me déstabilise. Je ne sais pas pourquoi mais après euh... m'empêcher de faire mon...

475 - Intervenant : Ou qui vous freine, qui représente un obstacle. Qu'est-ce qui, qu'est-ce qui justement pourrait être ce type de frein ?

476 - IDE : Après j'en ai pas...

477 - Intervenant : Ça peut être, je ne sais pas, je peux vous donner des exemples, ça peut être le manque de temps, ça peut être le manque d'une compétence particulière, ça peut être vous voyez tout...

478 - IDE : Le temps, euh voilà si c'est pas... le pansement. Si je peux pas faire le pansement le matin bé tant pis on le fera l'après-midi, c'est pas, c'est pas. C'est mieux le matin parce que c'est écrit que c'est mieux le matin, ça a toujours été fait le matin...mais après le temps nous, c'est les compétences après si on a un doute on a justement les collègues, les... ou un doute sur un appareillage, on appelle les stomathérapeutes qui nous guident et tout ça mais bon... j'ai pas non...

479 - Intervenant : Donc il n'y a pas de frein particulier.

480 - IDE : Pas spécialement, non...

481 - Intervenant : Et qu'est-ce qui alors à l'inverse, qu'est-ce qui facilite votre travail, votre activité ?

482 - IDE : L'encouragement des patients (rires). Je suis très « patients » moi... euh... Parce que voilà c'est beaucoup qui disent : « je vois que vous avez du travail », donc c'est vrai on va plus facilement après... Quand c'est calme ou c'est le service, enfin calme... qui ait pas trop de cris parce que c'est arrivé les matins dans les couloirs, ça crie parce qu'on a pas été informé d'un truc et patin et que... un bloc qui est décalé trois heures avant donc il y a de l'agitation, du, du speed et tout ça, du coup quand c'est calme c'est plus facile.

483 - Intervenant : Même s'il y a une charge de travail importante.

484 - IDE : C'est plus facile.

485 - Intervenant : Il faut que l'atmosphère soit calme.

486 - IDE : Oui, un peu, un minimum bien que je ne le sois pas calme. Mais je crois que pour tout le monde c'est plus facile.

487 - Intervenant : Et le calme il se manifeste comment ?

488 - IDE : Pas de cris, pas de ...

489 - Intervenant : Parce que ça peut crier ?

490 - IDE : Ah oui ça crie !

491 - Intervenant : Qui est-ce qui crie ?

492 - IDE : Mais enfin, parler fort. Oui, bé tout le monde. Ça monte vite en mayonnaise et il y a la fatigue aussi donc on dit un truc et à une aide-soignante qui le prend mal et du coup clac elle monte en... c'est, c'est un tout, ça redescend aussi vite que ça monte mais des fois, c'est ouais, c'est... (Rires), c'est folklo...

493 - Intervenant : D'accord.

494 - IDE : Et moi la première parce que des fois j'aime pas... j'essaie de prendre sur moi... je suis assez... Je préfère me taire, aller fumer une cigarette et après on parle. (Rires).

495 - Intervenant : D'accord. Très bien.

496 - IDE : Non puis après y a des jours où il y a beaucoup de travail où ça roule plus facilement que d'autres jours où il y en a un peu moins mais... il y a toujours...

497 - Intervenant : Et pourquoi, qu'est-ce qui facilite ces jours-là ?

498 - IDE : Je peux pas vous expliquer, c'est... tout, tout, tout se combine bien. L'organisation peut se faire euh...

499 - Intervenant : D'accord.

500 - IDE : Les toilettes sont faites peut-être un peu plus tôt du coup à plat. Ça roule, je peux pas vous..., les sorties se font aux, aux bonnes heures donc on arrive à tout organiser juste avant. Ça aussi, les sorties si on les fait trop tard après les ASH euh... ça leur fait du boulot en plus l'après-midi alors on essaye de faire le matin mais c'est pas toujours, toujours facile.

501 - Intervenant : D'accord. Le fait que vous soyez en horaires différenciés avec les aides-soignants, parce qu'elles ne sont pas en 10h00 elles...

502 - IDE : Non, 7h30.

503 - Intervenant : Elles sont en 07h30.

504 - IDE : Oui. C'est pas de soucis.

505 - Intervenant : Ça pose pas de soucis ?

506 - IDE : Non, non, non, elles font euh... après on n'est pas organisé comme ailleurs. Nous on fait les transmissions, voilà à sept heures, sept-heures moins le quart. Euh... et des transmissions à deux heures moins le quart. Après entre nous on communique et comme ça l'aide-soignante qui arrive en « J », elle a vite fait aux transmissions de ses collègues. Parce que je sais qu'en Oeso elles font des transmissions à 11h00 entre infirmière juste orales et tout ça. Après trop de transmissions nuit.

507 - Intervenant : Oui.

508 - IDE : Ça prend du temps quoi, on va pas faire que ça quoi. Après c'est une organisation, on arrive à bien communiquer.

509 - Intervenant : Et alors quand vous arrivez le matin euh... ou l'après-midi quand vous prenez votre poste, est-ce qu'il y a des indicateurs qui vont vous dire que « Ah aujourd'hui ça va être une bonne journée » ou alors au contraire « Houlà, aujourd'hui ça va être une journée terrible » ?

510 - IDE : Voilà c'est cela... Le laboratoire à sept heures du matin « Le patient a 4 grammes d'hémoglobine », donc voilà hop là, transfusion et tout ça, ouais y a des matins.

511 - Intervenant : Donc là on sait que ça va être compliqué...

512 - IDE : Ouais on le sait assez rapidement. (Rires) Dès la fin des transmissions on est... on le sent.

513 - Intervenant : Donc c'est plutôt l'état des patients qui va dire que la journée va être plutôt bonne ou mauvaise...

514 - IDE : Oui, oui. Ou une nuit où ça s'est pas bien passé ou... après y a toujours les internes et tout ça qui interviennent la nuit mais... oui c'est ça. Calme je peux pas vous dire que on peut pas savoir le matin à sept heures si ça va être calme mais compliqué ça oui en général on le sait à sept heures et demi y a pas de problèmes

515 - Intervenant : Ça vous le voyez par rapport aux demandes faites pour les patients.

516 - IDE : Tout à fait. Oui.

517 - Intervenant : D'accord. Au type de traitements, de pansements, de prises en charges que vous allez faire.

518 - IDE : Oui, oui, par exemple voilà « j'ai dû refaire 4 fois la stomie cette nuit » euh... donc voilà, un problème d'appareillage ça arrive, ça arrive, ça arrive souvent. La nuit euh...

519 - Intervenant : Donc on sait que dans la journée on va y avoir droit. OK, très bien. Euh donc en fait euh... tous les jours se suivent mais aucun ne se ressemblent...

520 - IDE : Voilà ! C'est ça qui est bien !

521 - Intervenant : C'est ça qui est bien pour vous ?

522 - IDE : Ah oui, ah oui.

523 - Intervenant : Et pourquoi c'est bien alors ?

524 - IDE : Ah non mais si c'est toujours la même chose, la routine c'est pas possible...

525 - Intervenant : C'est pas possible ?

526 - IDE : Non , moi j'aime bien. C'est... le même nombre de pansements et out ça, ça va rouler tout seul et d'autres jours il y a toujours des grains de sable qui viennent coincer l'organisation. C'est ça qui est bien. Enfin moi, c'est ce que j'aime.

527 - Intervenant : C'est ce que vous aimez.

IDE : Oui. (Rires).

528 - Intervenant : Très bien. Vous voulez me dire d'autres choses ?

529 - IDE : Non, non, non. Je sais pas si ça vous amène vous pour votre thèse des choses.

530 - Intervenant : Oui, oui. On va arrêter-là alors.

531 - IDE : Si vous après vous avez des idées pour nous aider à... on est tout à fait open.

532 - Intervenant : C'est très intéressant, c'est passionnant franchement ce que vous faites. Tout ce que vous racontez, vous c'est l'habitude, ça fait quelques années...

533 - IDE : 20 ans !

534 - Intervenant : 20 ans !

535 - IDE : Je suis la plus vieille.

536 - Intervenant : 20 ans que vous êtes infirmière ?

537 - IDE : Ouais ! Bon pas en chirurgie, j'ai commencé à Toulouse, après dans le Var et je suis arrivée ici en 2003.

538 - Intervenant : D'accord. Et vous faisiez quoi avant d'être infirmière ?

539 - IDE : J'ai toujours été infirmière ?

540 - Intervenant : Toujours infirmière !

541 - IDE : Ouais !

ANNEXE 2 – Entretien d’autoconfrontation 2

Code entretien	A4	Agent	FM
Service	Chirurgie Colorectale et pariétale		
Support	Diagrammes de l’activité suite à une observation d’une journée complète		
Date Observation	13/06/2018	Date d’entretien	21/08/2018
Situation de travail	Observation d’une journée de travail de 10h00 (11h15-21h15)		

1 - Intervenant : Donc alors aujourd’hui on se voit pour que je puisse vous présenter un retour de l’observation que j’avais faite le 13 juin dernier avec vous, pour qu’on puisse un petit peu commenter ensemble ces différents documents. Donc le premier document que je vous propose c’est un diagramme de votre activité. Et donc on voit que pendant ces 10h00 qu’on a passés ensemble, 15% du temps a été réservé au travail sur informatique, 14% pour les transmissions, 14% pour la pause repas, 5% pour les discussions avec les médecins, ensuite 5% en discussion avec les patients, 5% en déplacements, 5% en préparation des médicaments, 4% en administration de traitement et ainsi de suite après c’est des petits chiffres. Qu’est-ce que ça vous inspire ?

2 – IDE : On était, à oui j’étais d’après-midi.

3 - Intervenant : Oui, c’est l’après-midi oui. 11h15 – 21h15.

4 – IDE : Je pensais pas que je faisais autant de pause repas, c’est bien ! Tant mieux. Euh... non, après... euh... les discussions avec les patients, les discussions avec les médecins... ça va. Je discute beaucoup alors du coup je regarde (rires).

5 - Intervenant : Oui ?

6 – IDE : Non, je sais pas, ça correspond bé par rapport à l’activité ouais... bé c’est bon, de toute façon c’est sur la moitié, les diagrammes, j’ai, je vois, j’ai du mal parce que du coup j’ai l’impression que tout est concentré dessus mais pas du tout.

7 - Intervenant : Non, non, il faut voir l’ensemble de l’activité.

8 – IDE : Bé oui, non mais... Après avec les interactions, oui, un petit pansement, oui par rapport à l’après-midi répondre euh... aux sonnettes, c’est ça ?

9 - Intervenant : Répondre aux sonnettes... c’est ceux-là...

10 – IDE : Ah non c’est ceux-là ! Oui, de toute façon après... ok.

11 - Intervenant : C’est vrai qu’il y a eu très peu de sonnettes. Alors ça m’a étonné...

12 – IDE : Bé, c’est souvent ça.

13 - Intervenant : Y a pas de sonnettes l’après-midi ?

14 – IDE : Non, c’est souvent quand y a quelqu’un qui nous observe... Non, après tout dépend, après tout dépend en fait si les gens ils sont bien cadrés, ils sont bien, en fait. Moi voilà, moi c’est vrai que je suis plus à rester auprès du patient mais où le midi vraiment s’assurer que tout et bien et tout et du coup bé ils vont moins appeler, moins nous solliciter.

15 - Intervenant : D’accord.

16 – IDE : Si vous les mettez en confiance, plus en confiance, plus, bé ils vont moins solliciter.

17 - Intervenant : Comment vous faites pour les mettre en confiance justement ?

18 – IDE : Bé la présence, le fait d’être là, le fait aussi, bé après aussi de, des patients qui sont en relation, parce que ça fait un moment qu’ils travaillent avec nous aussi. On a des patients qui reviennent plusieurs fois, on a même des patients, moi, comme j’ai un nom un peu atypique qui, qui

m'interpellent par mon prénom, donc du coup c'est, c'est plus simple, c'est plus... Ils se sentent mieux, le fait de, d'avoir des réponses aussi adaptées, vraiment très précises et adaptées à la question donnée, pas hésiter, c'est le, après pour des jeunes infirmières ou pour des personnes qui veulent pas trop s'avancer, du coup bé, ça met pas, euh... c'est, pour le patient c'est un peu angoissant, donc du coup, j'essaie d'être le plus, même si je sais pas forcément, euh... de, dans mon expression de pas hésiter, voilà, d'être, d'être sûre de moi donc du coup bé ils sont, ils se sentent rassurés.

19 - Intervenant : D'accord.

20 - IDE : Ils l'expriment comme ça aussi.

21 - Intervenant : D'accord, très bien. Voilà donc ça c'était un graphique assez détaillé donc j'ai ensuite rassemblé par grandes familles parce que quand on fait par petites familles c'est un peu plus compliqué. Donc là, on voit qu'en, passez 32% en temps de communication, tout..., tout compris, ensuite vous avez travail sur informatique et administratif 23%...

22 - IDE : Ça c'est énorme.

23 - Intervenant : 14% sur les pauses, ensuite 9% d'action auprès du patient, ensuite 8% de gestion de matériel, 5% déplacement, euh... 2% en hygiène, 2% en rangement et ensuite 1% en gestion des plannings. Alors rassemblé comme ça, ça vous inspire quoi ?

24 - IDE : J'en fais des trucs informatiques et pourtant j'en, j'en fais pas autant que je devrais quoi donc euh...

25 - Intervenant : Oui, pourquoi vous n'en faites pas autant que vous devriez ?

26 - IDE : Ben parce que du coup elle nous a là au mois d'août on a des nouveaux vraiment tout, d'autres choses à remplir, maintenant quand les patients vont revenir du bloc, il faut faire une macrocible intermédiaire qu'on ne faisait pas avant, c'est vrai qu'on avait tendance à négliger les fiches de liaison euh... bloc..., euh secteur bloc, ça c'est obligatoire de les faire maintenant, donc y a plein de chose que maintenant..., depuis juin bé qu'on fait en plus quoi.

27 - Intervenant : D'accord.

28 - IDE : Et donc déjà je trouve que 23,71%, parce que c'est du temps que je passe pas auprès de mes patients et moi c'est, pour moi quand je suis arrivé à Saint-André on était sous forme papier et on trouvait que c'était..., on nous avait vendu ça, l'informatique, comme quoi on serait toujours auprès, on aurait encore plus de temps et en fait ça s'avère que non pas du tout et plus ça va, plus les années passent plus on nous assaille encore de choses administratives. Donc, maintenant il faut valider les soins sur l'ordinateur, donc valider le soin qu'on fait sur le plan de travail, le valider après donc, faire la transmission écrite si y a un problème sur le pansement, faire la transmission de pansement, on a 3 choses sur la même chose, sur le même intitulé à tracer, donc c'est vrai que parfois je trace pas forcément mais là c'est une demande autrement on va nous enlever du personnel donc là notre cadre-là, elle nous a fait une remontrance. On est obligé de tout, tout, tout, tout tracer. Donc déjà je me dis 23% voilà, après sur l'après-midi c'est vrai on a plus tendance mais le matin, ça va être encore pire le matin parce que le matin on a tout ce qui est pansements et tout ce qui est transmissions aussi euh... tous les, tous les, toutes les fiches de liaison secteur bloc qu'on faisait pas avant et qu'on va devoir faire.

29 - Intervenant : Et ces reportings informatiques, est-ce qu'ils sont intéressants pour votre travail ? Est-ce qu'ils sont aidant dans votre travail ?

30 - IDE : Non ! En aucun cas. Ça justifie, c'est juste pour justifier. En aucun cas. Nous ça nous rien, ça nous apporte absolument rien. Le plus là que, qu'ils nous demandent là. Là à l'heure actuelle, le plus en plus absolument rien.

31 - Intervenant : D'accord et par exemple la fiche de liaison entre le secteur et le bloc ?

32 - IDE : Bé... les... pfff, les filles en bas elles les regardent pas. On a arrêté de les faire parce qu'elles ne les regardaient pas.

33 - Intervenant : D'accord. Comment vous savez qu'elles ne les regardent pas ?

34 - IDE : Parce que euh... parce que c'est arrivé 2, 3 fois qu'elles nous appellent pour des informations et qu'on leur dise « Mais... c'est dans la fiche de liaison », « Ah oui, non mais vous croyez qu'on a le temps de regarder sur les fiches de liaison ? », « Merci ».

35 - Intervenant : D'accord.

36 – IDE : Elles ont, elles ont pas le temps. En bas non plus, quand le patient arrive faut qu'elle se mette, qu'elle aille dans..., qu'elle aille voir vraiment, qu'elles aillent chercher le dossier et qu'elles aillent dedans. Elles ont par d'ordi, elles disent au bloc qu'elles ont pas d'ordinateur spécifique pour faire ça.

37 - Intervenant : D'accord. Très bien. Donc un temps important sur l'informatique et l'administratif, euh... d'autres réactions sur ce, sur ces données ?

38 – IDE : Non la communication, mais ça je suis hyper contente parce que du coup euh... je trouve que euh... dans notre métier c'est hyper important de communiquer que ce soit communiquer avec le patient, nos collègues et les médecins donc euh... et comme j'adore parler, vous vous en êtes rendu compte... donc moi ça m'intéresse, voilà et après non euh... les temps de pause, je suis vraiment agréablement surprise euh... ou je sais pas oui par le temps de pause parce que bon après je fume pas, je suis pas fumeuse mais quand même j'arrive quand même à avoir des temps de pause. Je crois que cette journée, je suis même pas sûre d'avoir fait pipi. C'est rare que je, en plus que je... pendant mon travail que j'aille aux toilettes, je sais même pas si vous l'avez noté ou pas.

39 - Intervenant : Peut-être, c'est à vérifier.

40 – IDE : Oui, je sais plus, donc voilà, non, non mais plutôt...

41 – Intervenant : OK.

42 – IDE : Parce que du coup ouais, j'ai eu, y a eu le midi, y a eu le 4h00 et vite fait le soir je crois.

43 - Intervenant : Oui.

44 – IDE : C'est ça oui. Oui mais c'est bien. Pour l'après-midi, plutôt cool.

45 - Intervenant : Très bien. Donc ensuite là on a un diagramme qui représente les lieux fréquentés. Donc vous avez passé 16% dans le couloir, 16% en chambre, euh... bé 14 en, 14% en salle de détente, ensuite 3 en extérieur du service après d'autres petits chiffres, voilà.

46 – IDE : Mmmm.

47 - Intervenant : Vous en pensez quoi ?

48 – IDE : J'en creuse des tranchées !

49 - Intervenant : ça veut dire quoi ?

50 – IDE : Dans le couloir !

51 - Intervenant : Ah ! (Rires), les allers-retours !

52 – IDE : Ouais, mais bon voilà après c'est normal, c'est pendant qu'on fait le tour quoi donc du coup euh... après ben... pas tant que ça dans la salle de soins, je pensais que... j'étais plus... non, ouais, autant dans la salle de soins que dans les chambres mais non, c'est plutôt cool. Après... le bureau des internes, ça c'est pour faire le point, l'office, oui bon d'accord. Salle de détente ça fait impressionnant, je trouve que sur le camembert c'est trop rigolo.

53 - Intervenant : Très bien. Donc là en fait c'était la répartition des âges des patients, donc avec une population euh... qui se répartit entre 50 et 80 ans à peu près. C'est à peu près ce que vous avez régulièrement ?

54 – IDE : Bé oui !

55 - Intervenant : Oui ?

56 – IDE : On va avoir de temps en temps des jeunes quoi, entre 15, entre 15 ans et 3 mois et 20 ans après c'est pour, c'est surtout pour les maladies de Crohn et après pour des petits accidents de la vie, des petits appendocs aussi, voilà.

57 – Intervenant : D'accord. OK mais ce n'est pas votre population cible ?

58 – IDE : Non. Mais après c'est surtout bé le suivi après des maladies génétiques, les maladies de Crohn, les MICI, les POIC, voilà des choses qui sont, mais y ont déjà été suivis adolescents à l'hôpital des enfants, donc nous on prend la suite.

59 - Intervenant : D'accord.

60 – IDE : Mais voilà, c'est, c'est assez spécifique et bon on les connaît quoi. C'est vrai que c'est des, des personnes qu'on a, que ça nous arrive d'avoir plusieurs fois entrecoupées quoi voilà.

61 - Intervenant : D'accord.

62 – IDE : C'est pas le plus gros. Le plus gros c'est les cancers et les maladies, les maladies qui dégénèrent plus tard quoi, donc du coup voilà. Voilà, entre 40 et 50 ans c'est surtout bé les maladies génétiques, quoique maintenant on a de plus en plus de cancers et de plus qui déclenchent tôt. Y a quelques années, on avait pas ça et voilà après..., après oui, après là cette population c'est, c'est essentiellement cancers.

63 - Intervenant : Très bien. Ensuite donc là on a un diagramme qui montre le temps passé par chambre et donc j'ai croisé le, le temps avec l'âge aussi en émettant une hypothèse que peut-être qu'on passé plus de temps avec les gens qui étaient plus âgées, finalement il s'avère que c'est pas le cas puisque euh... en chambre 20 vous avez une personne de 88 ans, vous avez passé qu'1 minute 29 et puis après là quand on va de l'autre côté du, du diagramme vous avez passé 12 minutes avec une personne de 49 ans.

64 – IDE : Tout dépend la charge de travail, tout dépend son..., alors là oui voilà, ça a absolument rien à voir mais ça je suis totalement d'accord avec vous. C'est tout dépend aussi depuis bé, quand il est hospitalisé, combien à J post-opératoire il est, combien y a des personnes de, qui sont âgées qui sont très alertes, qui ont aucune douleur, qui sont voilà, qui sont des forces de la nature donc du coup qui réagissent très bien, qui sont, qui sont très très bien très rapidement et des personnes donc voilà après voilà, tout dépend aussi le, le type de chirurgie qu'ils ont eu, parce qu'on va avoir de la petite chirurgie et du coup les gens, y sont très alertes, parfois les papis de 88 ans, y sont là pour une hernie, quoi.

65 - Intervenant : Oui...

66 – IDE : Voilà... On remet ça en place et c'est tout, donc du coup. Et des personnes bé peut-être... lui il avait une pelvectomie totale avec du coup des sondes uritero, des stomies, donc voilà, donc là du coup beaucoup plus de travail, beaucoup plus de surveillance, euh..., du coup beaucoup plus de douleurs associées bé une prise en charge, voilà différente donc, ça oui, ça c'est normal, ça je prêche, ça vous prêchez à une convaincue, tout dépend vraiment la, ..., la prise en charge et ce qu'ils ont eu surtout déjà avant.

67 - Intervenant : D'accord.

68 – IDE : En intervention, et surtout aussi au post-op. quoi parce que parfois après, surtout pour des personnes âgées, c'est souvent euh... on attend les maisons de convalescence au bout d'un moment donc du coup, c'est juste voilà, on passe les voir pour le bisous quoi. Ça commence à être de la convalescence, de la convalo en fait en service quoi. Du coup on peut pas les laisser partir à la maison parce qu'ils peuvent pas rentrer, ils sont pas en capacité de rentrer d'être tout seuls et de s'occuper d'eux tout seuls donc du coup on attend les maisons de convalo, mais c'est vrai voilà parfois ça met 2, 3 jours, donc dans cette période-là on a pas forcément besoin de... quand tout est bien... On s'attarde plus sur des patients qui en ont plus besoin, tout à fait.

69 - Intervenant : OK. Très bien.

70 – IDE : 89 ans ! Je sais même pas qui c'est. Lui ça doit être des toilettes complètes, je crois, je sais plus... ça fait tellement longtemps, je sais plus mais, oui je pense que on avait mis un peu de temps, c'est que... Ah si ! Je crois savoir qui c'est ! Mais oui il était pas bien.

71 - Intervenant : Je vais vous donner le nom si vous voulez... donc c'est la chambre 18...

72 – IDE : Je crois que c'était un papi, 89 ans ça me dit quelque chose. Ah non, Mme C ! Ah feu Mme C, Mme C est partie, et ouais elle est décédée, bé peut-être une semaine, une semaine plus tard.

73 - Intervenant : D'accord.

74 – IDE : Mmm...

75 - Intervenant : Et quand elle était dans le service, c'était prévu qu'elle...

76 – IDE : Non ! Pas au début. Non, mais bon, après voilà, le problème c'est que elle a eu des petites complications bé l'intervention, son âge et voilà le transit est pas reparti, elle a eu aussi on lui a posé l'anesthésie on lui a posé une voie centrale parce qu'elle avait un capital veineux très compliqué et euh... et du coup ben elle a fait un choc septique. Donc là à 89 ans... pff... c'était... pourtant avant l'intervention son taux de morbidité elle était hyper alerte et c'était vachement bien elle était bien. C'est vraiment et euh... pff... à cause de son choc septique et tout... après on l'a envoyé euh... euh...

elle est pas décédée chez nous, on l'a euh..., on l'a envoyé euh... vers chez elle mais bon voilà on savait que de tout façon c'était sur la fin quoi. Mais je crois 1 semaine ou 2 semaines plus tard après c'était terminé mais bon... c'est comme ça... c'est dommage... c'est les aléas mais c'est vrai que quand y prennent, avant de prendre les patients pour, comme ça, après vous avez les urgences qui est différent, mais quand euh... pour opérer pour des cancers pour surtout les personnes âgées, y calculent bien le taux de morbidité, est-ce que ça va être plus bénéfique pour eux que néfaste mais Mme C elle était dans, elle était bien, elle était bien mais bon... C'est des aléas, c'est comme ça. C'est... c'est faute à pas de chance.

77 - Intervenant : Et avec cette population donc qui est plutôt âgée, ça arrive régulièrement ce genre de situation ?

78 - IDE : ça arrive. Ça arrive souvent, non ! ça... ça peut arriver. Ça arrive. Là c'est vrai qu'en plus la période où vous êtes venu on a eu 2, 3, ouais ça a été un peu la loi des séries donc du coup euh... ouais c'était pas c'était pas au top mais bon.

79 - Intervenant : Qui est-ce qui avait eu d'autre qui était décédé dans le service ?

80 - IDE : On avait monsieur euh... comment il s'appelait ? Y en a eu 2,3... On a eu chambre 2, M. M et euh... on, euh... comment il s'appelait ? On l'a eu en 12, on l'a eu dans plein de chambres monsieur... ah je sais plus ! On l'a gardé une plombe. Aussi on a eu un autre qui rapidement aussi voilà. C'est vrai que c'était pas... oui. Après on sait, on sait chaque fois que quand c'est une personne âgée y a toujours un risque. Ils l'expliquent bien de toute façon mais c'est vrai mais bon...

81 - Intervenant : « Ils l'expliquent bien », qui est-ce qui l'explique bien ?

82 - IDE : Le médecin.

83 - Intervenant : Le médecin...

84 - IDE : En visite préopératoire, tous les risques, les risques dus à l'âge aussi. Les risques... voilà par rapport à l'anesthésie et l'intervention donc euh... mais bon, bon...

85 - Intervenant : D'accord. Euh maintenant, c'est... je vous présente le relevé de toutes vos actions, puisque j'ai fait un relevé à la seconde. Je vous ai suivi pendant tout ce temps-là. D'ailleurs, est-ce que ça vous a gêné ou pas d'être suivie ?

86 - IDE : Ah non, pas du tout !

87 - Intervenant : Pas de tout ? Vous avez fait abstraction assez facilement.

88 - IDE : Oui...

89 - Intervenant : D'accord. Donc voilà, donc en fait ce qu'on voit c'est que c'est un travail très haché, vous êtes sans arrêt en train de faire plein d'actions sur un temps très court et euh... et donc là nous avons le relevé de tout ce que vous avez fait. Alors euh... ce qu'on peut noter c'est que vous avez pas de transmissions quand vous prenez le poste.

90 - IDE : Moui !

91 - Intervenant : Alors comment vous faites pour savoir ce qui est à faire ?

92 - IDE : Parce que c'est des choses déjà prédéfinies, on sait que c'est les préparations de perf. donc on sait que l'infirmière qui était de J a vérifié donc du coup on prépare.

93 - Intervenant : Qu'est-ce qu'elle a vérifié ?

94 - IDE : Elle a vérifié les perf., les perfusions, vérifié tous les traitements passés IV parce que c'est les équipes de nuit qui les sort et du coup le matin après la visite, les médecins peuvent être euh... peuvent être modifier. Donc du coup, quand elle l'infirmière de J arrive à 9h00 et demi bé du coup elle vérifie

95 - Intervenant : D'accord.

96 - IDE : Voilà sur le plan de soins elle vérifie ce qui a été sorti qui correspond à ce qui est sur la paillasse, sur le plan de soins.

97 - Intervenant : D'accord.

98 - IDE : Donc nous quand on arrive, on a plus qu'à préparer.

99 - Intervenant : D'accord.

100 - IDE : Donc c'est des choses, et après comme on fait le tour de midi avec l'infirmière de matin, elle, elle sait. Elle, elle, voilà elle sait, et la plupart du temps, c'est elle qui va, qui rentre dans la

chambre et nous l'infirmière, c'est nous ce qu'on a comme on l'avait pensé quand on avait créé la fiche de poste quand on est parti de Saint-André, c'est que voilà c'était à l'infirmière d'après-midi qui cohabit sur le plan de soins, ce qui était en train de se faire poser, c'était l'infirmière de matin qui connaît le patient qui rentrait dans la chambre pour faire, euh... qui poser le perf, après voilà, parfois ça fait 2, 3 jours qu'on est d'après-midi, qu'on les connaît par cœur et que voilà bon. C'est... c'est fluide quoi. Ça se fait, tout dépend de notre collègue, tout dépend, voilà... On se répartit comme ça. Mais c'est vrai du coup on préfère, nous on préférerait privilégier le fait de le, de faire nos transmissions après avec les aides-soignantes, attendre les aides-soignants pour faire les transmissions et le problème c'est si on faisait des transmissions en arrivant à infirmière et après faire des transmissions avec les aides-soignants, ça fait trop de temps de transmissions et ça bloquait vraiment trop.

101 - Intervenant : D'accord.

102 - IDE : Et en plus quand on arrive à 11h00 et quart, nos collègues elles sont en soin. Elles sont en train de faire les pansements donc ça veut dire qu'il faut qu'elles s'arrêtent elles de faire ce qu'elles sont en train de faire pour... voilà, c'était pas... Alors c'est vrai, au début bé ça gênait ou les gens qui viennent de l'extérieur ça gêne un peu mais nous c'est vrai qu'on a fait, on a dit juste avant 13H30, jusqu'à que les infirmières, les infirmières arrivent, les aides-soignantes plutôt arrivent, bé on fait à la tâche comme ça ben... On n'est pas voilà, on n'est pas plus auprès du patient, on sait, on sait ce qu'on a à faire c'est prédéfini avant.

103 - Intervenant : D'accord.

104 - IDE : Mais après si et on fait avant les transmissions y a la préparation des perf, le tour et à la limite aussi, préparer les médicaments mais c'est pareil, préparer les médicaments, c'est regarder sur le plan de soins les, sortir, préparer les médicaments pour les 24h00, donc les traitements péros en comprimés, donc c'est pareil, ça c'est regarder sur un plan de soins et voilà, juste donc y a pas besoin de connaître le patient pour ça.

105 - Intervenant : D'accord. D'accord. Donc euh... donc là on voit tout un tas d'activités qui se suivent, qui s'enchaînent...

106 - IDE : Oui là c'est pendant qu'on fait le tour. Bon bé là c'est parce que la préparation, nettoyer la paillasse, je me lave les mains et hop voilà c'est parti. Là c'est le tour de midi

107 - Intervenant : Vous avez combien de tours ?

108 - IDE : Midi, 4h00, euh pour le soir c'est midi, 4h00, 18h00 et 20h00.

109 - Intervenant : D'accord.

110 - IDE : Oui voilà ça correspond.

111 - Intervenant : Donc qu'est-ce que ça évoque en vous de lire votre activité comme ça puisque vous lisez ligne par ligne... ?

112 - IDE : Ben je fais toujours la même chose en fait, donc (rires).

113 - Intervenant : Oui, donc on voit beaucoup de discussions avec les collègues.

114 - IDE : Hey, moi je suis quelqu'un qui parle beaucoup donc euh...

115 - Intervenant : Déplacements aussi, nombreux...

116 - IDE : Oui ! Mais ça après ça c'est le... voilà... marcher. De toute façon y a toujours des choses qui arrivent après des choses aussi qu'on oublie, moi je suis une grande tête en l'air donc du coup bé si j'ai oublié, bé je reviens le chercher après y a plein de choses qui, aussi qui rentrent en compte, le téléphone sonne ou que ce soit y ait dans la salle détente bé du coup pour aller chercher l'information ou chercher ou aller vérifier de toute façon il faut se déplacer euh... le patient arrive post-op euh... c'est ça, c'est ça je me rappelle le soir quand vous m'avez dit « Mais vous allez où ? », non vous m'avez dit « vous allez encore où ? », j'ai dit « Bé je vais au biomédical, je vais chercher le PSE », « Je vous attends » et là ça me fait rire parce que du coup je me suis dit « Ah oui, M. L'hospital il doit se dire que je dois creuser des tranchées, c'est pas possible ! » (rires). Parce que du coup voilà je, je venais de revenir quand il m'a dit « Je t'amène le patient, il te faut un pousse-seringue », donc quand je suis repartie et là je me rappelle vous m'avez dit « Mais vous allez où ? », (rires), « je, je vais au bioméd. », « Je vous attend là » et j'ai dit bé ouais et voilà parce que c'est que ça, c'est... de toute façon

on prend les données quand elles arrivent donc du coup ben en fonction des données qu'on a ben on réagit, voilà, faut réévaluer de suite la situation.

117 - Intervenant : Alors du coup, la, la configuration du service, elle vous paraît comment ?

118 - IDE : Ah bé on fait 10 fois plus de kilomètres qu'avant. Nous à Saint-André on n'avait qu'un seul couloir, un petit couloir, on avait 14 chambres, 7 chambres d'un côté, 5 chambres de l'autre, 7 chambres de l'autre et on avait au bout la salle de soins et le bureau, le bureau médico-infirmier.

119 - Intervenant : D'accord, alors que là tout est en longueur...

120 - IDE : Ben là c'est hyper long, c'est vrai que bé y a des virages et tout. Je sais que parfois, je suis dans la chambre de ce côté, je dois aller dans la réserve qui est de ce côté, donc du coup, ben je vais tout faire le tour pour aller et hop au retour qu'avant on n'avait pas ces soucis-là voilà, voyez, le fait des déplacements ça m'étonne pas du tout parce que de toute façon on l'a vu euh... dès qu'on est arrivé à Haut-Lévêque on l'a vu rapidement qu'on marchait beaucoup plus. On marchait, bon à Saint-André on marchait mais on marchait vraiment parce que c'est nous qui, qui allions euh... quand on faisait une commande de pharmacie on allait directement à la pharmacie, on allait directement au labo parce que nous on n'avait pas, on n'avait pas de coursier à part pour les urgences quoi, vraiment vitales, et c'est nous qui faisons toute cette logistique donc du coup c'est vrai on marchait, mais on marchait vraiment, voilà, là au moins on, on allait d'un bâtiment à l'autre quoi.

121 - Intervenant : Oui. Alors qu'ici c'est plus du piétinement vous avez l'impression ?

122 - IDE : Ben oui, après euh... on fait tout le couloir, c'est pas du piétinement mais c'est vrai qu'ici je trouve qu'on piétine plus et que... c'est différent.

123 - Intervenant : Très bien. Euh, dans ce service, vous n'avez pas la visite tous les jours ?

124 - IDE : Non !

125 - Intervenant : C'est une visite une fois par semaine.

126 - IDE : Tout à fait. C'est la vi... ils font une visite tous les matins les chefs de clinique et euh les internes mais nous on n'y est pas présents. On y est présents seulement quand il y a le chef de service, le mercredi matin.

127 - Intervenant : D'accord. Et pourquoi vous n'êtes pas présentes avec euh..., avec le chef de clinique ?

128 - IDE : Tous les jours ? Parce qu'on a, c'est nous qui, parce que ça nous impactait trop dans notre travail, on était trop en retard après et du coup ce retard, et c'était pas forcément bénéfique en fait.

129 - Intervenant : D'accord.

130 - IDE : Voilà... Parce qu'à moment donné c'était plus pour parler des plans cul du week-end et donc franchement...

131 - Intervenant : D'accord.

132 - IDE : Leurs ébats amoureux, on n'en avait un peu rien à péter entre trois chambres, et on présentait les patients et pour qu'ils nous reposent la question dans la chambre de ce qu'on venait de dire, bé au bout de 2 ou 3 fois et bé voilà...

133 - Intervenant : D'accord.

134 - IDE : On fait le point avec l'interne quand il arrive le matin, nous quand, parfois on a déjà commencé le tour, l'interne de service arrive on fait le point vite fait sur les transmissions qui a eu machin, eux y font pas et hop on a la contre-visite et voilà chaque fois en 5 minutes, que autrement bé c'est plus d'une demi-heure hein de visite à les suivre, voilà et pas forcément à avoir des informations bé pertinentes. Donc on trouvait que le bénéfice était pas assez important pour, par rapport à tout ce que ça mettait en péril.

135 - Intervenant : D'accord, très bien. Alors, j'ai quelques petites questions complémentaires. Euh... qui..., quelle période dans votre temps de travail, chaque jour, vous considérez comme étant la plus intéressante ?

136 - IDE : Le matin, les pansements, le, les soins au patient.

137 - Intervenant : Pourquoi ?

138 - IDE : Parce que c'est technique, parce que je suis infirm..., j'aime, je travaille dans ce service parce que j'aime la technicité, j'aime..., voilà j'aime faire des choses techniques.

139 - Intervenant : D'accord. Et donc dans ce service, donc en chirurgie colorectale, il y a beaucoup de technique ?

140 – IDE : Oui ! C'est de la chirurgie déjà. Donc du coup déjà il y plus de technique, et après, oui, en colorectale, on a... et on évolue en plus, les médecins évoluent et donc du coup on a toujours des nouveaux, des, voilà quoi, des nouvelles méthodes, des nouveaux pansements, des nouveaux, des nouvelles plaies à prendre en charge aussi euh... voilà. On évolue avec eux donc ça c'est hyper intéressant.

141 - Intervenant : D'accord, très bien. Euh... et donc toujours dans votre période de travail, euh... quelle est la période de temps qui vous demande les plus grandes compétences ? Qui mobilise le plus de compétences ?

142 – IDE : Pff... Euh... Compétences techniques pendant les soins, après, compétences théoriques parfois auprès du, de l'interne si le... souvent. Moi j'ai un DU Douleurs donc parfois bé quand on est pas d'accord par rapport à la prise en charge de la douleur, voilà, je, je leur gerbe tout mon DU que tout ce que j'ai appris pour les douleurs post-opératoires parfois parce que du coup quand on n'est pas d'accord ben je me place aussi en tant que professionnelle, euh... par rapport euh... voilà, tout dépend oui. Ça euh... et oui théorique par rapport à la prise en charge aussi d'un patient si on n'est pas forcément d'accord. C'est vrai qu'on a un service où on a la chance où bé les chefs, ils nous écoutent, on travaille, après on est des infirmières avec qui on travaille depuis des années, moi je travaille avec eux depuis 10 ans, les chefs de clinique je les ai connu bébés internes, internes, on a, voilà, on a travaillé ensemble, on a, on a galéré, on a eu des galères ensemble, donc du coup c'est vrai que ben la relation qu'on a avec eux, bé, y a de la confiance, y a quand on dit quelque chose, bé notre... ça c'est la chance qu'on a parce que dans tous les services c'est loin de là, bé y a pas beaucoup de monde qui ont cette chance-là, c'est que notre parole, ce qu'on, notre ressenti il est pris en compte. Et ça c'est un..., et ça vraiment c'est, déjà bé c'est valorisant pour soi aussi, et c'est important aussi pour la prise en charge, pour vous, vous êtes en première ligne devant le patient donc quand il vous dit vous en pensez quoi ce que le médecin il fait et quand vous êtes pas du tout d'accord, ben c'est difficile de lui dire ben « Mais si, c'est le médecin, il l'a dit donc il faut faire ça ». Voilà, c'est... enfin après je pense que étant infirmière faut, faut avoir aussi du recul, faut avoir l'esprit critique, faut... donc du coup ben faut, faut pas, faut pas avancer comme un mouton ce que le médecin y dit. Si on n'est pas d'accord faut savoir aussi l'exprimer, pas après savoir aussi l'exprimer, le formuler, faut pas aller faire du rentre dedans. C'est pas une solution non plus, parce que du coup c'est complètement opaque et fermé comme discussion. Donc voilà savoir où on est, savoir et donner des arguments. Moi c'est ça. Je dis toute bonne discussion mais tant qu'il y a des arguments. Si y a pas d'arguments, ou si c'est qu'un combat de coqs, c'est pas la peine quoi. C'est pas intéressant.

143 - Intervenant : D'accord. Et euh... Qu'est-ce qui représente un frein pour la bonne réalisation de votre travail ?

144 – IDE : Ouf !... Euh... Là à l'heure actuelle, euh... le manque de matériel... de plus en plus. Il nous, on commande, ils nous, les dotations, ils nous les ont divisé par deux donc en commandant plein-vide, et ben on reçoit plus que la moitié du matériel, alors que bé l'activité elle est toujours pareil donc du coup on est toujours en train de commander, de... le matériel de stomie, là encore ce matin, Je rentre de vacances, elles ont fait le plein heureusement qui y a les commerciales et c'est pas, c'est pas forcément légal, c'est pas... les co, les commerciales viennent remplir nos stocks. On devrait, tout l'hôpital devrait nous fournir tout le matériel. Mais si on attendait l'hôpital, ça fait 3 semaines avant que je parte que j'avais fait les commandes, elles sont arrivées ce matin y en a. J'ai fait des commandes en urgence. J'ai commandé 15 socles, j'en ai reçu 5. Ça fait 3 semaines qui avait 0 et y en a eu parce que du coup avant que la commerciale parte elle a fait le plein. Mais entretemps, y a pas eu, la commande n'est pas arrivée, y avait plus de socles.

145 - Intervenant : Et alors comment vous faites quand il n'y a plus de matériel ?

146 – IDE : Alors, heureusement, on en a en bas parce que du coup ils livrent aussi en bas, en Consultations Stomathérapie, elles ont un énorme stock donc du coup, mais aussi fournit par les

commerciaux et tout et on en a aussi en œsogastrique par ce qu'en œsogastrique elles ont moins de stomies mais ça leur est déjà arrivé donc on a un stock aussi là-bas.

147 – Intervenant : D'accord.

148 – IDE : Donc on arrive. Ce matin on est allé piquer, moi j'avais vraiment besoin avant qu'on reçoive la commande et on l'a eu par hasard, j'en avais plus donc, c'est... je suis allé piquer le dernier là-bas.

149 - Intervenant : D'accord, très bien. Et dernière question : euh, qu'est-ce qui représente un levier dans votre travail ? Justement, qu'est-ce qui vous aide à bien faire et à bien réaliser votre travail ?

150 – IDE : Mes collègues. Si j'ai mes collègues... bé voilà si la relation avec mes collègues. Si j'ai des bonnes collègues avec qu'on...

151 - Intervenant : Et c'est quoi des bonnes collègues ?

152 – IDE : Des collègues qui ont la même façon de travailler, qui ont les mêmes objectifs auprès du patient parce que pas forcément toutes les collègues ont ces objectifs-là, la bonne prise en charge du patient, euh... faire, travailler dans de bonnes conditions, dans une bonne humeur aussi, dans voilà, un cercle positif, y a des gens qui arrivent pas à, à passer ce cap-là aussi, qui sont toujours dans le négatif, donc voilà, je fais du bon travail quand je suis dans une spirale positive, avec des collègues, ouais, des collègues avec qui je peux faire confiance, et donc du coup on a une bonne continuité.

153 - Intervenant : Et comment elle se crée cette confiance ?

154 – IDE : Les, les années, le fait aussi de... c'est pff... pas forcément explicable mais euh... quand vous êtes en... juste bé... à une situation donnée, bé on doit savoir, on doit penser aux mêmes choses parce que c'est logique quoi, c'est des choses ben, après c'est l'expérience qui fait mais à une situation donnée ben on sait ce qu'on a à faire voilà, un redon qui fuit, on sait ce qu'on a à faire, un pansement qui fuit, une éviscération on sait ce qu'on a à faire. Ça doit être si, voilà, si votre collègue ben elle sait pas ou elle a mal fait ça vous met encore plus en difficulté du coup, et du coup le patient, aussi lui, n'est plus en confiance parce que du coup ben c'est, elle aurait dû régler le problème et ça l'a pas réglé pas en totalité ou ça l'a, ça l'a même aggravé et vous quand vous arrivez ben du coup bé il a plus confiance. Donc ça vous crée encore plus de travail... plus de travail parce que forcément bé du coup elle l'a fait peut-être à la va-vite donc du coup pas forcément su le faire correctement donc ça fuit encore plus donc bé du coup au lieu qui ait plus que le pansement bé y a changer la chemise, nettoyer le patient, changer le lit... voilà y a tout ça qui découle. Bé du coup, tout ce packaging bé ça prend du temps donc du coup bé et après c'est pas forcément agréable, passer derrière et faire tout ça parce qu'on sait pertinemment si la chose avait été faite correctement au début bé y aurait pas tout ça, donc un peu de frustration voilà qui en découle donc euh...

155 - Intervenant : D'accord, très bien.

156 – IDE : Après vous êtes dans un service M. L'hospital, on est un, on est une équipe de plusieurs on se connaît depuis 10 ans (rires). C'est assez compliqué, moi j'ai des collègues oui Coraline, Karine, Emilie euh... on n'a pas besoin de parler...

157 - Intervenant : Alors comment vous faites justement si vous parlez pas ?

158 – IDE : En situation ? Ah on se parle pas nous ! Bé on agit.

159 - Intervenant : D'accord.

160 – IDE : On fait, après on est contente parce que du coup quand on se regarde, on est satisfait du travail qu'on a fait.

161 - Intervenant : D'accord, donc c'est-à-dire que vous avez intégré les protocoles...

162 – IDE : Oui.

163 - Intervenant : Que vous les déployez au moment même sans qu'il y ait besoin de les, de les discuter...

164 – IDE : Voilà. Après bon voilà, après c'est les années qui fait ça aussi, c'est l'expérience, c'est... je pense aussi que on...on a travaillé, moi en tout cas quand on est arrivé, que ce soit Coraline on avait des anciennes cadres, nous nos cadres elles nous collés au derche. Les vieilles cadres... moi la, j'ai, j'ai vraiment appris mon métier le premier mois quand je suis arrivé, elle m'a, j'ai Mme Dufour elle m'a suivi mais voilà, elle, elle voulait que les pansements soient faits comme ça, comme ça, c'était comme

ça. Et c'était la meill... voilà en plus on pouvait pas revenir parce que c'était la meilleure façon euh de faire certains pansements en stérile bé en stérile comme ça. Et là vous étiez sûr que oui elle voulait ça parce que elle était sûre que vous fassiez proprement en stérile et qu'en aucun cas vous vous êtes stérilisé, c'était comme ça. C'était très protocolisé, très... et du coup bé on, on avait, on avait toutes la même façon de travailler. C'est vrai que maintenant bé par rapport parce que moi en plus j'arrivais de l'école, j'arrivais d'une école euh de formation dans la région parisienne donc du coup y a des choses, des pansements et tout, parfois y a des petites différences quoi. Nous on faisait, mais j'avais jamais appris à faire une poupée. Là on fait que ça. Donc voilà c'est rigolo. Moi la première fois que je suis arrivé pliée en quatre, « Mais qu'est-ce tu fais ? », « Ah bon, c'est pas comme ça ? » Bé du coup et ben maintenant... c'est vrai que ben c'est, notre génération bé ouais, parce qu'on sait, on travaille de la même façon en fait. Parce qu'on a appris à réagir aux mêmes façons. Les premières situations d'urgence, on les a vécues bé ensemble et on les a gérées ensemble et euh on a eu bé toutes heureusement à l'époque bé on avait des anciennes aides-soignantes qui étaient hyper compétentes et que... vous aviez juste à vous concentrer bé par exemple si y avait un arrêt cardiaque à réanimer le patient, tout ce qui était a, a, amener le chariot d'urgence, appeler le réanimateur, dire, appeler l'interne de garde, ça c'était l'aide-soignante qui le faisait. C'était génial. Et donc c'est..., elles nous ont appris ça. Elles nous ont appris à « Si, il faut que tu fasses ça, il faut que tu fasses ça, il faut que tu fasses ça », parce que toi, parce que vous êtes petite jeune, petite... et elles nous ont toutes appris la même chose, donc du coup ben...

165 - Intervenant : Et donc aujourd'hui c'est différent ?

166 - IDE : C'est différent, oui, parce qu'elles ont pas... pff, je sais pas, après euh... C'est différent, elles ont pas le même, le même sentiment, elles sont pas euh... la dernière fois, y a pas si longtemps, on a une situation et, je dis « sympa », elle me dit « Mais vous auriez dû appeler », « Bé pour quoi faire, vous l'avez vu qu'on était en urg, en situation d'urgence ». Moi y a une époque j'aurais même pas eu besoin, l'aide-soignante elle était là derrière moi, prête à bondir si j'avais besoin d'elle. « Vous, vous avez vu, ça vous a pas interpellé, vous êtes allez manger. J'ai pas à venir vous voir et vous dire arrêtez de manger, est-ce que vous pouvez venir nous aider, j'ai autre chose à faire », « Ah oui, ah oui ! », « Bé oui ! ». « J'ai l'impression d'être, de, de rien faire », « Non ! Si, si... si, si. Tu, au moment où je te dis tu peux aller me chercher ça bé ça serait bien comme ça du coup moi je peux rester auprès de mon patient et pas être obligé de ressortir pour aller chercher quelque chose ». C'est tout, c'est des petites choses. « Vous avez l'impression d'être inutile mais non, vous êtes pas inutiles ». Après aussi, je pense qu'à moment donné c'est nous aussi qu'on a eu peut-être une mauvaise communication et qu'elles se sont senties, elles se sont senties peut-être mises à l'écart, je, j'en sais rien, je... mais c'est vrai maintenant bé ouais, elles, elles se sentent moins concernées quand y a des choses comme ça où il faut qu'elles restent concentrées sur les re, les petits déjeuners c'est à telle heure, si c'est 5 minutes de retard, si y a un problème c'est la bérézina totale euh voilà, c'est, c'est vrai qu'elles sont... s'en est dommage quoi. C'est vrai que c'est pour ça que nous, on reste ancré sur le fait qu'on veut faire les transmissions avec les aides-soignantes et le tour d'après-midi. C'est souvent qu'on doit l'attendre, qu'on doit... et on essaie de faire aussi le tour ensemble.

167 - Intervenant : OK.

168 - IDE : Parce que c'est important, parce qu'après si on creuse un fossé ben... on sera les uns à côté des autres. C'est pas voilà... et je trouve que de plus en plus bé... après je sais pas si c'est spécifique à Haut-Lévêque mais nous à Saint-André on a jamais vécu ça, c'était hyper famille, c'était hyper... là ouf... c'est hyper oppressant. Vous avez toujours l'impression de, de..., d'être un extraterrestre si vous voulez aider quelqu'un ou si vous attendez quelqu'un ou si... avoir une relation sociale normale... c'est, c'est un luxe. J'ai l'impression que nous, c'était normal. Vous appelez au téléphone, bé on vous aboie dessus. Moi j'ai jamais connu ça, en pratiquement 8 ans à Saint-André quoi, donc du coup c'est vrai que... Ici, et encore maintenant moi je suis parfois étonnée quoi, on est tous dans la même galère. Je pense que tous les matins, chaque voilà, c'est pas le kiff de venir travailler à l'hôpital de, au CHU de Bordeaux, donc si on le fait dans une bonne cohésion et si on s'entraide, je trouve que... ça se passe mieux. C'est, en plus je trouve qu'on, on passe le plus de temps, le clair de notre

temps avec nos collègues plus que notre famille donc je pense avoir de bonnes relations et pas se bouffer le nez là dès qu'on peut, je trouve pas ça une solution mais bon. Après peut-être aussi c'est parce que j'aime trop mon travail, je sais pas, je... je trouve que voilà... et c'est aussi ça le fait bé de la cohésion avec ses collègues c'est si... ouais si on est proche de nos collègues après on peut avoir des différences, on peut avoir des différends, des... et en parler parce que de toute façon si on parle pas on peut pas crever l'abcès, on peut pas, on peut pas dire les choses, on peut pas communiquer, on peut pas faire avancer les choses, donc euh... oui, et je pense que aussi je, on m'aime beaucoup par rapport à mon honnêteté parce que quand ça va pas je sais le dire mais ça va aussi je sais le dire aussi, donc euh...

169 - Intervenant : Très bien. Merci beaucoup. Il y a d'autres choses que vous aimeriez rajouter ?

170 – IDE : Non ! Parce qu'autrement on va parler encore 1h00 M. L'hospital.

ANNEXE 3 – Entretien d’autoconfrontation 3

Code entretien	A2	Agent	ERP
Service	Chirurgie Hépatobiliaire et transplantation hépatique		
Support	Diagrammes de l’activité suite à une observation d’une journée complète		
Date Observation	04/07/2018	Date d’entretien	16/08/2021
Situation de travail	Observation d’une journée de travail de 10h00 (11h15-21h15)		

1 - Intervenant : On se voit aujourd’hui pour faire le point par rapport à l’observation que j’avais fait de 10h00 le 04 juillet dernier de 11h15hà 21h15. Donc là aujourd’hui je vous présenté les résultats que j’ai obtenu après cette observation. Alors en fait, je vous ai suivi comme je vous ai expliqué j’ai tout noté à la seconde. Pourquoi j’ai fait ça ? Et bien aujourd’hui on va voir pourquoi j’ai fait ça. Donc en fait ça m’a permis de classer votre activité par catégories et on voit avec ce graphe d’activité que la plus grande partie sur ces 10h00 ça a été en transmissions, vous avez 19% de votre activité en transmissions, ensuite vous avez..., bon on va faire les grands chiffres, vous avez 15% en travail sur informatique, presque 9% en administration de traitements, 8% en pause repas, ensuite 6% en préparation de médicaments, non soins au patient, pardon, ensuite vous avez 4% en préparation de médicaments, ensuite 4% en prise de constantes, euh... 4 % en déplacement ensuite, voilà, ensuite ce sont de plus petites valeurs. Vous en pensez quoi ?

2 - IDE : Eh bé ça m’étonne pas, enfin ça m’étonne pas euh... sur les, par rapport aux transmissions et le travail informatique, que ce soit le plus, le plus grand, par rapport justement aux soins en soi quoi. C’est ce que, on pourrait se dire en travail infirmier c’est plus le soin mais ça m’étonne pas du tout que ce soit finalement, mais quand vous mettez transmissions, c’est transmissions orales et écrites ?

3 - Intervenant : Alors là il me semble que ce ne sont que les transmissions orales.

4 - IDE : Oui, OK, c’est ça. C’est, mais... du coup ça met des chiffres en fait, on peut vraiment bien.

5 - Intervenant : Oui ça permet de quantifier l’activité. Et alors ces chiffres de transmissions, c’est en fait le chiffre le plus important pour vous, 19%, qu’est-ce que ça évoque pour vous ?

6 - IDE : Euh, est-ce que c’est beaucoup, enfin qu’est-ce que j’en pense ?

7 - Intervenant : Qu’est-ce que vous en pensez oui ?

8 - IDE : C’est un temps important, enfin, c’est des transmissions écrites, c’est ça ?

9 - Intervenant : Non, orales.

10 - IDE : Orales ! C’est un temps important quand même parce que c’est la passation de... de... des, de la continuité des soins et justement c’est ce qui nous permet aussi de, de cibler les problèmes, de discuter avec les collègues de chaque patient donc ça m’étonne pas que ça prenne un temps quand même...

11 - Intervenant : En quoi c’est important pour vous ?

12 - IDE : Les transmissions ?

13 - Intervenant : Oui.

14 - IDE : Bah, ça permet d’assurer quand même une continuité des soins qui est quand même au plus optimum possible je pense. Enfin, on essaie d’être le plus optimum possible. Si y avait pas, si y avait de transmissions orales, je sais que dans certains endroits ils en font pas. C’est quand même compliqué juste d’aller lire son dossier tout, ça nous permet voilà. Puis d’échanger aussi sur le patient

parce que des fois on a des ressentis et... et donc du coup ça nous permet de, de se dire « Ah mais oui toi aussi tu as le même ressenti » enfin vraiment de pouvoir optimiser la prise en charge.

15 - Intervenant : D'accord, un ressenti de quel ordre ?

16 - IDE : Surtout par exemple sur des patients qui ont des problèmes enfin d'anxiété ou des choses comme ça, enfin, par exemple sur les dénutritions, des patients qui mangent pas, enfin sur des problèmes ciblés, sur des ressentis. Pas sur la technique en soi, surtout sur un problème voilà qui peut être sur des prises en charge d'anxiété par exemple avec des familles ou, ou même avec le patient, voilà, on peut discuter vraiment ou sur des soins. Alors sur la technique ça va être plus des soins de pansements qui sont plus complexes. On peut dire « Ah oui, toi t'aurais fait comme ça », voilà, vraiment, je pense pour optimiser la prise en charge quoi.

17 - Intervenant : D'accord, OK, très bien ; Alors en fait ces résultats ça fait beaucoup de données alors je les ai un petit peu aussi rassemblées pour que ça ait un petit peu plus de sens par grandes familles, donc on voit que la grande famille la plus importante là à 32 % c'est en communication. La communication ça rejoint toutes les discussions que vous pouvez avoir avec vos collègues ça veut dire aussi les euh... les transmissions, enfin toutes phases de communication ça a représenté pour vous 32 % de votre travail ce jour-là, d'accord ? Ensuite on a un travail informatique et administratif à 16%, ensuite on a une gestion des médicaments à 14% ensuite l'action auprès du patient à 12 %, des pauses, bon, 9 %, la gestion du matériel à 5 %, les déplacements à 4%, la gestion du planning, alors la gestion du planning c'est le tableau, c'est les bulles, vous voyez c'est tout ça, ensuite le rangement à 2% et l'hygiène 0,54%, bon ça c'est le lavage des mains, voilà c'est pas très développé. Et donc, donc voilà. Qu'est-ce que ça vous inspire ?

18 - IDE : Ben... Bonne question, Euh... C'est quand même assez important le travail informatique, ça me...

19 - Intervenant : Oui...

20 - IDE : Oui, l'administratif chaque fois, c'est ce que je dis c'est ce qui nous plombe le plus dans notre métier quoi. C'est des 16% qui devraient être beaucoup moins importants pour justement avoir plus de pourcentages pour l'action auprès du patient quoi. Vraiment. Après...

21 - Intervenant : Vous dites « ça plombe », ça veut dire quoi ça plombe ?

22 - IDE : Ça plombe parce que c'est, c'est, c'est pas notre métier de cœur quoi enfin, je suis pas, l'informatique, l'administratif après c'est important au niveau légis, législatif et tout, enfin mais ça plombe quoi, j'ai, je suis pas, j'ai pas fait infirmière pour faire de l'informatique quoi.

23 - Intervenant : Ah oui !

24 - IDE : Non mais enfin voilà !

25 - Intervenant : Alors justement, vous avez fait infirmière pour quoi ?

26 - IDE : Pour être auprès du patient.

27 - Intervenant : Pour être auprès du patient.

28 - IDE : Oui.

29 - Intervenant : D'accord.

30 - IDE : Oui, apporter du soin, euh... après voilà c'était...J'avais toujours voulu être auprès de, enfin dans le domaine de la santé après j'avais par forcément mais c'était vraiment être auprès du patient quoi quand même.

31 - Intervenant : D'accord. Euh... ça fait combien de temps que vous êtes infirmière ?

32 - IDE : 10 ans.

33 - Intervenant : 10 ans, d'accord. Euh... très bien, d'autres choses par rapport à ce... ?

34 - IDE : Non, la, les pauses qui finalement, on a quand même du temps de pause, on se dit toujours qu'on se pose pas, non mais c'est vrai, on dit qu'on ne se pose pas mais finalement si quand même, enfin, par rapport au camembert là on voit quand même qu'on a un temps de pause.

35 - Intervenant : Très bien, alors celui-ci c'est lieux que vous fréquentez le plus enfin tous les lieux en fait que vous fréquentez. Alors le plus ça va être le couloir à 29%, 24% dans la chambre, mais en fait vous partagez entre le couloir et la chambre on peut dire la salle de détente à 16%, le bureau de soins

à 16%, la... la... non, le bureau de soins à 16%, la salle de soins à 6%, le bureau des internes 3%, local de pré-désinfection à 1% après c'est des petits chiffres, voilà. Ça vous inspire quoi ?

36 - IDE : Alors là je sais pas du tout. J'ai pas de d'avis particulier, je... enfin... je pensais pas qui allait y avoir même le lieu fréquenté...

37 - Intervenant : Ah oui ?

38 - IDE : Oui, je, oui, je...

39 - Intervenant : D'accord.

40 - IDE : Après on voit quand même que bé le couloir c'est, bé c'est les chambres qui sont à côté, donc, effectivement les chambres et le couloir c'est ce qui est de plus important, c'est là où on passe le temps quoi.

41 - Intervenant : Oui, c'est... C'est intéressant d'ailleurs de se rendre compte que votre travail se situe aussi dans un lieu, euh... public, commun et partagé. Vous n'êtes pas qu'auprès du patient du coup pour faire votre travail. Parce qu'en fait vous ne pouvez pas faire rentrer le chariot de soins dans la chambre du patient, c'est ça... ?

42 - IDE : Non, non, parce que du point de vue hygiène... voilà. Après ça dépend des chariots de soins. Vous avez des chariots de soins pansements oui effectivement, mais après les autres, le gros chariot non, alors que ben ça serait peut-être plus simple mais encore que, encore que, je suis pas sûre que rentrer forcément tout le temps...

43 - Intervenant : Oui parce qu'il est assez imposant quand même. OK, et dans ce que j'ai remarqué dans votre service c'est que vous stockez vos chariots de soins dans le couloir justement, vous en pensez quoi ? Parce qu'auparavant, dans l'autre service, euh... je crois que vous les aviez dans la salle de soins, est-ce que ça fait une différence ou pas ?

44 - IDE : Pas du tout.

45 - Intervenant : Pas du tout.

46 - IDE : Non, parce que à tout avant, on les stockait dans les couloirs aussi donc après c'est une question de pratico-pratique sur le, la... la salle de soins enfin le bureau de soins est bien plus petit que dans les autres services, donc forcément euh, il y a... ça fait pas de différence...

47 - Intervenant : ça fait pas de différence particulière...

48 - IDE : Non.

49 - Intervenant : D'accord. Alors là j'ai, on va parler un peu des patients donc j'ai pris euh... les âges des patients et donc euh pour voir un petit peu quelle population vous avez et vous avez en plus grande partie des personnes plutôt âgées, au-delà de 61 ans euh... voilà de 60 à 80 ans euh et après quelques personnes un peu plus jeunes, c'est, ça reflète la population générale que vous avez habituellement ou c'était exceptionnel ce jour-là ?

50 - IDE : Non. Ça reflète la population générale en sachant je pense que à tendance je pense qu'il va ya avoir de plus en plus de patients de 40 à 60 ans euh... ça va...

51 - Intervenant : Vous pensez que la patientèle va descendre en âge ?

52 - IDE : Pas forcément. Euh... il va toujours y avoir des personnes âgées hein, ça de toute façon la population est vieillissante par contre, je... je..., enfin c'est peut-être une impression mais j'ai l'impression qu'on a de plus en plus de découvertes de pathologies assez lourdes, cancéreuses, sur des patients qui commencent à avoir 40 ans, 50 ans. Donc c'est dans ce sens-là où je dis... je trouve qu'on, que les patients qui rentrent de plus en plus jeunes, on leur annonce des cancers où il faut opérer, chimio, y avait moins avant, y avait plus de personnes âgées quand même enfin. Y aura, y a aura toujours des personnes âgées de plus de 70 ans on en aura toujours ou même de plus de 60 ans mais par contre de plus en plus euh...

53 - Intervenant : Et alors justement avec cette population qui à la fois vieillit d'un côté mais aussi rajeuni en termes de découverte de pathologies, est-ce que ça a un impact sur vos compétences...

54 - IDE : Non !

55 - Intervenant : Ou est-ce que vous avez besoin de mobiliser de nouvelles compétences, comment ça se passe au niveau de votre ressenti métier ?

56 - IDE : Non, non parce que quand on travaille, quand on apprend le métier d'infirmier on travaille sur toute population ça va du nouveau-né jusqu'à la personne âgée et à sa phase de décès même pas forcément que la personne âgée en phase de décès mais ça va de, ça va... pas du tout de différence ou de compétences quoi. Puisqu'en plus chaque personne est complètement différente. On peut avoir deux personnes qui ont le même âge de 70 ans et on n'aura pas du tout la même prise en charge parce que c'est une question aussi de personnalité de la personne sur la prise en charge par exemple, ils peuvent avoir les mêmes pathologies mais ça va pas du tout... déjà d'un ils peuvent pas avoir les mêmes complications ou pas du tout et deux, ils n'ont pas le même ressenti, le même vécu de la maladie, l'entourage est complètement différent enfin, il faut voilà, c'est à adapter en fonction de la personne pas du tout en fonction des âges de la personne. Après oui bien sûr les personnes âgées sont plus dépendantes mais... et encore que ! Et encore que, je trouve qu'il y a même de plus en plus de personnes âgées qui sont à la maison, enfin qui ont quand même un train de vie seules, voilà.

57 - Intervenant : D'accord. Ok, euh... D'autres choses sur la population ?

58 - IDE : Non...

59 - Intervenant : Donc là vous n'aviez pas de personne dont le pronostic vital était engagé, sur cette population là.

60 - IDE : Engagé, euh... ?

61 - Intervenant : C'est-à-dire on n'a pas fait d'annonce de cancer incurable ce jour-là...

62 - IDE : Non, d'annonce, ouais, mais après ils avaient des cancers qui à terme ont pas un taux de survie non plus...

63 - Intervenant : Oui, mais bon ça vous arrive d'en avoir j'imagine ?

64 - IDE : Tous les patients qui ont un cancer du pancréas de toute façon leur taux de survie à 5 ans, on sait qu'il est pas non plus, comme les, comme les cancers hépatiques alors pas les métastases hépatiques mais les cancers colon carcinaux ou autres on sait qu'ils ont un taux de survie à 5 ans qui est pas, qui est des plus faibles donc, mais eux ils se..., ces patients là en fait en chirurgie je pense la spécificité par rapport aux pathologies cancéreuses c'est qu'on se projette plus au jour le jour par rapport à où quand ils font des chimio c'est plus souvent court, on parle plus au long court, la chirurgie, c'est le temps de chirurgie en fait. On reste vraiment dans le temps de chirurgie donc c'est du, c'est du passage court, d'un temps court quoi.

65 - Intervenant : D'accord. Oui, vous voyez le patient sur sa problématique de chirurgie pas tant sur sa problématique de gestion de la pathologie à long terme. Bien que ça ait un impact.

66 - IDE : Si, oui, parce qu'en fait ça fait partie de la prise en charge du cancer, c'est-à-dire qu'on est, qu'on est imbriqué mais lui le patient, en fait ce que je veux dire, c'est que c'est le patient qui lui voit son temps de chirurgie en fait, alors que si, enfin, quand ils vont par exemple plus en oncologie et tout ça, ils vont voir à plus long terme parce qu'ils vont rester peut-être plus longtemps, parce que la chimio peut durer plus longtemps et tout, donc lui il va juste voir le temps de séjour de chirurgie, il va être concentré sur ça, par rapport au cancer il va être moins concentré en fait, il va se dire « Bon là on m'enlève la tumeur ». Donc là je me concentre sur les suites opératoires en fait. Il moins être dans le cancer, sauf si bien sûr l'annonce est « Et bé on n'a pas pu opérer » où là on va rentrer dans un autre cadre quoi. Mais quand ils enlèvent la tumeur, eux ils sont vraiment concentrés sur les suites opératoires et voilà. Ils sont moins dans le long cours en fait je trouve. Enfin, c'est ce que je ressens mais... voilà.

67 - Intervenant : Très bien, euh... donc là j'ai fait un diagramme avec le temps passé par chambre, euh, le temps passé par chambre, euh... avec l'âge du patient parce qu'en fait ce qui m'intéressait de, de savoir en croisant les données c'était de savoir si vous passiez plus de temps chez les personnes plus âgées ou pas. Voilà, euh... et donc euh... Là on voit qu'à la chambre 19 la personne a 82 ans c'est là que vous êtes restée le plus longtemps euh... mais après euh... là chambre 17 la personne avait 19 ans vous avez passé 12, 12 minutes donc en fait euh... On voit que finalement, c'est pas parce que la personne est âgée que vous passez le plus de temps.

68 - IDE : Exactement.

69 - Intervenant : C'est ça ?

70 - IDE : Oui. C'est ce que je vous dis en fait les personnes âgées, en plus quand elles rentrent en chirurgie, elles sont pas forcément toutes dépendantes comme en service de médecine, ils vont être plus bah, c'est plus des altérations de l'état général donc ils sont plus dépendants. Là ils rentrent ils sont la plupart valides et autonomes donc le temps de... de la prise en charge elle va être essentiellement sur des soins techniques voilà c'est... après ils ont pas besoin d'autant de demandes en fait qu'une petite jeune de 19 ans puisque là c'est une petite jeune je crois de 19 ans...

71 - Intervenant : Oui...

73 - IDE : Qui elle aussi demande du temps puisque bé elle aussi a été opérée donc elle a... voilà la dépendance c'est pas forcément fonction... mais ça je pense c'est typique à la chirurgie quoi.

74 - Intervenant : D'accord. OK. Alors après ce qu'on peut voir aussi c'est... sur les temps où vous restez assez longtemps, le plus longtemps dans les chambres, euh... c'est pas forcément là où vous allez le plus souvent non plus. C'est-à-dire que sur la chambre 19 vous êtes restées 19 minutes euh... en tout dans la journée, vous n'êtes passée que 10 fois. Alors que la chambre 18 vous n'êtes restée que 16 minutes donc 3 minutes de moins mais vous y êtes allée 22 fois. En fait ça témoigne pour moi de la demande du patient et de l'état du patient. C'est ça ?

75 - IDE : Alors la dame chambre 19 si je me souviens bien c'était un retour de bloc donc forcément le temps est plus important parce qu'il y a de soins qui sont en fait, le soin en soi...

76 - Intervenant : On n'y va moins souvent mais on y reste plus longtemps ?

77 - IDE : Pas forcément, parce que les retours en fonction ça peut. Mais en fait déjà le, le temps d'installation par exemple d'un retour de bloc bé ça prend du temps en fait. Ou alors y a des pansements qui prennent plus de temps ou... alors qu'il y a des soins qui sont bé de plus courte durée, donc forcément on va passer moins de temps dans la chambre alors que la dame, je me souviens, elle avait, c'était le retour, donc le temps d'installer, le temps de tout de tout, de tout mettre en place et tout, ben ça déjà, ça prend beaucoup de temps.

78 - Intervenant : D'accord.

79 - IDE : Voilà. En plus c'était une grosse chirurgie, enfin une plus grosse chirurgie, c'était pas une appendicite ou quelque chose comme ça donc forcément il faut ben passer plus de temps. Vaut mieux passer plus de temps et cadrer plus que... voilà.

80 - Intervenant : Et alors comment vous faites pour vous rappeler de tous les patients et leur pathologie alors que ça fait quand même plus d'un mois que...

81 - IDE : j'ai une mémoire de fou. Non c'est vrai. Franchement j'ai... même les filles des fois elles me disent « C'est pas possible la journée, tu retiens... » mais j'ai, j'ai, j'ai une mémoire assez... mais, mais pour le travail parce qu'après j'ai une mémoire poisson rouge, mais pour le travail c'est un truc, j'ai... et bon même si je note énormément parce que des fois je retiens pas forcément mais c'est un truc voilà ça. Et puis je le vis quoi. Mais je me souviens très bien ouais.

82 - Intervenant : D'accord, très bien. Donc là c'est par, par lieux donc en fait c'est pour reprendre un petit peu le schéma de tout à l'heure, on voit que vous avez passé 3h00 dans le couloir, 2h34 dans la chambre, dans les chambres euh... 1h45 en salle détente, 1h43 en bureau de soins et ainsi de suite, voilà c'était juste pour euh...

83 - IDE : Ah 2 minutes aux toilettes juste quand même hein ! On n'a pas le temps de (rires)... C'est quand même, non mais c'est bien c'est ce que je dis, parfois, c'est ce qu'on dit avec les filles chaque fois, tiens on n'a pas le temps de faire pipi mais voilà, enfin on n'a pas le temps...

84 - Intervenant : Oui

85 - IDE : On prend pas le temps.

86 - Intervenant : Euh... Alors ça en fait c'est le, le document dont je me suis servi, c'est le détail, voilà, euh... sur lequel bon bé je note tout à la, à la seconde. Donc voilà là que les, les, les premiers temps, ça a été dans la préparation du, du chariot de soins.

87 - IDE : Mmm.

88 - Intervenant : Et on voit les transmissions arriver puisque là c'était d'après-midi puisque vous étiez d'après -midi.

89 - IDE : Vers 13h45.

90 - Intervenant : Longtemps après en fait, on voit arriver ici donc à 14h15.

91 - IDE : Mmm.

92 - Intervenant : « Transmissions », euh... comment on fait pour organiser son travail entre le moment où on arrive et le moment des transmissions puisque du coup on connaît pas les patients, on connaît pas les arrivées, comment, comment ça se passe ? Comment ça s'organise ?

93 - IDE : Ben... Je sais que fut un temps on avait dit qu'il fallait qu'on fasse des transmissions à 11h15 quand on arrivait.

94 - Intervenant : Oui.

95 - IDE : Finalement, on faisait des transmissions à 11h00 et quart puis à 14h00, 13h45 normalement elles doivent être commencées quand l'aide-soignante arrivait ça nous faisait faire des doublons et des doublons et des doublons, on passait notre..., encore plus de temps je pense qu'on aurait passé encore plus de temps dans les transmissions.

96 - Intervenant : Dans ce cas-là vous restez trois heures euh...

97 - IDE : Sur des soins ponctuels en fait.

98 - Intervenant : D'accord.

99 - IDE : C'est, ça reste...

100 - Intervenant : Parce que par rapport à ce que vous me disiez tout à l'heure sur les transmissions où c'était très important pour vous de connaître les patients, d'avoir des échanges...

101 - IDE : Oui mais ceci dit, on n'a pas la même, c'est-à-dire que pour moi, quand j'arrive à 11h00 et quart, je suis euh... je suis là en aide ponctuelle, c'est-à-dire c'est pas moi la responsable du secteur.

102 - Intervenant : D'accord.

103 - IDE : Je prends ma responsabilité de secteur que quand j'arrive, enfin si je suis d'après-midi que quand j'arrive à 13h45 en fait.

104 - Intervenant : D'accord.

105 - IDE : L'infirmière du matin reste responsable de son secteur jusqu'à 13h45.

106 - Intervenant : D'accord.

107 - IDE : Donc je suis la petite main si vous voulez en fait, l'aide ponctuelle, voilà.

108 - Intervenant : Et ça c'est discuté euh... officiellement, ou c'est implicite comme fonctionnement ?

109 - IDE : Le fonctionnement par rapport aux transmissions et tout ?

110 - Intervenant : Non, de, de vous dire que vous restez en, en recul par rapport à l'infirmière principale du matin.

111 - IDE : Enfin, c'est-à-dire que en fait vu que on a organisé les transmissions que à 13h45 puisqu'on a déjà essayé à 11h00 et quart et qu'on a trouvé que, oui implicitement on se dit voilà on reste, même si elle me dit parce que c'est elle qui va me guider sur les soins puisque moi j'arrive effectivement, comme vous dites, je connais pas les..., enfin même peut-être j'y étais la veille donc je sais un petit peu quand même les patients mais je connais pas les soins qui a puisqu' j'ai pas eu la visite du matin et tout donc c'est elle qui me dire « Bon, est-ce que tu peux m'aider à faire ça ou est-ce que tu m'aider... »

112 - Intervenant : Et ça, ça se fait dans toutes les équipes, avec toutes les infirmières ?

113 - IDE : Ici ?

114 - Intervenant : Oui dans ce service.

115 - IDE : Oui.

116 - Intervenant : D'accord.

117 - IDE : Oui, oui, on fait toutes les transmissions à 13h45 et celle qui arrive l'après-midi bé elle est là vous voyez elle est responsable de la préparation des perfs euh... et... de, enfin le matin donc les perfs et puis l'aide aux pansements si y a besoin et puis après le tour de midi à l'aide en fait quoi.

118 - Intervenant : Donc quand même un positionnement différent entre quand on est de matin et quand on est d'après-midi.

119 - IDE : Pour moi ! Après je sais pas comment les filles elles, mais je pense qu'on a un peu toute la même mais voilà. Mais pour moi si je suis de matin, je suis responsable de mon secteur jusqu'à ce que j'ai fait mes transmissions en fait, orales.

120 - Intervenant : Dès que j'arrive je suis responsable du secteur du coup.

121 - IDE : Oui, quand j'ai pris mes transmissions orales. Après celle qui, ma collègue qui arrive à 11h00 et quart ou si c'est moi qui arrive, bon bé ça va être une aide, elle va être là bien sûr et après un moment donné elle va prendre... Par contre si je vais, si par exemple moi je suis de matin et que ma collègue est d'après-midi mais que c'est un soin complexe et que je, elle veut y aller et tout, je lui fais quand même des petites transmissions en disant « Voilà le patient ce matin na,na,na... » si y a eu un problème sur un patient et que... des petites transmissions, ça dure 2 - 3 minutes où, voilà. Ou si même moi j', j'arrive à 11h00 et demi, elle me dit « Est-ce que tu peux faire ça... » Poser une sonde gastrique, ben oui mais pourquoi, enfin... c'est, ça paraît « Ah bé parce que voilà... », « Ok pas de problème j'y vais ».

122 - Intervenant : D'accord.

123 - IDE : Vite fait quand même pour juste un petit peu comprendre, parce qu'on peut pas faire, y a des soins dont le pansement c'est quelque chose voilà... c'est des pansements de chirurgie donc c'est un protocole tous les 2 jours. Par contre y a des soins, bé si on doit re-perfuser le patient et que le patient me pose des questions que j'ai pas l'air bête en fait, que, que je sache répondre donc je vais aller poser la question quand même.

124 - Intervenant : D'accord, très bien. Très bien, donc alors après les transmissions et puis après vous faites tout un, toute une suite d'activités avec beaucoup de déplacements, enfin on peut... on peut regarder n'importe quel passage mais bon là vous travaillez sur informatique, vous prenez du matériel, vous travaillez sur informatique, là vous êtes au chariot...

125 - IDE : Oui. C'est quand on fait le tour.

126 - Intervenant : Vous préparez du matériel, travail sur informatique, des déplacements, voilà, vous... vous avez fait le tour, vous avez préparé... où vous allez faire le tour plutôt ?

127 - IDE : On a commencé je pense. Je « Prend le... ouais ».

128 - Intervenant : Ouais, donc après, par exemple là vous êtes dans une chambre, vous rangez l'adaptable dans la chambre 18, vous aidez la patiente à aller au fauteuil, vous installez la poche avec redon, vous discutez avec la patiente, vous partez, vous... travaillez sur informatique, vous écrivez sur les bulles, vous vous déplacez, vous nettoyez le bassin chambre 18, donc vous vous déplacez, vous discutez avec la famille de la chambre 18, vous vous déplacez, re-travail sur informatique, vous préparez les médicaments et hop vous passez à la chambre suivante. En fait j'ai l'impression que c'est beaucoup d'actions, pas très longues mais qui s'enchaînent rapidement, ça donne l'impression d'être un travail plutôt haché.

129 - IDE : Je pense que c'est typiquement du travail de l'après... enfin de l'après-midi, après je sais pas comment mais l'après-midi c'est le tour donc c'est juste de tour donc bin avec l'aide-soignante pour..., y a pas de soins techniques par exemple comme le matin où c'est régulé les pansements, l'après-midi c'est revoir le patient, re-regarder les drains, les aider à aller au, au fauteuil si ils ont besoin, faire les premiers levers, bé réinstaller si y a besoin des blocs et tout, je pense que c'est vraiment du travail.

130 - Intervenant : D'accord. Parce que les pansements vous les réservez pour le matin ?

131 - IDE : Oui.

132 - Intervenant : D'accord. Toutes vos collègues font ça ?

133 - IDE : Oui.

134 - Intervenant : D'accord.

135 - IDE : Sauf si euh... je sais pas si on a pas refait un pansement dans l'après-midi parce que ça a fui où des choses comme ça. Mais euh... c'est, c'est des organisations, de toute façon c'est des organisations euh... d'hôpitaux en fait, le matin c'est réservé aux toilettes, aux soins de pansements, enfin tout ce qui est voilà, et puis après l'après-midi c'est plus euh... nous en chirurgie c'est bé c'est surveillance des retours de bloc et puis tous les patients qui ont... plus les traitements bien sûr, voilà.

136 - Intervenant : Et puis les, les entrées aussi ?

137 - IDE : Alors les entrées vous avez vu ici on les fait pas les entrées en fait. Enfin l'après-midi nous on n'a pas fait d'entrées. On les voit après bien sûr parce que du coup d'infirmière du matin ou de journée elle est partie donc après on prend la relève mais on fait pas les entrées comme euh... voir le

patient, discuter, enfin, informer sauf si à partir de, de 18h00 il a besoin d'être informé ou y a besoin de soins en plus parce que ça a été demandé par le médecin quoi.

138 - Intervenant : D'accord. Les entrées se font à une heure précise ici dans le service ?

139 - IDE : ça commence, normalement on leur demande de rentrer à 15h00.

140 - Intervenant : 15h00, d'accord. Donc c'est l'infirmière de matin qui l'a de 06h45 à 16h45 qui les prend en charge.

141 - IDE : Oui parce que, du coup, celle d'après-midi, elle a son secteur qu'elle n'avait pas le matin en fait. Et donc l'infirmière du matin a fait la passation de son secteur.

142 - Intervenant : D'accord.

143 - IDE : Elle est plus responsable d'un secteur, elle est là pour faire justement les entrées, le rangement de matériel ou des choses...

144 - Intervenant : Donc, du coup c'est elle qui vient en, en soutien à l'infirmière d'après-midi.

145 - IDE : Pas dans notre tournée puisque du coup les entrées prennent un temps... voilà, mais si on a besoin oui effectivement et qu'elles sont pas dans les entrées et qu'elles ont pas de soins, elles viennent en soutien oui.

146 - Intervenant : D'accord, il y a un échange des rôles en fait. D'accord. Très bien. Euh... ça vous inspire quoi tout ça là, toutes ces données qui s'enchaînent ?

147 - IDE : C'est relatif... enfin, c'est vraiment euh... enfin c'est une vision du travail au quotidien en fait euh... c'est... ça me choque pas en fait. Je me dis pas en fait « Ah oui tiens finalement c'est vrai que... » comme vous dites bon bé on sort, on re-rentre, on reprend, on refait, enfin on fait du travail sur l'ordi puis en fait on réinstalle la dame et puis en fait c'est, c'est du quotidien en fait. On n'est pas dans une chambre par exemple 10 minutes hop une fois qu'on a fini hop on peut sortir et dire allez on peut passer.

148 - Intervenant : Donc c'est jamais fini en fait.

149 - IDE : C'est jamais fini.

150 - Intervenant : On peut y revenir autant de fois que nécessaire.

151 - IDE : Bien sûr. Surtout que les gens peuvent être en demande en fait.

152 - Intervenant : Eh oui !

153 - IDE : On peut très bien passer dans une chambre et 3 minutes après il peut nous redemander un truc parce qu'il a oublié, parce que voilà, parce que alors qu'on vient d'y passer et qu'on a demandé « Vous êtes sûr ? ».

154 - Intervenant : Oui... Et parce que la situation évolue aussi peut-être ?

155 - IDE : Oui parce qu'il peut avoir envie, envie de faire pipi ou enfin je veux dire voilà...

156 - Intervenant : Ou des douleurs...

157 - IDE : Oui.

158 - Intervenant : Alors j'ai quelques petites questions pour, pour compléter. Euh... Quelles sont les périodes de travail les plus intéressantes pour vous ? Qu'est-ce qui vous intéresse le plus ?

159 - IDE : Les périodes... c'est-à-dire dans mon travail, dans ma journée ?

160 - Intervenant : Dans votre travail, dans les 10h00 de votre journée. Qu'est-ce qui vous intéresse le plus ?

161 - IDE : Ou, alors très bonne question. Je sais pas. Enfin... J'ai, j'ai pas de temps particulier euh... Non, enfin c'est le, le, le temps passé au patient mais après ça peut être pendant n'importe quel soin. Le temps de discuter, c'est ça qui m'intéresse le plus. Oui, le temps où on discute avec les patients oui. Mais après y a pas pendant parce que pendant n'importe quel soin on peut discuter et donc euh... je... c'est, c'est pour moi c'est ça...

162 - Intervenant : D'accord. Très bien. Euh... et alors toujours dans votre période de travail, quelles sont les périodes de travail qui demandent le plus de compétences ?

163 - IDE : Les soins. Enfin, les soins techniques quand même.

164 - Intervenant : Les soins techniques ?

165 - IDE : Mm, les soins techniques.

166 - Intervenant : Les soins techniques c'est quoi ? C'est...

167 - IDE : Euh bé... euh... les soins techniques ça peut être euh... euh... poser une perf, euh... faire une prise de sang, les pansements ou le patient va pas bien il faut savoir réagir ou même pour une prise de paramètre si on a un paramètre qui est complètement euh... il faut savoir ce qu'on doit faire et réagir quand même donc euh...

168 - Intervenant : D'accord.

169 - IDE : Un minimum de réflexion à avoir. Essayer de se poser des questions, en fait. Voilà. Si on surveille un drain et qu'on voit que c'est anormal, bon bé on va se poser des questions, il faut qu'on soit réactif quand même donc euh voilà.

170 - Intervenant : D'accord. Donc pour vous c'est vraiment l'action auprès du patient sur des actes techniques qui, qui demande le plus de compétences.

171 - IDE : Oui.

172 - Intervenant : OK. Euh... Et qu'est-ce qui peut représenter un frein dans la réalisation de votre travail ?

173 - IDE : Euh, l'ordinateur.

174 - Intervenant : L'ordinateur ?

175 - IDE : Oui, le temps administratif en fait. Mais alors ! Je, Je vais relativiser parce que l'ordinateur, c'est-à-dire le temps où je dois euh... donner des informations sur le patient, c'est-à-dire sur purement par exemple bon il a eu un problème donc j'informe, je fais une transmission et tout, ça c'est normal, ça fait partie du dossier de soins, c'est important de le cibler, c'est important de... ou alors de valider les médicaments ça fait partie de nos responsabilités puis faut savoir qui a donné, pourquoi, comment, voilà, parce qu'il faut surveiller les effets euh... les effets attendus et les effets secondaires donc c'est important, donc tout ce qui est en relation par rapport euh l'ordinateur ; le temps d'ordi ou administratif, le temps au soin, oui mais les temps de téléphone euh... les temps où il faut commander des transports, les temps où il faut faire ci parce que enfin ça c'est parasite et...

176 - Intervenant : ça c'est les freins c'est ce qui vous empêcherait de faire votre travail comme il faut ?

177 - IDE : C'est, c'est, bé faire comme il faut « non », on essaye mais ça peut être vite fatigant et en fait on peut vite du coup prendre moins de temps pour un soin parce que du coup on est vite... voilà. C'est un truc que je supporte pas mais qu'on est obligé de faire, de faire un soin avec le téléphone, vous voyez, des fois on est dans une chambre, ça, ça m'énerve, c'est le genre de truc ça me met un frein parce que on peut avoir une discussion avec un patient parce qu'il a besoin et vous avez le téléphone quoi enfin des choses qui sont quand même, ou une collègue qui vient « Vite », enfin « y a le téléphone pour toi » ou voilà, ben ça pour moi c'est qui choses qui sont...

178 - Intervenant : D'accord. Très bien. Et alors à l'inverse qu'est-ce qui peut représenter un levier dans votre travail ? Qu'est-ce qui, qu'est-ce qui qu'est-ce qui vous aide à bien faire votre travail ?

179 - IDE : La motivation quand même pour le métier.

180 - Intervenant : D'accord.

181 - IDE : Oui je pense.

182 - Intervenant : Et vous la trouvez où cette motivation ?

183 - IDE : Mm, Euh... je la trouve où ? Euh par moment je me dis bé je sais pas. Euh... je pense au niveau des collègues parce qu'on a quand même une très bonne ambiance dans le service et que, et que franchement ça fait du bien de venir au quotidien parce que on sait que quand même on va être détendus, on va rigoler parce qu'on a besoin aussi de voilà, donc je vais dire ça. Une très bonne cadre aussi qui quand même prend beaucoup en compte nos difficultés donc, franchement elle, elle nous gère enfin, elle essaye vraiment de nous aider au maximum et tout même si c'est pas tous les jours évident, parce que la direction quand même demande beaucoup de choses qui sont voilà et quand même les patients aussi. Même si les patients sont de plus en plus exigeants à l'heure d'aujourd'hui et c'est très difficile parce que c'est pas de l'exigence forcément due soin mais c'est de l'exigence des fois hôtelière et encore que l'après-midi qu'on a passé pas temps que ça et tout. C'est quand même des patients qui étaient quand même voilà mais y en a certains c'est, y a quand même des patients avec qui voilà, on vient on sait que bon même si ils sont pas bien on va avoir un sourire, enfin ils vont être

une attention, c'est, c'est un échange en fait donné donc on a d'autant plus envie et d'autant plus motivé quoi.

184 - Intervenant : D'accord.

185 - IDE : Une petite motivation financière aussi.

186 - Intervenant : Ah oui ?

187 - IDE : Parce ce qu'il faut bien gagner des sous pour vivre donc... (rires).

188 - Intervenant : D'accord.

189 - IDE : Enfin financière, c'est-à-dire que bon on est obligé de travailler pour vivre donc...

190 - Intervenant : Donc ça c'est une motivation mais qu'est-ce qui, est-ce qu'il y a d'autres choses dans, dans le travail qui fait que ça vous aide à bien le faire ?

191 - IDE : Ben parce que j'aime ça aussi, enfin...

192 - Intervenant : D'accord.

193 - IDE : Même si des fois ça m'énerve, je pense que j'aime ça quoi.

194 - Intervenant : D'accord.

195 - IDE : Ouais. Je dis toujours que je changerai de service et puis en fait non je pense que j'aime la chirurgie, j'aime..., j'aime ce côté technique donc je pense que non.

196 - Intervenant : Très bien. Ben je vous remercie.

197 - IDE : Ben de rien.

198 - Intervenant : Il y a d'autres choses que vous aimeriez dire sur...

199 - IDE : Non. On a déjà pas mal discuté.

ANNEXE 4 – Entretien d’autoconfrontation 4

Code entretien	A3	Agent	AA
Service	Chirurgie Hépatobiliaire et transplantation hépatique		
Support	Diagrammes de l’activité suite à une observation d’une journée complète		
Date Observation	28/06/2018	Date d’entretien	16/08/2021
Situation de travail	Observation d’une journée de travail de 10h00 (06h45-16h45)		

1 - Intervenant : Très bien. Donc aujourd’hui on se voit pour que je puisse vous montrer ce que l’on a fait ensemble la dernière fois. Vous ne avez fait plus que moi puisque c’est vous qui avez fait le travail, moi j’ai juste noté ce que vous avez fait. Et donc euh... c’était sur un horaire de matin de 06h45 à 16h45, et donc là ce tableau représente, ce diagramme représente toute votre activité.

2 – IDE : D’accord.

3 - Intervenant : D’accord. Donc là on voit qu’à 16% c’est le travail sur informatique

4 – IDE : Ah quand même !

5 - Intervenant : Ensuite à 10% c’est les transmissions...

6 – IDE : Euh... Transmissions orales ?

7- Intervenant : Oui.

8 – IDE : D’accord.

9 – Intervenant : Oui. Ensuite 10% c’était les soins au patient, 8% en pause repas, 6% discussion avec les collègues infirmières.

10 – IDE : Pas professionnelles ?

11 - Intervenant : Euh... si, si, professionnelles...

12 – IDE : De tout...

13 - Intervenant : Oui de tout mais c’est surtout professionnel, moi j’ai entendu surtout du professionnel. 5% d’administration de traitement au patient, 4% en discussion avec un médecin, 4% en travail administratif, ensuite euh... la pause à 4% ainsi de suite, ensuite c’est des petits chiffres, tout petits, voilà. Donc ça c’est votre activité. Je vous ai vu réagir avec le travail sur informatique à 16% ?

14 – IDE : Ben, c’est quand même fou qu’au final ce soit celui qui prenne le plus de temps quoi. C’est surtout ça. En fait, c’est plus euh... je vois enfin 10% de soin au patient c’est ce que je trouve assez euh... assez euh... étonnant. Même un peu triste mais...

15 - Intervenant : Alors qu’est-ce qui vous étonne et pourquoi c’est triste ?

16 – IDE : Bé je sais pas, c’est censé être quand même notre euh... on va dire presque la base de notre, de notre fonction quoi. Et au final, euh... 10% c’est, c’est rien du tout. Sur une journée de 10h00, 10% c’est rien du tout, ça veut dire que j’ai passé 1h00 à faire des, à faire des soins. Et c’est... par contre sur l’informatique j’ai passé beaucoup de temps.

17 - Intervenant : Donc ça c’est l’activité vraiment détaillée. Si on la regroupe un petit peu, on voit que vous avez passé euh... 28% de temps en communication, d’accord, à échanger avec les collègues, en transmission, vous avez passé 25% de travail sur informatique et administratif...

18 - IDE : Oui (rires).

19 - Intervenant : Et 23% d’actions auprès du patient.

20 – IDE : Ah, c’est déjà un peu mieux !

21 - Intervenant : C'est un peu mieux parce qu'en fait dans l'autre diagramme c'était vraiment que le soin euh... après on a..., on a rajouté le temps visite, les pansements, voyez ?

22 - IDE : Oui.

23 - Intervenant : Voilà.

24 - IDE : D'accord.

25 - Intervenant : Donc ça représente 23% donc ça s'équilibrerait presque avec l'informatique...

26 - IDE : Presque...

27 - Intervenant : Voilà.

28 - IDE : C'est déjà pas mal.

29 - Intervenant : Ensuite 12% de pause, 3% de déplacement, 2% de gestion de matériel, 1% et quelques de, de rangement, 1% de gestion du planning donc là c'est le grand tableau, hein, et les, et les, et les bulles et 0,74 en hygiène, donc ça c'est le lavage des mains surtout voilà. Voilà. Alors vous pensez quoi de cette répartition ?

30 - IDE : ça me euh... Enfin, je suis, je suis toujours en fait estomaquée pareil devant le travail sur informatique. Bé après c'est devenu notre euh... c'est, c'est, c'est de venu notre outil principal on va dire pour tout donc c'est étonnant sans l'être mais quand même.

31 - Intervenant : Est-ce qu'on pourrait faire différemment ?

32 - IDE : Je suis, je suis pas certaine, je suis pas certaine parce que revenir à une version papier je pense que ce serait, ce serait pire, vraiment. Après l'informatique ça a ses avantages mais c'est bien quand ça fonctionne bien. Quand on a des bugs c'est un peu plus compliqué mais... Par contre l'hygiène ça représente pas beaucoup...

33 - Intervenant : Oui mais là je vous dis c'est vraiment juste j'ai pris quand vous vous laviez les mains à la salle de soins donc sur 10h00 c'est, c'est quand même pas mal aussi.

34 - IDE : Après, je suis contente, je suis contente. Après c'est quand même un métier où on fait dans, dans l'humain mais même que ce soit avec nos collègues donc la communication est une grande part, je trouve ça important. Non, ça me, non, ce diagramme me plaît plus que l'autre.

35 - Intervenant : Ah bon ? (Rires). Oui bé là j'ai, j'ai rassemblé les familles c'est voilà, ça parle plus quand même.

36 - IDE : Oui, je trouve qu'il parle plus oui. Complètement.

37 - Intervenant : Bon, d'autres choses ? Alors là j'ai pris en compte les patients donc euh... et avec vous en aviez 2 qui avaient un pronostic vital engagé euh... et donc on voit que vous aviez une population ce jour-là plutôt âgée puisqu'on commence à partir de 50 ans jusqu'à plus de 80 ans ou 80 ans.

38 - IDE : Ouais. C'est pas toujours le cas mais on en a souvent, enfin moi je trouve qu'on a en a de plus en plus des jeunes mais...

39 - Intervenant : Des jeunes de plus en plus ?

40 - IDE : Oui.

41 - Intervenant : Oui. C'est-à-dire à partir de, de quel âge ?

42 - IDE : Le plus jeune qu'on ait eu y a pas longtemps c'est 17 ans. Et après, là y a pas longtemps 35 ans. On a, on en a eu plusieurs là entre, entre 30 et 40 ans.

43 - Intervenant : Ah oui d'accord.

44 - Donc, non, mais, mais c'est bien ça montre que, plus de plus, enfin qu'on opère de plus en plus des gens âgés aussi.

45 - Intervenant : Oui.

46 - IDE : Mine de rien.

47 - Intervenant : Pourquoi, ça ne se faisait pas auparavant ?

48 - IDE : Non.

49 - Intervenant : Non ?

50 - IDE : Avant on les opérât moins parce que plus on avance dans l'âge plus souvent on a des problèmes médicaux.

51 - Intervenant : Oui.

52 – IDE : On devient ce qu'on appelle polypathologique et du coup c'était beaucoup plus contre-indiqué, au niveau des anesthésies même, même les chirurgies du coup, que maintenant ils..., ils les acceptent de plus en plus vu qu'on est mieux armé on va dire pour réagir face à certaines décompensations ou choses comme ça. Donc du coup on a des patients de plus en plus âgés, parce que se faire opérer à 85 ans euh... avant on vous... voilà au-delà de 85 ans souvent on disait « Bon ben tant pis ».

53 – Intervenant : Oui.

54 – IDE : Il a bien vécu, tout ça mais maintenant là vous voyez j'en ai un il a 92 ans.

55 - Intervenant : 92 ?

56 – IDE : Ouais !

57 - Intervenant : D'accord.

58 – IDE : ça pose plus de problème en fait maintenant.

59 - Intervenant : Mais qu'est-ce qui a changé du coup alors ?

60 – IDE : Euh... je pense, j'sais pas, peut-être que c'est une meilleure connaissance ou peut-être, parce que j'ai pas, peut-être une meilleure connaissance des pathologies. Peut-être qu'un savoir-faire qui s'est, qui s'est amélioré.

61 - Intervenant : D'accord. Alors du coup, du côté du travail infirmier...

62 – IDE : C'est plus lourd.

63 – Intervenant : C'est plus lourd ?

64 – IDE : Ouais.

65 – Intervenant : ça vous demande d'acquérir de nouvelles compétences ou d'affirmer certaines compétences ou... ?

66 – IDE : Ben c'est pas, ben affirmer oui et non, c'est juste qu'il faut qu'on soit beaucoup plus vigilant parce que c'est des patient qui, qui je vais vous dire je sais pas n'importe quoi mais par exemple ils ont des problèmes de, de glaucome ou de, des problèmes oculaires où il faudra mettre des collyres, souvent des fois ils vont avoir des..., un cœur quand même qui est assez fatigué donc même si ils viennent pas pour ce problème-là, nous quand même il faut qu'on le garde dans un petit coin de notre tête pour si jamais il fait un soucis, qu'on puisse alerter les médecins en... en leur disant d'autant plus comme quoi il est..., il a des antécédents cardiaques à prendre en compte. Euh... souvent c'est des gens ils, ils perdent en autonomie, au-delà de 80 ans, surtout après les interventions donc ils sont plus lourds dans la prise en charge, dans les aides, dans tout ça. Ils comprennent pas forcément, enfin c'est... y a tout un ensemble qui fait que pour nous c'est plus lourd ouais. C'est plus lourd.

67 - Intervenant : D'accord. Donc vous avez l'occasion de, de, d'augmenter vos compétences ou de les, de les retravailler ou... ?

68 – IDE : Ben, après je sais pas, j'ai l'impression qu'on apprend, qu'on apprend quand même un peu tous les jours, parce que vu qu'ils sont tous différents.

69 – Intervenant : Donc c'est un apprentissage sur le terrain.

70 – IDE : Oui.

71 – Intervenant : D'accord.

72 – IDE : Oui, oui. Non, c'est intéressant, ils sont, c'est lourds mais c'est intéressant. C'est toujours intéressant.

73 - Intervenant : Très bien. Euh... alors ensuite on a les lieux que vous avez le plus fréquentés. Donc 26% c'était le bureau des soins, 23% les chambres, 21% le couloir, 21% la salle de détente, 7% la salle de soins et ensuite d'autre lieux euh... plus petits, petits chiffres.

74 – IDE : Je suis épatée de la salle de détente... !

75 - Intervenant : Ah oui ?

76 – IDE : Mais peut-être qu'on avait fait les transmissions aussi là-bas. Y a peut-être eu ça qui est rentré, qui est rentré en compte.

77 – Intervenant : Oui, oui tout à fait, oui, oui tout à fait...

78 – IDE : Oui ça c'est, oui, ça me...

79 - Intervenant : Oui donc on a une activité partagée entre le bureau des soins, le couloir, la chambre...

80 - IDE : C'est ça. Oui, c'est représentatif.

81 - Intervenant : Oui. Vous disiez le couloir...

82 - IDE : Oui mais en fait j'étais en train de me dire de toute façon chaque fois on est devant, devant notre ordinateur qui est dans le couloir donc finalement on y est tout le temps. Je suis même épatée qu'il arrive en troisième position.

83 - Intervenant : Ah oui ?

84 - IDE : Ouais. Ouais.

85 - Intervenant : D'accord. Donc là en fait c'est le temps passé, euh... par chambre, parce qu'en fait ce qui m'intéressait c'était de euh... de euh...de croiser les données entre euh... l'âge du patient et le temps passé, avec l'hypothèse de me dire que peut-être les personnes âgées demandent plus de temps, et c'est vrai que c'est pas forcément le cas.

86 - IDE : Non !

87 - Intervenant : Puis qu'on voit que le..., celui qui vous a pris le plus de temps où vous avez passé le plus de temps c'est 33 minutes et c'est une personne de 52 ans, celle de, donc juste la précédente de 20 minutes avait euh... je n'ai pas l'âge là.

88 - IDE : Non mais c'était une, c'était une jeune aussi. Enfin c'était une jeune, je pense qu'elle avait elle avait pareil cinquantaine d'années.

89 - Intervenant : D'accord.

90 - IDE : Parce qu'au final, enfin je, l'âge, c'est pas que l'âge n'est pas important mais c'est surtout les pathologies.

91 - Intervenant : C'est la pathologie.

92 - IDE : Oui. Lui, bon peut-être qu'après.

93 - Intervenant : C'était la chambre 4.

94 - IDE : Il avait une grosse intervention pour moi. Il avait eu ce qu'on appelle une DPC, c'est une des plus grosses chirurgies qu'on fait dans le service du coup j'avais pas mal de choses à surveiller chez lui.

95 - Intervenant : Qui consiste ne quoi la DPC ?

96 - IDE : Ils vont enlever la tête du pancréas avec une partie de l'estomac et une partie..., et le début de l'intestin et après ils font des sutures mais du coup ça fait que les gens quand ils remontent des blocs opératoires pour préserver les sutures ils ont une sonde nasogastrique, souvent pour l'anesthésie ils ont eu un cathé de péridurale, en plus des traitements par les perfusions, ils ont le drainage, une lame au niveau abdominal, ils ont une sonde urinaire, donc ils ont pas mal de... ils ont pas mal de surveillance.

97 - Intervenant : Ils sont très techniques.

98 - IDE : Oui, complètement ! Dans mes souvenirs, il me semble que lui c'était ça, et elle, la 19, c'était une transfusion. C'était pas mon secteur, c'est quand j'ai été aider en fin d'après-midi.

99 - Intervenant : D'accord. OK.

100 - IDE : Mais c'était une jeune aussi. Après ça dépend vraiment des pathologies en fait.

101 - Intervenant : D'accord. Et là ça fait presque 2 mois et vous vous rappelez des gens et des situations ?

102 - IDE : Oui !

103 - Intervenant : Vous faites comment ?

104 - IDE : Je sais pas. J'ai pas autant de mémoire dans ma vie. (Rires) ? Je... je sais pas, c'est qu'y a des gens c'était... je sais pas, y a des gens, ils sont plus marquant que d'autres en fait.

105 - Intervenant : D'accord.

106 - IDE : Y a des gens, ils sont plus marquant que d'autres. J'ai des noms des fois, rien quand j'entends des noms, je, je me rappelle de ce qui s'est enfin voilà de pour... s'ils ont été opérés du foie, du pancréas, alors par forcément vraiment quel morceau du foie a été enlevé ou quoi mais je..., des fois j'ai des souvenirs sur s'ils ont posé des problèmes post-opératoires, si...

107 - Intervenant : D'accord.

108 - IDE : J'ai eu à les transfuser, à les resonder, à poser des gastriques, je sais pas mais ça..., ç revient, pourtant c'était pas des patients qui m'ont posé problèmes, voyez, c'était pas...

109 - Intervenant : Donc une excellente mémoire !

110 - IDE : Ben pas pour tout !

111 - Intervenant : Pas pour tout ? D'accord.

112 - IDE : C'est ça le problème. Pour ça oui.

113 - Intervenant : Et alors là c'est le relevé que j'ai fait

114 - IDE : Ouah !

115 - Intervenant : Que j'ai fait à la seconde, euh... sur toute votre activité donc on voit que quand vous arrivez y a une période de transmissions assez rapidement le matin-là...

116 - IDE : Oui !

117 - Intervenant : Euh... donc période de transmissions, euh... vous en pensez quoi des transmissions, vous avez passé une bonne demi-heure en transmissions... ?

118 - IDE : Oui, ça me... Enfin... je pense qu'une demi-heure, le pire en plus c'est que je les connaissais donc elles étaient peut-être moins détaillées que ça n'a été mais je pense qu'une demi-heure c'est ce qu'il faut ouais. C'est ce qu'il faut par secteur et pourtant elles ont pas..., normalement le matin, euh... elles ont une demi-heure pour faire tout le service mes collègues, mais là voyez elles ont, elles auraient dû passer une demi-heure pour chaque secteur donc euh... C'est, c'est un moment assez important, c'est pas obligatoire pourtant mais c'est assez important.

119 - Intervenant : Ah oui, c'est pas obligatoire les transmissions ?

120 - IDE : Non, non les transmissions orales non.

121 - Intervenant : D'accord.

122 - IDE : Les transmissions écrites oui, mais pas les transmissions orales mais au moins on sait ce qui s'est passé. Si vous voulez, vu que nous après on enchaîne sur la visite avec les médecins au moins on a vraiment les données sur la nuit, sur... on sait déjà les drainages ce que ça a donné, s'ils ont chauffé, s'ils ont... s'ils ont posé des problèmes particuliers ou si on a eu des surveillances particulières à faire. Donc euh..., c'est..., moi je, moi je trouve ça très important. Une demi-heure je trouve que c'est un bon temps.

123 - Intervenant : D'accord.

124 - IDE : C'est ce qu'il faut.

125 - Intervenant : Très bien. Donc après on a eu un temps de préparation de matériel et vous êtes partie à la visite. Donc là pendant un certain temps...

126 - IDE : La visite des médecins oui.

127 - Intervenant : La visite des médecins oui, avec les professeurs.

128 - IDE : 07h38, oui une demi-heure.

129 - Intervenant : Voilà 07h38 euh... oui c'est ça.

130 - IDE : C'est ce qu'elles ont...

131 - Intervenant : A 08h08, c'est ça.

132 - IDE : Normalement c'est ce qu'ils ont, c'est ce qu'ils ont essayé de décréter, une demi-heure par secteur le matin pour que ce soit assez bref, enfin que ça empiète pas trop sur notre activité et qu'au moins ce soit, qu'on sache où on va.

133 - Intervenant : D'accord. C'est important pour vous cette visite ?

134 - IDE : Oui !

135 - Intervenant : Oui pourquoi ?

136 - IDE : Moi je trouve que c'est important parce que euh..., parce qu'au moins euh... avant même que votre matinée entre guillemets ait commencée euh... vous savez quel patient va avoir quels soins parce que généralement c'est là où ils décident de faire passer des scanners, des radios, s'ils reprennent au bloc, s'ils transfusent, si on des soins particuliers au niveau des pansements tout ça à faire, donc au moins vous savez ce qui vous attends entre guillemets.

137 - Intervenant : Oui.

138 – IDE : Pour la journée. Et au moins quand vous allez voir le patient ben on a tous, lui, vous, les médecins eut le même son de cloches. Donc au moins on... ça donne un ensemble qui est assez cohérent en fait, plutôt que d'aller voir le patient qui va nous dire « Ah, oui mais le médecin il m'avait parlé que je devais passer un scanner », « Bah je sais pas, enfin... », au moins, au moins là on a les données, on le sais. Ça empêche pas que des fois y a des choses qui peuvent se rajouter dans la journée mais au moins, au moins on a déjà les directives. Moi j'aime bien. J'ai, j'ai un fonctionnement très... très carré moi.

139 - Intervenant : Ah bon, c'est-à-dire ?

140 – IDE : J'aime quand les choses sont bien, sont bien cadrées.

141 - Intervenant : Ah oui ?

142 – IDE : Ouais.

143 - Intervenant : Et comment vous faites pour que ce soit bien cadré ?

144 – IDE : Ben ça, ça c'est bien. Avant à Saint-André, à Saint-André avec M. Laurent c'était pas du tout ça. M. Laurent parfois il arrivait à 11h00 et demi. Alors le matin on faisait une mini visite avec les, avec les internes mais les internes souvent ils prennent pas la responsabilité de tirer des lames, de clamber des drains, de poser des gastriques ou pas ou les enlever, ils attendent forcément l'aval d'un chef et du coup des fois on attendait 11h00 et demi, midi et voilà si M. Laurent arrivait à 13h00 et ben c'étaient des soins qui tombaient à 13h00, 13h30.

145 - Intervenant : D'accord.

146 – IDE : Et du coup enfin voilà. Des fois vous aviez pas touché au pansement donc on va dire que ça limitait la casse mais des fois vous aviez refait le pansement le matin finalement faut y retourner, au final c'est une perte de temps, c'est dommage quoi.

147 - Intervenant : D'accord. OK. Donc la visite finie, vous partez pour votre tour, c'est ça ?

148 – IDE : Ouais !

149 - Intervenant : Et là on voit donc euh... Travail sur informatique, des déplacements, vous prenez du matériel, vous vous déplacez, vous discutez avec l'externe, vous vous déplacez, préparation de médicaments, vous faites un appel sortant à l'informatique, ah oui, c'est quand l'écran s'était cassé, déplacement, vous prenez des papiers, vous prenez des médicaments, c'est un enchaînement de...

150 – IDE : De petits gestes.

151 - Intervenant : D'actions et de petits gestes, j'ai l'impression que le travail est très haché.

152 – IDE : Euh... Ben après euh... En théorie, les médicaments..., les médicaments par, qu'on distribue le matin sont préparés par notre collègue la nuit. Après euh, enfin voilà on est tous humain donc y a des fois c'est bien fait et tout correspond, d'autres fois où il manque des choses. Des fois à la visite on vous en rajoute...

153 - Intervenant : Oui !

154 – IDE : Du coup souvent j'essaye avant de commencer mon tour de, de penser à tout ce qu'ils ont dit. Mais des fois ils ne nous disent pas tout donc c'est des découvertes comme ça. Après euh... je sais pas matériel... ça je sais pas ce que c'était mais...

155 - Intervenant : D'accord. Prise de matériel ?

156 – IDE : Ben après oui non mais de toute façon c'est toute notre, c'est notre journée qu'est comme ça. En fait c'est plein de petites actions tout le temps, tout le temps, tout le temps.

157 – Intervenant : Tout le temps, oui on voit même plus tard... alors y a l'informatique qui est présent...

158 – IDE : Ah ça !

159 - Intervenant : Donc on voit déplacement, discussion avec interne, déplacement, vous prenez du matériel, discussion avec l'infirmière de, de J...

160 – IDE : Je passe aux toilettes quand même !

161 - Intervenant : Vous passez aux toilettes quand même, c'est les 2% qu'on a vu tout à l'heure. Euh... voilà, ensuite discussion, alors pas mal d'interactions avec l'infirmière de J, avec les..., l'infirmière administrative. Vous aviez une élève aussi dans le service ce jour-là. Enfin beaucoup de communications en fait.

162 – IDE : Ben comme euh... en fait on a beau être deux secteurs, euh... En fait, c'est celles qui sont le mieux, je sais pas, comment je vais vous dire ça ? On a chacune un secteur qui nous est imparti, donc on a, on sait quel entre guillemets vont être nos, qu'est-ce qui nous incombe du fait qu'on a ces secteurs à charge. L'infirmière de J, elle est un peu euh..., c'est un poste un peu pas bâtard mais presque parce qu'au final elle est là, elle sert la, elle sert de petites mains à ses collègues, elle essaie de gérer les appels téléphoniques tout ça mais en même temps elle a pas eu de transmissions sur les patients donc elle les connaît pas forcément pour les faire partir à des examens. Elle euh... elle essaye de, enfin elle essaye de faire au mieux les soins mais de faire un peu de chaque côté, enfin... c'est... elle a des appels concernant les secteurs du coup elle prend la commission mais il faut bien que ça nous revienne à nous vu que c'est notre responsabilité qui est engagée pour prendre en charge les secteurs. Enfin vous voyez, y a tout un... heureusement en fait, heureusement qui y a cette communication parce qu'on perdrait beaucoup d'informations mais après oui y a peut-être des choses qu'on pourrait repenser mais...

163 - Intervenant : Et du coup euh... là où il y a le plus de travail c'est plutôt le matin ou l'après-midi ?

164 – IDE : Euh... c'est pas pareil.

165 - Intervenant : C'est pas pareil...

166 – IDE : Non parce que on, on a essayé de faire enfin, on essaye parce que des fois ça arrive qu'on y arrive pas mais on essaye de faire tous nos pansements le matin, parce que l'après-midi souvent y a les visites, y a les familles qui sont présentes, tout ça donc on essaie de laisser les patients un peu tranquilles pour qu'ils en profitent. Donc le matin, c'est du soin très très technique, souvent.

167 - Intervenant : D'accord.

168 – IDE : L'après-midi euh... à part pour les filles de secteur mais elles vont, quand elles font le tour mais pour les autres collègues, même celles de J, souvent c'est des, des, de... c'est de la communication parce qu'au final c'est du relationnel parce que c'est s'occuper des entrées. C'est les gens qu'on accueille tout ça, donc c'est pas, c'est pas aussi technique. C'est pas pareil.

169 – Intervenant : Et donc vous aviez 13 patients dans votre secteur ?

170 – IDE : Euh... Y en a un qui en a 12 et 14.

171 - Intervenant : 12 et 14 oui...

172 – IDE : On devait faire 13 et 13 mais en fait on a la, la moitié se termine à la chambre 8

173 - Intervenant : D'accord.

174 – IDE : Et on avait... enfin on avait peur que la, l'infirmière qui était du côté 1 elle oublie la chambre 8 vu qu'elle est, elle est un peu isolée et après on s'était dit que le côté 2 comme y avait les 2 chambres doubles et que dans la mesure du possible on essaie de mettre les plus petites pathologies dans ces chambres doubles vu que les patients ne veulent plus de chambres doubles, on, on arrive mieux à les faire passer quand c'est des gens qui restent pour un jour ou deux jours d'hospit. Du coup, ils sont plus légers donc c'est pour ça qu'on en a mis 14 là.

175 - Intervenant : D'accord. OK.

176 – IDE : On a essayé de réfléchir à tout ça.

177 - Intervenant : Et du coup est-ce que ça pourrait être intéressant d'avoir 3 secteurs le matin et 2 l'après-midi ? C'est-à-dire que l'infirmière de J devienne une infirmière de matin ?

178 – IDE : Euh... Ben a priori c'est ce qui, c'est ce qu'elle faisait avant, ça pourrait. Vu qui y a 3 aides-soignantes, après tout ça pourrait.

179 – Intervenant : OK. Bon c'est juste une proposition comme ça... par rapport à ce que vous venez de dire, je n'y avais pas pensé avant.

180 - IDE : Non, non mais enfin nous on y a déjà réfléchi parce qu'avant elles fonctionnaient comme ça. Avant la réunification, elles étaient dans ce service-là et y avait 3..., 3 secteurs.

181 - Intervenant : D'accord.

182 – IDE : 3 secteurs mais elles étaient 3 infirmières de matin, 3 infirmières d'après-midi.

183 - Intervenant : Ah d'accord.

184 - IDE : Que là on est 2 et 2 et 1 de J donc bon...y a un poste en moins ce qui n'est pas négligeable pour les hautes autorités.

185 - Intervenant : Alors je vais finir par quelques questions euh... la première c'est quelles sont les périodes de travail les plus intéressantes pour vous ?

186 – IDE : Dans la journée ?

187 - Intervenant : Dans votre journée, oui dans votre journée de travail, quelles sont les périodes les plus intéressantes ?

188 – IDE : Euh... Bizarrement, la visite le matin peut être très intéressante selon les jours. Mais parfois en fait les médecins, plus le vendredi j'ai l'impression quand il y a les externes, bon, malheureusement la conséquence c'est qu'elle dure plus longtemps mais souvent le vendredi quand y a les externes, ils expliquent beaucoup plus de choses sur les pathologies, ils expliquent pourquoi euh... pourquoi par exemple je sais pas y a un patient il a pas reprise le transit depuis un moment ou quoi, ben on a plus d'infos sur la chirurgie sur ce qui s'est passé, sur ce qui pourrait entraîner le pourquoi du comment.

189 - Intervenant : D'accord.

190 – IDE : Et moi qui aime bien comprendre tout ça, ça j'aime bien. Après, c'est pas toutes les visites comme ça.

191 - Intervenant : D'accord.

192 – IDE : Mais ces visites là j'aime bien après... après j'aime bien tout ce qui est technique donc j'aime beaucoup les pansements le matin, j'aime aussi le relationnel donc j'aime bien faire les entrées. C'est un peu compliqué votre question. J'ai les trois versants là. Euh... Non on va dire peut-être plutôt j'aime bien, j'aime bien les pansements donc plus le matin.

193 - Intervenant : D'accord, Ok. Ensuite, deuxième question, quelles sont les périodes de travail qui demande le plus de compétences ?

194 – IDE : Euh... pareil, je pense, je pense le matin. Le matin parce que... parce qu'en fait toutes, enfin, toutes les informations que vous avez eu pendant la visite, vous savez du coup ce qui vous attend et faut..., faut réussir à réajuster vos soins, réajuster votre organisation pour que ça, entre guillemets, que tout concorde et s'enchaîne à peu près bien et du coup c'est... faut penser à tout, enfin c'est...

195 - Intervenant : Alors du coup comment vous faites, parce que vous arrivez vous avez les transmissions donc vous avez déjà une représentation de ce que vous allez faire et quelques minutes plus tard le professeur dit « On va faire ceci ou cela » et ça change ce que vous devez faire.

196 – IDE : Ouais.

197 - Intervenant : Alors comment vous faites pour, pour finalement arriver à faire votre travail ?

198 – IDE : Euh ben souvent après mes transmissions du matin, orales, je regarde les soins que j'ai à faire et après, après ça dépend des soins que j'ai à faire. Je... j'ai deux... on va dire deux modes de fonctionnements selon si j'ai beaucoup de soins ou pas. Y a un moment où quand j'ai vraiment trop de pansements pour, sur une matinée, je sais que ça va être compliqué de commencer mon tour de midi à l'heure, du coup je regroupe un peu, à partir de 11h00 je fais mes soins et je regroupe mon tour de midi en même temps donc j'essaie de gagner un peu de temps comme ça pour pouvoir faire autre chose.

199 - Intervenant : Beaucoup de pansements, c'est combien ?

200 – IDE : Euh ben après c'est pareil ça dépend si c'est des pansements basiques on va dire ça c'est pas ce qui prend le plus de temps mais des fois on a des, des mobilisations de lames, ou des changements d'appareillage qui y a autour ça peut être un peu plus long. On a, le pire, c'est quand on a des patients avec des escarres, parce que souvent la prise en charge des escarres, elle peut être très longue.

201- Intervenant : C'est plus la longueur du..., de l'acte, que... que le nombre...

202 – IDE : Ben ça, ça dépend et du nombre et de ce que c'est.

203 - Intervenant : D'accord.

204 – IDE : Y a les deux paramètres à prendre en compte. Après ils ont des voies centrales aussi des fois enfin bon, faut... faut arriver en fait dès le matin à avoir une vision vraiment globale de tout ce qui nous attend.

205 - Intervenant : Et alors pour revenir à la question, euh, c'est sur quelles périodes que vous avez besoin le plus de compétences ?

206 - IDE : Alors, mais du coup c'est pas..., c'est une période dans la journée aussi ?

207 - Intervenant : Oui, oui dans votre journée de travail là où vous allez avoir besoin le plus de, de compétences.

208 - IDE : Ben c'est le matin.

209 - Intervenant : Le matin...

210 - IDE : Pour gérer l'organisation, pour euh... réajuster après la visite, pour euh..., pour euh... passer derrière les médecins aussi dans chaque chambre.

211 - Intervenant : Oui, c'est-à-dire ?

212 - IDE : Ben, des fois, voilà, la visite le matin, ils ont, ils se donnent à peu près 1h00 pour voir 26 patients, donc, ça fait, ça fait même pas 2 minutes par chambre, donc euh... ça, ça y va. Souvent les patients, y en a certains c'est les seuls moments de la journée où ils voient les professeurs. Ils auraient des questionnements sauf que voir 10 blouses blanches débarquer dans leur chambre euh... ils, ils osent pas les poser ou finalement des fois les médecins passent mais ils passent sans passer enfin vous voyez c'est vraiment ils rentrent, ils soulèvent le drap, ils regardent le pansement « bon bé très bien merci » et hop ils tracent quoi. Donc finalement tout leur questionnement ils le gardent et nous quand on est derrière « Ah mais je lui ai pas demandé ! Ah mais j'ai pas pu ! Ah mais est-ce que vous pensez que », donc là aussi, faut sortir... euh c'est là où on se sert de toutes nos connaissances théoriques pour essayer de leur expliquer les choses pourquoi du comment pour leur expliquer ce qui a été décidé à la visite, s'ils ont eu un scanner ben par rapport à quoi ça pourrait être, enfin, je pense que c'est vraiment le matin où il faut être euh...

213 - Intervenant : Donc des compétences organisationnelles, des compétences d'adaptabilité, relationnelles, techniques, oui, d'accord.

214 - IDE : Mais une infirmière est multitâches.

215 - Intervenant : D'accord. Troisième question, qu'est-ce qui peut représenter un frein dans le développement de votre activité ? Qu'est-ce qui vous freine dans votre travail, qui peut vous empêcher de bien faire votre travail ?

216 - IDE : Euh... J'hésite. J'hésite. Souvent, quand y a des, souvent quand y a une mauvaise communication ça entraîne des problèmes d'organisation.

217 - Intervenant : Entre qui est qui ?

218 - IDE : Que ce soit entre nous infirmières de J, infirmières de secteurs ou que ce soit avec les médecins.

219 - Intervenant : D'accord.

220 - IDE : ça peut, ça peut entraîner des doublons de, des, des, des doublons d'actions, ça peut entraîner des incompréhensions, ça peut, ça, ça peut entraîner, enfin ça fait souvent que l'organisation elle est vite perturbée parce que...

221 - Intervenant : D'accord, et qu'est-ce qui est à la source de cette mauvaise communication ?

222 - IDE : Euh... Peut-être que... c'est pas que le travail est mal défini mais euh... peut-être que le travail est pas assez défini sur qui doit faire quoi.

223 - Intervenant : D'accord.

224 - IDE : Je pense qui doit y avoir quelque chose comme ça parce que plus ça va, plus on... même nous au niveau infirmier on... on nous demande d'en faire toujours un petit peu plus. Après les, les internes c'est pareil. Enfin, après je leur jette pas la pierre mais les internes entre le téléphone, les familles, les patients, les, tout, enfin tout ce qu'ils ont à gérer, je peux comprendre des fois qui ait des infos qui passent à la trappe mais euh... Mais ça, en fait ça oui ça peut avoir un effet boule de neige et une journée qui, qui, où ça s'enchaîne mal ça... vous savez plus où vous en êtes en fait.

225 - Intervenant : Oui.

226 - Vous êtes, vous êtes perdu parce que euh... parce que en fait vous avez l'impression d'avoir commencé plein de choses mais vous avez été arrêté, vous avez repris puis y a eu encore autre chose.

C'est... au final vous êtes euh... enfin, je... des fois j'ai l'impression que dans ces cas-là on est pas efficaces.

227 - Intervenant : D'accord. Ok.

228 - IDE : C'est pour ça je suis contente des résultats de la communication.

229- Intervenant : Oui. Et dernière question, qu'est-ce qui peut représenter un levier justement dans votre travail ? Qu'est-ce qui peut être considéré comme un élément facilitant qui va vous aider à faire votre travail, à bien le faire ?

230 - IDE : La communication ! (rires)

231 - Intervenant : La communication ? D'accord.

232 - IDE : Non, la communication et... et après je pense le... le respect aussi qu'on a les unes envers les autres en fait.

233 - Intervenant : D'accord.

234 - IDE : Je pense que, enfin après c'est ce que je vous avais dit dans cette unité c'est compliqué, euh... c'est, en plus d'être très lourd, enfin, nous généralement nos, nos heures de fin de journée ne sont jamais, ne sont jamais réelles. On sait quand on commence, on sait jamais quand on termine. Y en a beaucoup qui nous disent « Mais, mais comment tu fais, enfin...C'est horrible chez toi », ben non parce qu'au final on a, y a une espèce de cohésion et on a un respect mutuel de ce qu'on fait et puis de, même si on n'est pas toutes copines, on n'a pas forcément des affinités mais au moins quand on est au boulot, on..., on a un peu la même vision du boulot, on sait pourquoi on le fait donc euh... on essaye d'en rigoler enfin de...

235 - Intervenant : Et comment ça se manifeste ce respect justement entre vous ?

236 - IDE : Ben que souvent c'est pas... on... en tout cas c'est le ressenti que j'ai mais on s'incrimine pas les unes des autres, des fois des petits, des petits problèmes qui pourrait y avoir. On, on les prend, on réajuste et puis on essaye de faire au mieux, enfin c'est...

237 - Intervenant : D'accord.

238 - IDE : Après, puis, non, puis après même y a des fois où quand, si on a, si y a des choses qu'on a identifiées et on sait à qui c'est la faute, on va lui dire. Enfin, vous voyez on n'est pas... C'est une relation sincère, enfin c'est, c'est pas pour ça qu'on va manquer de respect à la personne, au contraire, au moins on, on est sincère, on dit les choses c'est droit et puis l'abcès est crevé, hop on passe à autre chose du coup ça fait une atmosphère de travail qui est saine. Je pense que ça nous aide à...

239 - Intervenant : Et ça vous arrivez à le faire, à discuter directement des difficultés et de les réguler... ?

240 - IDE. Entre infirmières, oui.

241 - Intervenant : D'accord.

242 - IDE : Avec les aides-soignantes, c'est plus compliqué. Et avec les médecins, c'est encore un autre... C'est encore autre chose. Avec les internes, ça passe. Avec les chefs ça devient plus compliqué, avec les professeurs, c'est... Mme Chiche, on peut pas, clairement, M. Laurent peut-être un peu plus mais bon. Donc non, non, nous, après moi c'est vraiment au niveau infirmier, où je trouve qui y a une, y a vraiment une..., un ensemble qui est sain, pour ça.

243 - Intervenant : D'accord. Très bien. Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous voulez me dire sur ce temps d'observation et sur votre travail ?

244 - IDE : Non ! On a parlé de ce qui est important. Je réfléchis mais non, je pense qu'on a fait le tour.

245 - Intervenant : Très bien. Merci beaucoup.

ANNEXE 5 - Autoconfrontation simple – IDE de Chirurgie Colorectale et Pariétale

Code entretien	AS 1	Agent	ED
Service	Chirurgie Colorectale et Pariétale		
Support	Film d'un soin d'appareillage de stomie avec éducation.		
Date de l'autoconfrontation	22/05/2019		

1 - Intervenant : Donc voilà on va pouvoir regarder ce film, donc c'était pour un soin d'appareillage de stomie avec éducation et un pansement de laparo.

2 - Opérateur : Parfois il y a des ...

3 - Intervenant : Ah voilà, Alors là vous installer votre matériel et en même temps vous parlez au patient, c'est ça ?

4 - Opérateur : Oui. Alors là je viens de remarquer un truc qui n'a rien avoir avec le soin, c'est que je parle toujours avec les mains.

5 - Intervenant : Ah oui (Rires).

6 - Opérateur : Alors là il faut que je commente le soin ou euh...

7 - Intervenant : Oui, oui. Oui vous pouvez me raconter pourquoi vous faites comme ça et pas autrement.

8 - Opérateur : D'accord. Et bien là, écoutez, je répondais aux questions de la patiente qui me demandait comment elle pouvait se procurer le matériel, comme ça faisait partie des je crois du premier ou des premiers appareillages, du coup j'essaie de donner le maximum d'informations, comme du coup les patients restent peu de temps hospitalisés.

9 - Intervenant : D'accord, et ça c'est pas discuté avant l'intervention ? Avant qu'il y a la stomie pour pouvoir les préparer ?

10 - Opérateur : Alors euh voilà, il y a des consultations préopératoires ou tous les patients n'ont pas accès forcément à ces consultations. En fonction des horaires des chirurgiens et des heures de rendez-vous, vous euh... puisque nous en bas on les reçoit en préopératoire ou justement on prépare justement tout ça, on donne un maximum d'informations,

11 - Opérateur : Voilà alors là je ne sais plus si elle avait une information préopératoire ou pas.

12 - Opérateur : C'est vrai qu'on redit toujours et si on a le maximum d'informations le premier jour, ça nous aide après pour la prise en charge.

13 - Intervenant : D'accord et comment ça vous aide ?

14 - Opérateur : Et bien comme ça dans les transmissions, je mets à mes collègues et bien voilà soit prestataire plutôt que pharmacie euh...

15 - Intervenant : D'accord

16 - Opérateur : Ça nous permet d'anticiper pour faire les ordonnances pour la pharmacie puisque euh...

17 - Intervenant : D'accord

18 - Opérateur : Voilà l'ordonnance est du coup moins complète si c'est un prestataire, il y a juste la référence.

19 - Intervenant : D'accord.

20 - Opérateur : Sinon euh on met les codes.

21 - Intervenant : D'accord, donc l'ordonnance est faite par le médecin ou par euh le stomathérapeute...

22 - Opérateur : Euh non par l'infirmière stomathérapeute ou même les infirmières du service euh...

23 - Intervenant : D'accord elles ont...

24 - Opérateur : Voilà.

25 - Intervenant : Elles ont l'autorité pour pouvoir le faire.

26 - Opérateur : Voilà, signé par un médecin, pour remplir euh, ils y connaissent rien, c'est nous qui avons les livrets.

27 - Intervenant : D'accord.

28 - Opérateur : Voilà, la plupart du temps c'est nous mais maintenant les filles sont formées pour euh...

29 - Intervenant : D'accord.

30 - Opérateur : Voilà donc là je suis en train de lui montrer différents types de modèles puisqu'on a 4 prestataires sur le marché en France euh, et on peut pas, on ne doit pas imposer du coup une poche à un patient.

31 - Intervenant : D'accord.

32 - Opérateur : On l'aide à choisir, voilà, donc là du coup je lui montre un peu en lui expliquant qu'il y a des poches transparentes, d'autre opaques mais la plupart du temps ils sortent avec des poches opaques à la maison.

33 - Intervenant : Oui, oui.

34 - Opérateur : Voilà là, je lui explique ce que c'est un système une pièce, voilà il y a un système 2 pièces mais la personne me disait qu'elle préférait un système une pièce.

35 - Intervenant : D'accord.

36 - Opérateur : Donc je pars tout de suite avec différents modèles pour lui montrer, et ce qui définit c'est souvent la largeur ou pas de l'appareillage et c'est surtout la vidange, le scratch ou pas qui va déterminer le choix du patient.

37 - Intervenant : Donc là vous avez à disposition plusieurs modèles ?

38 - Opérateur : Tout à fait.

39 - Intervenant : D'accord.

40 - Opérateur : Tout à fait. Je n'impose un appareillage des fois au patient quand c'est une stomie trop difficile à appareiller ou même moi, c'est un casse-tête pour trouver quel appareillage je vais mettre.

41 - Intervenant : D'accord et c'est quoi une stomie euh...

42 - Opérateur : Difficile.

43 - Intervenant : Oui difficile ?

44 - Opérateur : Avec euh..., je sais pas avec un abcès à coté, euh une stomie dans un pli, dans un creux euh...

45 - Intervenant : D'accord.

46 - Opérateur : Avec une énorme irritation péristomiale.

47 - Intervenant : D'accord.

48 - Opérateur : On utilise plusieurs accessoires aussi.

49 - Intervenant : D'accord.

50 - Opérateur : Voilà là c'est ce que j'explique, que la vidange c'est le plus pratique. Donc souvent ils le font sur le corps mais des fois je laisse justement du matériel pour qu'ils puissent s'entraîner à blanc.

51 - Intervenant : D'accord.

52 - Opérateur : Voilà.

53 - Intervenant : Donc là, vous mouiller les compresses avec de l'eau du robinet.

54 - Opérateur : Oui de l'eau du robinet seulement, sans savon, c'est notre politique au niveau du CHU voilà. On essaie d'avoir cette bonne ligne de conduite auprès des stomathérapeutes et de tous les soignants.

55 - Intervenant : D'accord.

56 - Opérateur : Parce qu'on s'est rendu compte que avant on disait savon de Marseille, savon de Marseille et en fin de compte, ça asséché beaucoup la peau et tous les autres savons, il y a du colorant, il y a du euh...

57 - Intervenant : D'accord.

58 - Opérateur : Tout ce qui est parfum.

59 - Intervenant : Et sans savon, ça fait le travail quand même ?

60 - Opérateur : Oui, oui, il faut juste nettoyer la peau.

61 - Intervenant : D'accord.

62 - Opérateur : Il y a moins de réactions allergiques.

63 - Intervenant : D'accord.

64 - Opérateur : Après, ils ont le droit d'utiliser un savon mais c'est un savon neutre qu'on leur propose, qui n'irrite pas la muqueuse.

65 - Intervenant : D'accord.

66 - Opérateur : Voilà, qu'on leur conseille qu'ils n'achètent pas n'importe quoi. Parce que des fois quand il y a des selles pâteuses ou pour les colostomies, quand ça reste trop pâteux, ils aiment bien mettre un peu euh...

67 - Opérateur : Là, je laisse une collègue répondre (rire).

68 - Intervenant : Oui (rire).

69 - Opérateur : Donc voilà là j'explique tout voilà par rapport à la stomie, je commence à lui expliquer la surveillance, ce qu'il faut surveiller, l'importance.

70 - Intervenant : Oui.

71 - Opérateur : Parce que plus on va répéter tous les jours et plus donc on aura tous le même discours après pour la patiente, c'est plus facile de s'y retrouver euh...

72 - Opérateur : C'est beaucoup d'informations d'un coup.

73 - Intervenant : Oui.

74 - Opérateur : Je parle assez vite mais au moins elle retiendra.

75 - Intervenant : Et comment vous faites pour faire à la fois et le soin et l'éducation ?

76 - Opérateur : Hum !!!

77 - Intervenant : Comment vous faites euh...

78 - Opérateur : C'est une habitude.

79 - Intervenant : C'est une habitude ?

80 - Opérateur : C'est l'habitude de le faire, c'est notre euh... activité principale en service de chirurgie colorectale tout ce qui est appareillage colostomie.

81 - Intervenant : D'accord.

82 - Opérateur : Et comme en tant que stomathérapeute, je fais les consultations ici euh... je fais tout le temps.

83 - Intervenant : C'est un sujet que vous maîtrisez parfaitement ?

84 - Opérateur : Oui c'est mon expertise, enfin je le maîtrise euh ...

85 - Intervenant : D'accord.

86 - Opérateur : Après euh, des fois, quand je ne parle pas pendant la consultation, je leur dit ce n'est pas que je ne parle pas mais, c'est que je réfléchis en même temps euh...

87 - Intervenant : D'accord.

88 - Opérateur : Euh, car quand j'ai un cas complexe, je me demande quel type d'appareillage prendre.

89 - Intervenant : Oui, oui.

90 - Opérateur : Après je reprends toujours le soin, j'explique, je remontre enfin voilà. Le but c'est d'autonomiser au maximum le patient.

91 - Intervenant : Oui, oui.

92 - Opérateur : Voilà, même si il y en a certains qui ont des infirmières à domicile, le but c'est d'éduquer le patient afin de palier euh, le jour il y a une fuite pour qu'il puisse faire le soin, euh...

93 - Intervenant : Et là vous pensez que cette dame, qui a un certain âge, sera assez autonome sur sa stomie.

94 - Opérateur : Je pense, elle était motivé, elle euh posait des questions, je pense qu'au début après je l'ai pas pris en charge puisque, je l'ai prise en charge que le lendemain mais je pense qu'elle était très motivée et qu'elle posait pas mal de questions même quand vous étiez pas là elle avait enlevé la sonde et me posait déjà des questions aussi euh...

95 - Intervenant : D'accord.

96 - Opérateur : Bon souvent, ils rentrent et puis si il y a besoin d'une aide à la maison euh au début c'est l'infirmière libérale, au début l'infirmière libérale vient tous les jours pour faire la piqûre anticoagulant donc ils savent toujours qu'il y aura quelqu'un à la maison si il y a des questions.

97 - Intervenant : D'accord.

98 - Opérateur : Et nous on les revoit toujours 3 semaines après l'intervention.

99 - Intervenant : D'accord.

100 - Intervenant : Donc là c'est une stomie permanente ou euh...

101 - Opérateur : Non c'est une iléostomie temporaire, voilà au moins l'éduquer pour euh... pour les deux premiers mois, pour que les 2 mois se passent bien jusqu'au rétablissement de continuité.

102 - Intervenant : D'accord.

103 - Opérateur : Voilà.

104 - Intervenant : Donc c'est 2 mois après que le patient revient pour un rétablissement de continuité.

105 - Opérateur : Oui tout à fait.

106 - Intervenant : D'accord.

107 - Opérateur : Donc on veut que pendant les 2 mois ça se passe au mieux pour le patient.

108 - Intervenant : D'accord.

109 - Opérateur : Parce que souvent quand il y a un échec à une fuite donc voilà il y a une baisse de moral pour le patient, avoir des selles sur soit euh voilà.

110 - Intervenant : D'accord. C'est une intervention qui dure combien de temps une stomie comme celle-là ?

111 - Opérateur : Pour quoi, pour l'intervention ?

112 - Intervenant : Oui l'intervention.

113 - Opérateur : Alors là je pense que c'était une proctectomie totale, cette dame donc après ça dure au moins 5 heures ?

114 - Intervenant : 5 heures !

115 - Opérateur : Voilà, 5 heures d'intervention, c'est ce qu'on leur explique, ils reviennent ils sont souvent un peu fatigués en post-opératoire et la deuxième intervention, ils nous demandent « c'est plus court » ? Oui c'est plus court.

116 - Intervenant : D'accord.

117 - Opérateur : Et comme tout le monde me dira, je sors le stylo de la poche euh... (rires).

118 - Intervenant : Oui (rires)...

119 - Opérateur : C'est ce que beaucoup euh voilà (rires).

120 - Intervenant : Et ça il faut pas faire ?

121 - Opérateur : Non, j'ai préparé tout le matériel.

122 - Intervenant : Pourquoi ?

123 - Opérateur : Pourquoi ? Parce qu'on est censé euh...

124 - Intervenant : Pas mettre les mains dans les poches.

125 - Opérateur : Oui pas mettre les mains dans les poches, voilà mais j'ai mis quand même le gel hydroalcoolique avant euh avant même si je fais le soin.

126 - Intervenant : Oui, oui.

127 - Opérateur : En principe on est censé prendre tout le matériel euh...

128 - Intervenant : D'accord.

129 - Opérateur : Bon on le fait toutes je pense voilà. On avait discuté de ça la dernière fois

130 - Intervenant : Oui, oui.

131 - Opérateur : Oui par contre je ne le remets pas dans la poche puisque je l'ai sorti dans la poche du patient et que tout sera désinfecté en même temps que le chariot.

132 - Intervenant : D'accord.

133 - Opérateur : Ce que j'ai pas besoin je le mets en-dessous.

134 - Intervenant : Parce que là vous passez à autre chose ?

135 - Opérateur : Au pansement.

136 - Intervenant : Au pansement.

137 - Opérateur : Alors dans la logique, on dit toujours qu'il faudrait faire du plus propre au plus sale en faisant le pansement et après la stomie mais moi j'ai fait à l'inverse car tout était imbriqué dedans et que euh ça me faisait décoller l'appareillage et que euh comme c'est une iléostomie je ne voulais pas qu'il y ait des selles partout pendant que je faisais le pansement.

138 - Intervenant : D'accord.

139 - Opérateur : Donc j'ai choisi de faire la stomie en premier avant de faire euh le pansement

140 - Intervenant : D'accord donc vous avez la possibilité de choisir l'ordre dans laquelle euh

141 - Opérateur : Voilà moi j'ai préféré voilà. Pourquoi j'ai préféré parce que si j'avais décollé le pansement et du coup l'appareillage et bien il y aurait eu des risques de chutes de selles puisque iléostomie ça peut couler en permanence euh.

142 - Intervenant : Oui oui d'accord.

143 - Opérateur : Voilà.

144 - Intervenant : Donc là c'est en stérile ?

145 - Opérateur : Oui après on fait du plus proprement possible et voilà comme c'était la première fois, il y avait un petit écoulement et dès le lendemain enfin voilà on laisse vite à l'air après c'est eau et savon sous la douche.

146 - Intervenant : D'accord.

147 - Opérateur : Et j'ai fait une spéciale petite dédicace comme je vous l'avais dit euh un peu à Thibault pour la Bétadine jaune car comme il est en train de faire un D.U spéciale cicatrisation, les protocoles changent voilà.

148 - Intervenant : D'accord oui ça évolue régulièrement j'ai l'impression.

149 - Opérateur : Voilà au fur et à mesure c'est pareil pour la douche préopératoire on faisait toujours la Bétadine rouge, Bétadine scrub et maintenant c'est voilà...

150 - Intervenant : D'accord.

151 - Opérateur : Eau et savon doux.

152 - Intervenant : D'accord.

153 - Opérateur : Pareil les petites célio je les fais la première fois à la Bétadine et dès la prochaine réfection de pansement et laisser à l'air euh elle l'aura nettoyé au savon.

154 - Intervenant : Alors là la dame elle a eu à la fois laparo et la célio ?

155 - Opérateur : Alors du coup ils ont dû commencer en célio et finir en laparo euh...

156 - Intervenant : C'est toujours comme ça ?

157 - Opérateur : Non la plupart du temps, c'est sous célioscopie mais c'est vrai que je m'en suis occupé une fois, il y a quelque jours, je sais plus du tout son dossier exact.

158 - Intervenant : D'accord.

159 - Opérateur : Voilà.

160 - Intervenant : Donc ils font des stomies par célioscopie ?

161 - Opérateur : Oui. Par le robot parce que maintenant ils opèrent beaucoup avec le robot.

162 - Intervenant : D'accord.

163 - Intervenant : Donc si ça se compliquent, ils font une laparo ?

164 - Opérateur : Oui. Si ça se complique, oui. Je sais plus s'il avait été déjà opéré ou pas euh.

165 - Opérateur : Alors pourquoi avoir enlevé l'absorbex avant la fin du soin, c'est une question (rire)...

166 - Opérateur : Alors je demande aussi à la patiente de m'aider aussi à tenir le ventre parce que dans les plis, c'est important de devoir désinfecter.

167 - Intervenant : Oui, oui.

168 - Opérateur : Et bien sécher après pour éviter la macération. Parce que c'est souvent dans ces plis ou dans ces endroits là où ça peut compliquer avec la macération, problème de cicatrisation.

169 - Intervenant : Chez les personnes obèses comme ça c'est...

170 - Opérateur : Oui. Personne obèse et si il y a d'autres facteurs associés.

171 - Intervenant : Oui, oui. Comme quoi par exemple ?

172 - Opérateur : Comme le diabète, problème de cicatrisation.

173 - Intervenant : D'accord.

174 - Opérateur : Donc là j'en ai profité pour lui donner une information qu'elle m'avait demandé le matin, au tour du matin quand on prend la tension-température sur l'assistante sociale.

175 - Intervenant : D'accord.

176 - Opérateur : En fait on passe tellement peu de temps avec les patients qu'on donne le maximum d'informations à ce moment-là.

177 - Intervenant : D'accord.

178 - Opérateur : Parce que des fois on a 12 pansements à la suite euh...

179 - Opérateur : Oui ça peut arriver ?

180 - Intervenant : 12 pansements ?

181 - Opérateur : Oui.

182 - Opérateur : Ça peut arriver (rire).

183 - Intervenant : Vous faites comment à ce moment-là ?

184 - Opérateur : Et bien heureusement quand c'est en semaine on a l'infirmière de J.

185 - Intervenant : D'accord.

186 - Opérateur : Sinon on...

187 - Intervenant : Vous divisez en deux et puis euh...

188 - Opérateur : Alors on divise en deux et on s'organise en mettant une petite feuille où on marque tous les pansements, voilà elle aide des deux côtés et ça aide énormément, ça aide énormément ou alors vraiment dans ces cas-là où le week-end, on privilégie de faire les pansements qui faut vraiment refaire ou les pansements tachés ou pansement méchés.

189 - Intervenant : Oui parce qu'il n'y a pas de J le week-end, c'est ça ?

190 - Opérateur : Non parce qu'un pansement de célio tout simple ou qui est pas du tout tachés euh si le patient se douche pas ça peut euh être un pansement qui peut attendre une journée de plus euh.

191 - Intervenant : D'accord.

192 - Opérateur : Voilà moi je préfère privilégier aussi le week-end voilà si il y a des pansements méchés, si il y des appareillages de stomie puisqu'on est obligé de changer les poches tous les jours de par le filtre de par regarder la peau péristomiale.

193 - Intervenant : D'accord.

194 - Opérateur : D'accord. On essaie de priorisé un peu les soins mais bon...

195 - Intervenant : D'accord.

196 - Opérateur : C'est vrai que des fois quand on a beaucoup de soins le week-end, faire la même charge de travail toute seule en 7h30 alors qu'on est en 10 heures...

197 - Intervenant : D'accord.

198 - Opérateur : Et qu'on est enfin en J la semaine.

199 - Intervenant : Et donc ce J c'est vraiment une ressource ?

200 - Opérateur : Ah oui c'est vraiment important. C'est ce que je disais sur la J si aujourd'hui on l'avait pas euh aujourd'hui avec la matinée qu'on a eu euh ...

201 - Intervenant : Oui.

202 - Opérateur : Voilà encore je terminerai les pansements cet après-midi.

203 - Intervenant : D'accord. Elle vous aide à faire vos choix quand même au niveau des soins ?

204 - Opérateur : De faire les choix, de choisir les soins qu'on veut ?

205 - Intervenant : Oui . Non, non, c'est pas forcément dans ce sens-là que je veux dire. C'est j'ai la possibilité de faire euh le pansement comme j'ai envie de le faire parce que je sais que j'ai quelqu'un derrière ?

206 - Opérateur : Oui, oui.

207 - Intervenant : Plutôt que d'être obligé le week-end de dire et bien euh...

208 - Opérateur : Oui voilà de privilégier quel soin est la priorité après voilà.

209 - Intervenant : Oui voilà.

210 - Opérateur : Je ne bâclerai pas un soin, c'est toujours ce que j'ai dit à ma cadre de santé, soit je fais, soit je fais pas ?

211 - Intervenant : On peut bâcler un soin ?

212 - Opérateur : Ah il y en a sûrement.

213 - Intervenant : (rire).

214 - Opérateur : Moi je ne sais pas faire (rire).

215 - Intervenant : (rire).

216 - Opérateur : Je ne sais pas faire c'est mon gros problème (rire).

217 - Intervenant : Est-ce-que c'est un problème ?

218 - Opérateur : Non pas pour moi.

219 - Intervenant : Non pas pour vous ? C'est bien ce qui me semblait.

220 - Opérateur : Non moi j'ai ma conscience, faire ou ne pas faire voilà privilégier un petit pansement à faire ou qui doit être refait bâcler le soin et aller chez l'autre voilà euh.

221 - Intervenant : D'accord.

222 - Opérateur : Moi c'est soit je fais soit je fais pas.

223 - Intervenant : D'accord. Donc vous avez la possibilité de choisir ?

224 - Opérateur : Voilà. Enfin je me prends le droit de choisir.

225 - Intervenant : Oui voilà.

226 - Opérateur : (rire) non, non, après il y a tellement ce contact, ce relationnel avec les patients et puis c'est des chirurgies lourdes.

227 - Intervenant : Oui.

228 - Opérateur : Et délabrant pour l'image corporelle parce que se retrouver avec une stomie euh

229 - Intervenant : Oui, oui c'est sûr...

230 - Opérateur : Cette dame comme je vous disais elle a un certain âge euh bon elle s'est qu'elle va se faire traiter mais bon tout dépend des âges aussi, l'acceptation.

231 - Intervenant : Oui.

232 - Opérateur : Elle peut avoir 80 ans est être super coquette euh et pas accepter.

233 - Intervenant : Ah oui c'est sûr.

234 - Opérateur : Et puis je peux avoir une jeune fille qui peut accepter ou l'inverse euh... voilà on ne leur imposera pas l'acceptation de la stomie mais c'est de travailler avec eux et faire avec.

235 - Intervenant : Oui.

236 - Opérateur : Voilà pendant 2 mois.

237 - Intervenant : Oui parce que.

238 - Opérateur : Vous ferez avec une stomie qui est temporaire après c'est je trouve un autre travail quand c'est une stomie définitive.

239 - Intervenant : Oui voilà. C'est peut-être plus complexe quand c'est définitif ?

240 - Opérateur : Oui plus complexe quand c'est définitif. On a l'argument quand c'est temporaire on leur dit voilà vous avez 2 mois à faire avec ou 6 mois à faire, vous faites avec.

241 - Intervenant : Il faut temporiser.

242 - Opérateur : Oui voilà. mais voilà imposer d'accepter une stomie c'est difficile.

243 - Opérateur : Oui voilà mettre un peu le doigt (rire).

244 - Intervenant : (rire) oui.

245 - Opérateur : Je pense qu'on va avoir un petit peu des « ouh ! ouh ! » dans l'assemblée si vous montrez cette vidéo.

246 - Intervenant : Oui (rire).

247 - Opérateur : (rire).

248 - Intervenant : Et pourquoi il faudrait faire comment ?

249 - Opérateur : Il faudrait que j'attrape une pince.

250 - Intervenant : D'accord.

251 - Opérateur : Mais bon pour moi je fais pas d'erreur car du coup je la pose quand même sans toucher la plaie.

252 - Intervenant : Oui, oui.

253 - Opérateur : C'est juste que j'ai touché la compresse mais j'ai pas touché le côté de la plaie et j'ai les mains propre.

254 - Intervenant : Oui, oui.

255 - Opérateur : Mais c'est vrai que ouais quand on fait le soin et quand on voit c'est euh. Voilà pareil là, la poubelle mais bon j'avais ma poubelle noire complètement pleine.

256 - Intervenant : Oui. Ah oui vous allez jeter l'emballage dans le euh...

257 - Opérateur : Voilà mais après dans la DASRI mais comme je euh...

258 - Intervenant : Mais est-ce que c'est grave ?

259 - Opérateur : Et bien c'est euh au niveau environnemental euh...

260 - Intervenant : D'accord.

261 - Opérateur : Le tri des déchets.

262 - Intervenant : Oui je vois.

263 - Opérateur : Mais après j'ai rechangé je me suis pris une autre poubelle noire et j'ai fait le tri en sortant de la chambre.

264 - Intervenant : D'accord.

265 - Opérateur : Après je suis un peu carré sur ça.

266 - Intervenant : D'accord (rire).

267 - Opérateur : (rire) ah bien c'est peut-être un peu nous les anciennes ou quoi on a tellement étaient formé que euh j'ai mis de côté et après j'ai mis une autre poubelle noire.

268 - Intervenant : Oui.

269 - Opérateur : Après c'est pas ça qui va coûter cher voilà.

270 - Opérateur : Après cette dame elle est motivée aussi parce qu'elle est dans l'optique du protocole ERAS dont on vous parle sûrement depuis des mois quand vous venez.

271 - Intervenant : Oui.

272 - Opérateur : La réhabilitation précoce.

273 - Intervenant : Oui précoce.

274 - Opérateur : Donc c'est vrai qu'on a tendance voilà ah euh vite les motiver ils sont contents ils veulent vite se lever enfin voilà euh...

275 - Intervenant : Oui.

276 - Opérateur : Le fait de faire partie de ce euh, de ce protocole justement les patients ils le savent en priorité qu'ils vont avoir ça euh la veille en rentrant enfin voilà.

277 - Intervenant : Oui, oui.

278 - Opérateur : Dans cette dynamique que...

279 - Intervenant : C'est surprenant quand même que une grosse chirurgie comme ça et 5 jours après on est dehors.

280 - Opérateur : Oui voilà c'est formidable.

281 - Intervenant : Oui et autrefois c'était combien de temps ?

282 - Opérateur : C'était plus long, 10-15 jours même.

283 - Intervenant : Ah oui d'accord.

284 - Opérateur : Après autrefois je n'étais pas en chirurgie colorectale mais bon nos chirurgiens font tellement de gros progrès que euh le fait d'opérer en cœlioscopie.

285 - Intervenant : Oui le fait de la cœlioscopie c'est vraiment impressionnant.

286 - Opérateur : Plutôt qu'en laparo mais même cette dame elle est en laparo elle veut se lever euh elle veut aller au fauteuil enfin c'est euh voilà.

287 - Intervenant : Oui c'est impressionnant une opération en célioscopie de ce type là c'est quelque chose quand même.

288 - Opérateur : Avec ce fameux robot c'est vraiment euh...

289 - Intervenant : D'accord.

290 - Opérateur : C'est vraiment super pour eux.

291 - Intervenant : C'est le professeur Rullier qui opère.

292 - Opérateur : Monsieur Rullier, Monsieur Denoste.

293 - Intervenant : D'accord.

294 - Opérateur : Après les autres aussi voilà mais pour les grosses chirurgies euh enfin les chefs de clinique aussi assistent.

295 - Intervenant : Oui. Donc quand on fait la laparo on laisse tomber le robot alors ?

296 - Opérateur : Oui.

297 - Intervenant : D'accord.

298 - Opérateur : Avec la belle vue des patients comme ça ils sont tous heureux aussi (rire).

299 - Intervenant : (rire) oui c'est vrai que le cadre est agréable. Est-ce-que c'est un avantage pour vous dans le travail d'avoir cet environnement ?

300 - Opérateur : Et bien des fois moi je fais même pas attention.

301 - Intervenant : Ah oui.

302 - Opérateur : Enfin voilà c'est agréable quand on embauche ou quoi mais bon c'est vrai que dans la journée on fait même pas attention des fois.

303 - Intervenant : Et est-ce-que pour les patients...

304 - Opérateur : Pour les patients oui.

305 - Intervenant : Et comment ils le manifestent ?

306 - Opérateur : Alors moi j'ai des patients qui me disent oh là là j'ai vu les petits canards enfin voilà le fait d'être dans le euh d'être dans la nature ou par exemple, j'ai un patient que me dit alors moi les corbeaux je les vois toujours depuis chez moi et là j'en ai vu un qui s'est posé sur le grand chêne.

307 - Intervenant : D'accord.

308 - Opérateur : Ça leur fait penser à autre chose c'est plus au niveau détente euh plus.

309 - Intervenant : D'accord.

310 - Opérateur : Après ça leur permet de s'évader. Ce matin, j'ai parlé à un patient qui n'était pas très en forme parce qu'il a eu un scanner en urgence et il me dit ah là là le fait de patienter, de regarder la nature, on a entendu les grenouilles rien que ça il me dit il me dit « oh j'entends la nature, j'entends les grenouilles ».

311 - Intervenant : Oui.

312 - Opérateur : Pour eux aussi c'est un privilège aussi.

313 - Intervenant : Ca enlève les angoisses.

314 - Opérateur : Après c'est vrai que ça apaise le fait de voir un peu de vert que plutôt un mur en face.

315 - Intervenant : Oui c'est sûr.

316 - Opérateur : Ils n'ont pas tous cette chance là mais bon.

317 - Intervenant : Donc là vous mobilisez la patiente pour la mettre au fauteuil c'est ça ?

318 - Opérateur : Oui.

319 - Intervenant : Et là c'est quelque chose que vous pouvez faire toute seule, vous n'avez pas besoin d'aide ?

320 - Opérateur : Non.

321 - Intervenant : Non ?

322 - Opérateur : Non, non, non sinon j'aurais appelé une collègue, je ne me mets pas en danger et je ne mettrai pas en danger la patiente.

323 - Intervenant : D'accord.

324 - Opérateur : Si j'avais un souci pour lever un patient, j'appellerai toujours.

325 - Intervenant : Là elle est assez mobile la dame quand même...

326 - Opérateur : Oui parce que je l'avais couché justement avant de faire le soin puisque là c'est pas fini mais avant de commencer le soin elle était au fauteuil, je l'avais couché toute seule donc pour la lever je pouvais très bien la lever toute seule.

327 - Intervenant : D'accord.

328 - Opérateur : Donc pas de mise en danger du patient euh...

329 - Intervenant : Donc elle a été opérée la veille, c'est ça ?

330 - Opérateur : Oui je sais plus si c'était un ou deux jours avant voilà. Elle était à J1-J2 pas plus parce qu'elle a encore la seringue électrique euh voilà. Donc le protocole ERAS c'est en principe de les lever dès le soir même.

331 - Intervenant : Le soir même ?

332 - Opérateur : Oui oui, le soir même il n'y en a pas beaucoup qui se lève le soir même mais bon voilà les aides-soignantes arrivent quand même à faire un bord de lit au moins.

333 - Intervenant : Très bien donc ça c'était le premier passage.

ANNEXE 6 - Autoconfrontation simple – IDE de Chirurgie Hépatobiliaire et Transplantations hépatiques

Code entretien	AS 2	Agent	RV
Service	Chirurgie Hépatobiliaire et Transplantations hépatiques		
Support	Film d'un soin pour un abcès de paroi avec irrigation		
Date de l'autoconfrontation	27/03/2019		

- 1 - Intervenant : Alors on se retrouve aujourd'hui pour parler un petit peu de ce qu'on avait fait pendant le film et ce qui m'intéresse c'est que vous me parliez un petit peu de ce que vous faites, pourquoi vous le faites voilà discuter de ce que l'on voit.
- 2 - Opérateur : D'accord alors j'argumente pourquoi je fais telle ou telle chose...
- 3 - Intervenant : Oui alors, c'est quoi comme soin vous vous rappelez ?
- 4 - Opérateur : Oui c'était un abcès de paroi avec irrigation.
- 5 - Intervenant : Un abcès de paroi d'accord.
- 6 - Opérateur : Donc du coup je préviens le patient qu'on s'installe donc monter la hauteur du lit.
- 7 - Intervenant: D'accord ça vous le faites systématiquement ?
- 8 - Opérateur : Oui.
- 9 - Intervenant : Oui pourquoi vous le faites ?
- 10 - Opérateur : Parce que quand j'étais jeune infirmière, je ne le faisais pas et que j'ai très mal au dos aujourd'hui et que je me bats pour que les jeunes infirmières le fassent.
- 11 - Intervenant : Ah d'accord.
- 12 - Opérateur : Qu'elles soient pas dans mon cas (rire).
- 13 - Intervenant : De lever le lit d'accord.
- 14 - Opérateur : J'ai une formation euh j'ai été transférée, je viens d'un autre CH et donc j'ai une formation sur l'ergonomie mais tardivement.
- 15 - Intervenant : D'accord.
- 16 - Opérateur : Euh donc avec les bonnes pratiques, c'est pas quelque chose que j'avais beaucoup vu à l'école
- 17 - Intervenant : D'accord.
- 18 - Opérateur : Et qu'on nous explique en stage.
- 19 - Intervenant : D'accord.
- 20 - Opérateur : C'est vrai qu'aujourd'hui je fais très attention à ça.
- 21 - Intervenant : D'accord et pourquoi vous l'expliquez au patient justement?
- 22 - Opérateur : Pour pas qu'il soit inquiet en fait parce que des fois on va par exemple parce que là je faisais un soin sur le côté droit du patient pour être plus à l'aise moi pour faire le soin, je préviens le patient que je vais décaler le lit pour pas qu'il ait peur comme il faut le rassurer euh...
- 23 - Intervenant : D'accord.
- 24 - Opérateur : Lui expliquer ce que je fais.
- 25 - Intervenant : Vous discutez en même temps sur sa douleur, c'est ça ?
- 26 - Opérateur : Oui voilà, au niveau de la position parce que c'est vrai que des fois quand on baisse la taille du lit les patients ça peu leur tirer un peu au niveau de la cicatrice.
- 27 - Intervenant : D'accord.

28 - Opérateur : Donc je demande euh le niveau de douleur. Donc je protège bien au niveau de la pudeur pour pas qu'il ait le pubis à l'air.

29 - Intervenant : Et donc là l'objectif de votre soin, c'est quoi finalement?

30 - Opérateur : Donc là c'est un patient en fait qui a fait un abcès de paroi sur une sous costale donc en fait donc c'est un soin qui nécessite enfin qui doit être fait tous les jours avec une irrigation au sérum physiologique et méchage là pour ce patient là c'était à la mèche de formi.

31 - Intervenant : Oui, oui.

32 - Opérateur : Donc là je suis en train de l'installer, je me lave les mains.

33 - Intervenant : Donc là vous avez mis le chariot en face de vous ?

34 - Opérateur : Oui mais je l'ai mis parce que en fait il faut pas tourner le dos au patient, c'est ce que j'ai appris donc là je fais euh là le chariot en l'occurrence, je le mets à l'envers puisque là la poubelle si je l'aurais mis à l'endroit elle aurait été côté patient.

35 - Intervenant : Ah oui.

36 - Opérateur : Et donc du coup c'est pour ça que je l'ai mis de l'autre côté pour pas faire de faute d'hygiène

37 - Intervenant : D'accord.

38 - Opérateur : J'ai mis une petite protection à l'abso au niveau du patient pour pas salir le lit que les aides-soignantes ont refait (rire).

39 - Intervenant : (rire).

40 - Opérateur : Que je me fasse pas gronder.

41 - Intervenant : Oui parce que là vous fait les pansements ?

42 - Opérateur : Oui on fait toujours les pansements après les soins d'hygiène.

43 - Intervenant : D'accord.

44 - Opérateur : Ca les patients ils ne le comprennent pas très bien mais c'est euh...

45 - Intervenant : C'est logique ça a l'air cohérent quand même.

46 - Opérateur : Oui c'est mais il y en a certains des fois qui veulent pas.

47 - Intervenant : Ah oui d'accord.

48 - Opérateur : Parce que en fait ils vont dirent « oui j'ai des redons, j'ai des drains, euh enlevez les moi avant je vais faire ma toilette après ça sera plus facile ».

49 - Intervenant : Oui, oui.

50 - Opérateur : Mais bon on rappelle qu'il y a des procédures d'hygiène et que c'est la toilette avant. Donc là je suis en train d'enlever le pansement et donc là je suis en train de tirer sur la mèche euh qui avait été mise du coup la veille.

51 - Intervenant : D'accord.

52 - Opérateur : En même temps j'observe si le pansement est saturé ou pas si c'est productif, savoir si il nécessite de refaire 2 fois le pansement dans la journée ou pas.

53 - Intervenant : D'accord.

54 - Opérateur : Là en l'occurrence le pansement euh en fait la mèche était saturée euh mais ça n'avait pas coulé.

55 - Intervenant : Ca n'avait pas débordé d'accord.

56 - Opérateur : Tout à fait. Alors là une fois terminé j'enlève mes gants, je me relave les mains, je discute toujours avec le patients.

57 - Intervenant : Et pourquoi vous discutez toujours comme ça avec le patient ?

58 - Opérateur : Euh le relationnel, c'est hyper important.

59 - Intervenant : Ah oui d'accord.

60 - Opérateur : Enfin je sais que je peux être un peu longue dans les soins parce que je discute de tout et de rien des fois je partage ma vie privée (rire).

61 - Intervenant : (rire).

62 - Opérateur : Je devrais pas mais bon il y a certains patient qui n'ont pas de visites parfois et on a un peu là euh pas la famille euh mais ils ne voient que nous.

63 - Intervenant : Oui, oui.

64 - Opérateur : Du coup c'est hyper important.

65 - Intervenant : Donc ok.

66 - Opérateur : Je me mettrai à leur place quand j'aurais 70-80 ans j'aimerais bien que mon infirmière puisse prendre le temps de discuter avec moi.

67 - Intervenant : Oui.

68 - Opérateur : Oui c'est important. Du coup je suis en train d'ouvrir mon champ stérile, je prépare tout mon matériel alors ça pareil ça peut être quelque chose d'anxiogène pour le patient parce qu'il me voit sortir plein chose, il y a plein de bruit euh donc le rassurer donc lui dire toujours ce que je fais euh. Donc voilà le patient là il est confortable il se repose.

69 - Intervenant : Oui, oui, je vois ça.

70 - Opérateur : (rire) il est à l'aise euh si c'était la première fois que je le voyais mais c'était la deuxième je me rappelle plus.

71 - Intervenant : Oui parce que les patients tournent relativement vite dans le service ?

72 - Opérateur : Oui en général après tout dépend de l'intervention parce que si des DPC ils restent une dizaine de jours. Ce monsieur là il devait avoir soit une hépatectomie vu la cicatrice, soit une DPC soit hépatectomie.

73 - Intervenant : Une DPC c'est quoi ?

74 - Opérateur : Euh une duodéno pancréatectomie céphalique donc en fait on va enlever le bas de l'estomac ,ils enlèvent la vésicule, la tête du pancréas, le duodénum et on rebouche euh...

75 - Intervenant : Ah d'accord.

76 - Opérateur : Et l'hépatectomie, ils enlèvent soit le foie droit soit le foie gauche.

77 - Intervenant : D'accord.

78 - Opérateur : Donc là je fais euh j'utilise euh enfin pour faire mes soins je suis plus à l'aise sur euh... avec un champ stérile enfin je trouve que j'ai plus de dextérité qu'avec les pinces donc du coup je préfère utiliser cette méthode-là. Donc à la Bétadine, je vérifie toujours auprès de mon patient si il est allergique ou pas.

79 - Intervenant : Oui, oui.

80 - Opérateur : Car on s'est jamais...

81 - Intervenant : Oui d'accord.

82 - Opérateur : Là je lui explique ce que je vais lui faire pendant le soin, il a pas l'air de trop poser de questions (rire).

83 - Intervenant : (rire) il a pas l'air très inquiet.

84 - Opérateur : (rire) oui, oui, bon après ce n'était pas son premier donc euh, il sait.

85 - Intervenant: Oui.

86 - Opérateur : Et du coup là je suis en train d'ouvrir le plateau et je l'ai jeté alors que j'en avais besoin pour mettre mes flacons de sérum physiologique.

87 - Intervenant : Ah oui je me rappelle de ça.

88 - Opérateur : Pour pouvoir préparer ma ...donc j'ai fait une faute d'économie mais voilà ça arrive

89 - Intervenant : (rire).

90 - Opérateur : Je m'en suis rendue compte euh dès 2 minutes. Je le cherche euh (rire).

91 - Intervenant : Il est dans la poubelle (rire).

92 - Opérateur : Eh ben oui il est là et là mince ! Bon ben tant pis donc du coup j'ai été en rechercher un ah oui c'est la iodo aussi parce que tout, les la mèche iodo c'est un euh une boîte par patient donc on laisse toujours la mèche dans la chambre.

93 - Intervenant : Ah d'accord.

94 - Opérateur : Oui vu que c'est long ça doit faire 5 mètre je crois.

95 - Intervenant : Ah la euh une mèche.

96 - Opérateur : Oui, oui 5 mètre de longueur.

97 - Intervenant : D'accord.

98 - Opérateur : Ça fait 5 mètres donc du coup c'est pour ça que euh... on les laisse dans les chambres des patients

99 - Intervenant : D'accord.

100 - Opérateur : Donc là je suis en train de me dire car je me refais toujours dans la tête euh mon soin.

101 - Intervenant : Ah oui.

102 - Opérateur : Ce que je prépare machin euh.

103 - Intervenant : Donc chaque fois que vous faites euh un soin vous refaites une check-list.

104 - Opérateur : Check-list, ouais je me fais une check-list dans ma tête en fait il me faut ça, ça.

105 - Intervenant : D'accord.

106 - Opérateur : Donc du coup ça m'évite... mais du coup j'aurais dû le faire avant ceci dit.

107 - Intervenant : D'accord. Donc là vous redescendez le patient.

108 - Opérateur : Oui pour la sécurité.

109 - Intervenant : Voilà.

110 - Opérateur : (rire) je retourne chercher en catastrophe.

111 - Intervenant : Alors là vous courez pour aller chercher.

112 - Opérateur : Et bien oui parce que j'étais stressée et je voulais vite me dépêcher (rire).

113 - Intervenant : Donc là vous prenez un plateau simple c'est ça.

114 - Opérateur : Bien du coup je reprends un plateau simple pour voir euh ils ont pas de euh de cupule stérile ou de euh il y aurait eu une cupule stérile j'aurais juste pris la cupule.

115 - Intervenant : Oui, oui.

116 - Opérateur : Malheureusement l'hôpital ne le fait pas donc je suis obligé de reprendre un petit plateau euh.

117 - Intervenant : D'accord.

118 - Opérateur : Pour avoir un socle stérile euh.

119 - Intervenant : D'accord.

120 - Opérateur : Et du coup que je pose au niveau de la table parce que j'ai pas assez de place sur mon chariot parce que mon champ stérile prend toute la place euh.

121 - Intervenant : D'accord.

122 - Opérateur : Donc là je fais participer mon patient (rire), en lui demandant de... euh de monter la hauteur du lit.

123 - Intervenant : Et pourquoi vous le faites participer là ?

124 - Opérateur : Enfin je trouve ça important de les faire participer pour les soins euh pour l'autonomie euh etc.

125 - Intervenant : D'accord. Donc vous l'utilisez comme une ressource dans le travail.

126 - Opérateur : Bien oui par exemple quand je veux enlever une perfusion « est-ce-que vous pouvez me tenir la perfusion ? » enfin euh...

127 - Intervenant : D'accord.

128 - Opérateur : Enfin moi je trouve ça bien de faire participer les patients pendant leur soins.

129 - Intervenant : D'accord. Donc là le euh le plateau vous l'avez mis sur la table mais ça l'éloigne un peu de votre site de soin.

130 - Opérateur : Oui mais j'ai pas d'autres possibilités.

131 - Intervenant : Vous pouvez pas le mettre sur euh le champ stérile ?

132 - Opérateur : Eh bien non en fait le dessous n'est pas stérile.

133 - Intervenant : Ah oui.

134 - Opérateur : Donc je peux pas le poser sur mon champ stérile.

135 - Intervenant : D'accord.

136 - Opérateur : Sinon je stérilise tout donc euh.

137 - Intervenant : D'accord.

138 - Opérateur : Sur le rebord là j'ai ma poubelle qui est juste à côté-là c'est pareil je ne peux pas.

139 - Intervenant : Oui, oui.

140 - Opérateur : Si le chariot il était grand comme ça et que j'aurais eu un petit truc-là qui remonte sur le côté j'aurais pu poser à côté mais euh.

141 - Intervenant : D'accord.

142 - Opérateur : Le matériel fait que là je ne peux pas.

143 - Intervenant : D'accord. D'avoir un chariot plus grand c'est embêtant parce qu'il ne passe pas sur le côté ?

144 - Opérateur : Bé à ce moment-là vous voyez les petits chariots qu'on a !

145 - Intervenant : Oui.

146 - Opérateur : Bé un chariot comme ça pour mettre mon matériel ça me suffit et en fait avoir un truc qui se euh clips sur le côté ça existe.

147 - Intervenant : D'accord.

148 - Opérateur : Donc là du coup j'ai ouvert mon chariot je me suis relavé les mains et j'enfile mes gants stériles et après en fait je vais organiser tout mon champ.

149 - Intervenant : D'accord.

150 - Opérateur : De mettre toutes mes compresses sèches avec mes compresses sèches tous mes outils d'un côté enfin.

151 - Intervenant : D'accord.

152 - Opérateur : Je regroupe tout pour que ça soit ordonné.

153 - Intervenant : D'accord. Vous avez combien de types de plateaux ?

154 - Opérateur : Il y en a 2.

155 - Intervenant : 2.

156 - Opérateur : Vous avez les plateaux simples et les plateaux chirurgicaux.

157 - Intervenant : D'accord.

158 - Opérateur : Oui il y en a euh.

159 - Intervenant : C'est plus complet.

160 - Opérateur : Ouais vous avez enfin les médecins ils en ont car justement quand il y a un abcès de paroi on doit ouvrir donc en fait on fait glisser euh.

161 - Intervenant : D'accord.

162 - Opérateur : Je ne sais pas comment ça s'appelle d'ailleurs euh il y a une tige toute plate.

163 - Intervenant : Oui.

164 - Opérateur : En fait, c'est légèrement incurvé juste comme ça à l'intérieur.

165 - Intervenant : D'accord.

166 - Opérateur : Qu'on fait glisser sous la cicatrice et on peut euh...

167 - Intervenant : D'accord.

168 - Opérateur : Donc là vous voyez j'ai tout rangé.

169 - Intervenant : Vous avez tout rangé.

170 - Opérateur : Là je prépare ma seringue puisque là j'ai mes 2 mains qui sont stériles.

171 - Intervenant : Ah oui.

172 - Opérateur : Donc c'est pour ça que je prépare tout avant. Et du coup j'ai utilisé des cathlons de perfusion pour réaliser l'irrigation.

173 - Intervenant : D'accord.

174 - Opérateur : Donc là voilà je préviens le patient que ça va être froid qu'il soit pas surpris.

175 - Intervenant : Oui.

176 - Opérateur : Et en même temps je euh.

177 - Intervenant : Alors là vous introduisez euh.

178 - Opérateur : Le cathlon de la perfusion à l'intérieur.

179 - Intervenant : Vous appelez ça un cathlon c'est ça ?

180 - Opérateur : Ouais.

181 - Intervenant : D'accord.

182 - Opérateur : Ou un cathéter comme vous.

183 - Intervenant : Oui cathéter d'accord.

184 - Opérateur : Et en fait je regarde à l'intérieur la profondeur.

185 - Intervenant : D'accord.

186 - Opérateur : Dans le chemin pour voir euh où est-ce que s'est fermé sur les côtés.

187 - Intervenant : D'accord.

188 - Opérateur : Pour voir à quel niveau je dois irriguer.

189 - Intervenant : D'accord.

190 - Opérateur : Et pour voir l'évolution par rapport aux anciens pansements.

191 - Intervenant : D'accord.

192 - Opérateur : Si ça se referme euh ou si ça s'agrandit.

193 - Intervenant : D'accord.

194 - Opérateur : Donc là j'ai fini ma première et je reprends du coup une compresse pour désadapter mon cathlon pour pas stériliser.

195 - Intervenant : D'accord.

196 - Opérateur : Hop je re-aspire. J'aurais pu prendre une seringue plus grosse ça aurait été plus pratique ça m'aurait évité des allers et retours.

197 - Intervenant : D'accord vous en avez des plus grosses dans le service ?

198 - Opérateur : Oui, oui. Là j'avais pris une seringue de 20 mais on a des seringues de 50.

199 - Intervenant : D'accord.

200 - Opérateur : Après c'est vrai que c'était la première fois que je faisais le pansement donc du coup je ne savais pas à quoi m'attendre.

201 - Intervenant : Oui.

202 - Opérateur : Donc j'avais pris une de 20 donc en même temps j'aurais pu en prendre une plus grosse. Donc là voilà hop je réintroduit.

203 - Intervenant : Vous réintroduisez oui.

204 - Opérateur : Et j'injecte euh assez enfin pas fort non plus euh voilà.

205 - Intervenant : Une petite pression.

206 - Opérateur : Avec une petite pression pour pouvoir décoller si jamais euh.

207 - Intervenant : D'accord.

208 - Opérateur : Des petites cochonneries qui sont restées à l'intérieur.

209 - Intervenant : D'accord. Et donc le produit après il s'évacue comment ?

210 - Opérateur : En fait il va recoulé euh.

211 - Intervenant : Donc vous allez réintroduire une mèche ?

212 - Opérateur : Tout à fait.

213 - Intervenant : Et c'est la mèche qui va récupérer le euh produit que vous avez euh.

214 - Opérateur : Alors le produit que j'injecte il va ressortir en fait, je vais le récupérer sur la compresses.

215 - Intervenant : D'accord.

216 - Opérateur : C'est pour ça que je mets un tas de compresses car du coup ça coule tout de suite.

217 - Intervenant : D'accord ok.

218 - Opérateur : Euh donc voilà euh et après si jamais il reste un peu de liquide la mèche déformée va pouvoir aider à euh drainer en fait les sérosités qui peuvent rester.

219 - Intervenant : Ah oui.

220 - Opérateur : Les cochonneries euh le liquide je sais pas si vous avez déjà vu ils font des tests avec les mèches vous mettez dans un verre et vous la laissez tomber et en fait on voit que le liquide il recoule.

221 - Intervenant : D'accord.

222 - Opérateur : Comme ça.

223 - Intervenant : Alors là vous êtes à la troisième.

224 - Opérateur : Oui en fait je fais ça à tant que ça devienne propre.

225 - Intervenant : D'accord. Donc ça vous le voyais quand le liquide coule sur votre compresse.

226 - Opérateur : Là c'est légèrement hématique, je surveille à chaque fois.

227 - Intervenant : D'accord.

228 - Opérateur : Alors là on voit que c'est légèrement séreux enfin même pas séreux c'est légèrement hématique alors après le fait d'introduire un cathlon ça peut être un peu traumatique.

229 - Intervenant : Oui c'est ce que j'ai vu.

230 - Opérateur : Mais euh voilà en fait après j'appuie sur la cicatrice pour pouvoir.

231 - Intervenant : Pour faire couler le euh.

232 - Opérateur : Vérifier s'il y a encore des cochonneries.

233 - Intervenant : D'accord.

234 - Opérateur : Je demande s'il a mal ou pas parce que le fait d'appuyer ça peut faire un peu mal.

235 - Intervenant : D'accord.

236 - Opérateur : Parce que là il n'y a plus de cochonnerie c'est juste hématique.

237 - Intervenant : Oui, oui.

238 - Opérateur : Alors quand je suis concentrée je parle pas beaucoup (rire).

239 - Intervenant : Oui alors du coup, là vous avez arrêté de parler.

240 - Opérateur : Oui quand je suis concentrée oui (rire) après je leur dit des fois je suis désolée c'est pas que je veux pas vous parler mais euh (rire) je me concentre à faire mon truc pour pas faire de bêtises.

241 - Intervenant : Et donc le cathéter il est souple c'est quelque chose de euh de souple ?

242 - Opérateur : Oui tout à fait.

243 - Intervenant : D'accord.

244 - Opérateur : C'est les cathéters de perfusions.

245 - Intervenant : D'accord.

246 - Opérateur : Qu'on utilise du coup pour ça.

247 - Intervenant : D'accord ok.

248 - Opérateur : Après dans l'ancienne expérience que j'ai eue on pouvait utiliser des sondes urinaires pour femme, des sondes évacuatrice.

249 - Intervenant : D'accord.

250 - Opérateur : Qui vont être beaucoup plus longues, pareil qui sont rigides.

251 - Intervenant : D'accord.

252 - Opérateur : On peut aussi utiliser ça selon les habitudes depuis que je suis là les filles m'ont montré comme ça donc je faisais avec ça. Et du coup voilà après j'utilise les 2 côtés de ma compresse comme ça je fais chaque côtés de la cicatrice.

253 - Intervenant : D'accord.

254 - Opérateur : Je fais pas le nettoyage avant, je fais toujours le nettoyage après la rinçure.

255 - Intervenant : D'accord.

256 - Opérateur : Parce que si jamais il y a des projections sinon ça sert à rien.

257 - Intervenant : D'accord, d'accord.

258 - Opérateur : Donc je fais l'extérieur puis l'intérieur de la cicatrice. Donc des fois il y a des petites croûtes qui se décollent.

259 - Intervenant : Donc là du coup comme vous en êtes en gants stériles vous n'utilisez pas les pinces ? C'est ce que vous disiez tout à l'heure.

260 - Opérateur : Après euh je fais euh je, je, j'aurais pu vu que j'ai ouvert un plateau j'aurais pu éventuellement.

261 - Intervenant : D'accord.

262 - Opérateur : Et bien là dans mon cas je n'avais pas l'utilité j'avais des gants stériles.

263 - Intervenant : Et vous êtes plus à l'aise avec les gants ou avec les pinces ?

264 - Opérateur : Moi personnellement avec les gants.

265 - Intervenant : Avec les gants d'accord.

266 - Opérateur : Oui.

267 - Intervenant : Il y a plus de dextérité du coup ?

268 - Opérateur : Personnellement moi je trouve que j'ai plus de dextérité. Bon après je sais utiliser les pinces il n'y a pas de soucis.

269 - Intervenant : D'accord.

270 - Opérateur : Mais quand vous avez des fils etc. pour nettoyer je trouve pour moi j'y arrive moins bien.

271 - Intervenant : D'accord vous pouvez choisir la méthode qui euh...

272 - Opérateur : Voilà j'ai les 2 possibilités au sein du service donc j'adapte celle qui est la mieux pour moi.

273 - Intervenant : Oui.

274 - Opérateur : Voilà donc là je fais aussi l'éducation auprès du patient.

275 - Intervenant : Oui en même temps.

276 - Opérateur : Pour les consignes de sortie par rapport à sa cicatrice. Parce que des fois ils n'ont pas tout de suite les questions qui viennent donc c'est important de leur dire pas trop tard.

277 - Intervenant : Oui, oui.

278 - Opérateur : Pour que les questions puissent venir après pour qu'ils fassent pas de bêtises à la maison s'ils posent pas des questions. Et je finis par un coup de Bétadine dermique.

279 - Intervenant : D'accord.

280 - Opérateur : Ici en général enfin, même partout d'ailleurs, les cicatrices viscérales on les laisse à l'air.

281 - Intervenant : Oui.

282 - Opérateur : Au bout de J2 enfin au premier pansement.

283 - Intervenant : D'accord.

284 - Opérateur : Il y a pas besoin alors là sauf dans son cas puisqu'il y a un abcès de paroi mais voilà enfin contrairement à l'orthopédie où vu qu'il y a une pose de matériel, il faut un pansement.

285 - Intervenant : D'accord. Alors là c'est la fameuse mèche qu'on laisse dans la chambre.

286 - Opérateur : Tout à fait.

287 - Intervenant : De 5 mètres.

288 - Opérateur : Voilà.

289 - Intervenant : Ils ont coupé combien de centimètres.

290 - Opérateur : Comment ?

291 - Intervenant : Vous en coupé combien de centimètres là ?

292 - Opérateur : Enfin je coupe le début parce que je sais pas enfin par rapport à mon ancienne collègue comment elle l'a refermée.

293 - Intervenant : Ah oui.

294 - Opérateur : Du coup je coupe 10 centimètres pour pouvoir récupérer et après mettre euh.

295 - Intervenant : D'accord.

296 - Opérateur : Et du coup j'utilise une pince pour pouvoir parce que je suis droitier. Du coup c'est la main droite qui va mettre au niveau du patient et avec la main gauche en fait je vais tenir la mèche.

297 - Intervenant : La maintenir d'accord.

298 - Opérateur : Pour pas que ça touche quoi que ce soit.

299 - Intervenant : D'accord. Et là vous en mettez combien de longueur ?

300 - Opérateur : Euh bé je sais pas juste à tant que je puise plus (rire).

301 - Intervenant : (rire) d'accord.

302 - Intervenant : Il n'y a pas de longueur définie à l'avance ?

303 - Opérateur : Non du tout parce qu'en fait tout dépend de la longueur de la cavité.

304 - Intervenant : D'accord.

305 - Opérateur : Après je sais qu'il faut pas les tasser parce que si vous les tassaient il y a moins le pouvoir de drainage.

306 - Intervenant : Oui, oui, d'accord.

307 - Opérateur : Mais bon voilà après vous mettez euh.

308 - Intervenant : Donc ça on le sent au bout des doigts ça euh.

309 - Opérateur : Oui vous le sentez toute façon quand euh.

310 - Intervenant : Ca fait quoi ?

311 - Opérateur : Bé vous avez l'impression que euh bé comme si vous pouvez plus y aller en fait.

312 - Intervenant : Ca bute.

313 - Opérateur : Ouais après il faut pas forcer.

314 - Intervenant : D'accord.

315 - Opérateur : Si vous sentez que vous ne pouvez plus vous n'insistez pas euh voilà.

316 - Intervenant : D'accord.

317 - Opérateur : Donc là après euh faut pas non plus euh il faut il y aller doucement parce qu'il y a des patients ce monsieur là en l'occurrence il n'a pas eu mal mais des fois il y a des patients qui vont dire que ça pique.

318 - Intervenant : D'accord.

319 - Opérateur : Avec euh le produit donc faut vraiment s'adapter.

320 - Intervenant : D'accord.

321 - Opérateur : Tout dépend de la taille de l'orifice. Je me rappelle des fois j'ai dû mécher des pustule..., vous savez c'est des abcès au niveau de la raie des fesses.

322 - Intervenant : D'accord.

323 - Opérateur : Des fois les chirurgiens enfin ils ont de tout petit orifice euh mais avec une cavité qui était énorme derrière mais qui passait les mèches.

324 - Intervenant : Ah oui.

325 - Opérateur : En plus c'est long ça fait mal et puis après il faut adapter les antidouleurs en fonction.

326 - Intervenant : Donc ça vous le faites 1 fois par jour ce soin-là.

327 - Opérateur : Ce soin là c'est une fois par jour sauf si on voit que le pansement il est saturé on va le signaler au médecin qui peut nous demander de le faire 2 fois par jour.

328 - Intervenant : D'accord.

329 - Opérateur : On a une patiente c'était le cas c'était vraiment sale ou il fallait le faire 2 fois... Donc là je suis en train de mettre la mèche tout doucement alors ça pique un peu alors hop.

330 - Intervenant : Oui.

331 - Opérateur : J'attends (rire).

332 - Intervenant : (rire) alors vous regardez bien le patient vous êtes attentive à...

333 - Opérateur : Au niveau du faciès des fois ils vont pas nous dire qu'ils ont mal mais bon on le voit au niveau du faciès ils sont crispés.

334 - Intervenant : D'accord. Alors ça vous le faites avec le matériel du plateau simple ça ?

335 - Opérateur : Le matériel du plateau simple, tout à fait.

336 - Intervenant : Vous avez tout ce qui faut dedans pour euh.

337 - Opérateur : Tout à fait. Vous avez des compresses, une pince cochère et du coup je sais pas comment ça s'appelle comme une pince à épiler.

338 - Intervenant : D'accord.

339 - Opérateur : En plus dedans donc du coup euh oui il y a que ces pinces-là et un ciseau. Donc là j'ai fini le soin donc du coup je coupe la mèche en laissant à peu près 5 centimètres sortir parce qu'il faut qu'on puisse récupérer la mèche après.

340 - Intervenant : D'accord. Et pas aller la chercher au fond.

341 - Opérateur : Des fois quand on met plusieurs mèches il faut bien laisser ressortir chaque mèches euh.

342 - Intervenant : D'accord.

343 - Opérateur : Qu'on puisse les récupérer, que ça reste pas coincé à l'intérieur et du coup j'utilise euh je mets des compresses en plus sous le pansement puisque vu que c'est quand même un soin euh j'ai irrigué pour éviter que le pansement soit trop taché je mets un renfort en plus et un pansement sec. Voilà et du coup, là je jette tous mes, euh tout ce qui objets coupants, tranchants et en plus j'ai oublié (rire).

344 - Intervenant : Ah oui la boîte euh c'est vrai je m'en rappelle.

345 - Opérateur : J'ai oublié le OPCT pour jeter les objets coupants, tranchants comme je l'ai en bas de mon chariot c'est pas bien (rire).

346 - Intervenant : Souvent vous oubliez ou euh ?

347 - Opérateur : Non en fait c'est que je l'ai jetée juste avant.

348 - Intervenant : D'accord.

349 - Opérateur : De faire le soin parce qu'elle était pleine donc je l'ai jetée.

350 - Intervenant : Oui, oui.

351 - Opérateur : Dans la précipitation euh (rire), en plus si je parle politique en plus (rire).

352 - Intervenant : (rire).

353 - Opérateur : Alors il dit qu'il est allergique à l'odeur des pansements.

354 - Intervenant : Alors là vous avez recouvert que la moitié de la cicatrice ?

355 - Opérateur : Oui il n'y a pas besoin parce que le reste est bien fermé.

356 - Intervenant : D'accord.

357 - Opérateur : C'est juste sur la partie qui est ouverte que euh...

358 - Intervenant : D'accord. C'est juste pour là où il y a la mèche ? D'accord.

359 - Opérateur : Qui est méché tout à fait. Ça devait être une DPC car je vois qu'il y avait un autre pansement en bas donc il y avait eu un orifice de lame.

360 - Intervenant : Ah oui d'accord.

361 - Opérateur : Donc là je lui explique parce que là j'avais pas mis les euh je lui laisse les tégaderm pour protéger si besoin parce qu'il me disait qu'il était allergique enfin à l'odeur.

362 - Intervenant : Oui c'est ce qu'il disait.

363 - Opérateur : Ouais.

364 - Intervenant : C'est bizarre.

365 - Opérateur : Mais après il n'y avait pas de réaction cutanée euh.

366 - Intervenant : C'était juste un dérangement.

367 - Opérateur : Il n'y avait rien euh une gêne. Je lui laisse au cas où si jamais il en a besoin.

368 - Intervenant : Donc là vous prenez dans votre poche le marqueur.

369 - Opérateur : Oui.

370 - Intervenant : Pour le pansement.

371 - Opérateur : Pour marquer les dates des pansements.

372 - Intervenant : D'accord.

373 - Opérateur : Pour savoir quand est-ce qu'ils sont refait et du coup je réinstalle.

375 - Intervenant : Et du coup le euh le marqueur il n'est pas stérile ?

376 - Opérateur : Non.

377 - Intervenant : C'est pas grave ?

378 - Opérateur : Bon après c'est le dessus donc c'est pas grave.

379 - Intervenant : D'accord.

380 - Opérateur : C'est l'intérieur en fait euh le plus important.

381 - Intervenant : D'accord ok.

382 - Opérateur : Là le dessus c'est pas grave. Parce qu'après le patient va remettre son tee-shirt dessus.

383 - Intervenant : Oui, oui.

384 - Opérateur : Alors là je lui explique pour l'infirmière à la maison. Après on a euh les filles elles ont créé euh une feuille justement pour les infirmières à domicile parce qu'on a souvent des retours des infirmières comme quoi elles ne savent pas comment faire euh avec le protocole etc.

385 - Intervenant : D'accord.

386 - Opérateur : Donc pour les patients qui ont soit des drains soit des abcès de paroi elles ont on fait une feuille pour expliquer comment il faut faire euh.

387 - Intervenant : D'accord.

388 - Opérateur : Et du coup je lui dis de partir avec sa mèche iodoformée parce que sinon on la jette.

389 - Intervenant : Ah d'accord.

390 - Opérateur : Ouais c'est un par patient et tout le matériel rentré dans une chambre est jeté euh.

391 - Intervenant : Ah oui.

392 - Opérateur : En sortant. C'est pour ça que je lui dis de repartir avec.

393 - Intervenant : Donc c'est pour ça que vous ne prenez pas trop de matériel en plus.

394 - Opérateur : Et bien ouais il faut éviter.

395 - Intervenant : Ok d'accord.

396 - Opérateur : Il faut éviter de trop rentrer dans les chambres.

397 - Intervenant : Ok vous avez d'autres choses à raconter sur ce que vous avez vu ?

398 - Opérateur : Je suis un peu longue (rire).

399 - Intervenant : Non pourquoi. Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?

400 - Opérateur : Parce que je discute trop et du coup euh je vois que je suis longue par rapport à mes soins.

401 - Intervenant : Oui mais en même temps vous travaillez quand même.

402 - Opérateur : Oui je travaille c'est sûr, c'est le soin relationnel c'est un travail enfin c'est un soin comme un autre.

403 - Intervenant : Oui, oui.

404 - Opérateur : Mais je sais qu'il faut que enfin que j'aïlle un peu plus vite parce que des fois je peux me mettre en difficulté.

405 - Intervenant : Ah oui ?

406 - Opérateur : Oui, donc il faut que je fasse attention, je sais qu'il faut que je travaille là-dessus, il faut que je fasse attention.

407 - Intervenant : D'accord. Donc à la fois vous êtes partagés de pas avoir assez de temps auprès du patient.

408 - Opérateur : Pas assez de temps ? Ouais c'est...et après quand on prend le temps on se dit j'ai pas assez de temps pour passer du temps avec le patient et euh.

409 - Opérateur : C'est compliqué euh enfin euh là dans ce cas-là j'avais 14 patients à charge sur ce secteur-là enfin je trouve que c'est beaucoup.

410 - Intervenant : Oui surtout si il y a des pansements sur chacun euh.

411 - Opérateur : Voilà et puis c'est enfin tout dépend la pathologie là c'est si on a beaucoup de DPC en même temps, les DPC c'est des surveillances qui sont quand même importantes donc si on veut vraiment euh si il y a des gens euh ouais, il faut euh il faudrait que j'aïlle un petit peu plus vite et parler moins politique euh (rire).

412 - Intervenant : (rire) ok euh il y a d'autre chose que vous voulez dire sur ce qu'on vient de discuter ?

413 - Opérateur : Et bé à part la faute d'hygiène enfin pas la faute d'hygiène, d'économie et aussi j'aurais pu me mettre en danger, j'aurais pu me piquer enfin bon j'avais d'aiguille mais bon c'est pas bien.

414 - Intervenant : A quel moment ah oui a euh.

415 - Opérateur : Non euh.

416 - Intervenant : Vous parlez de la boîte.

417 - Opérateur : Oui il faut faire attention enfin une fois quand j'étais jeune DE je me suis piquer euh c'est vraiment des choses qu'il faut faire attention et puis là c'est pas bien (rire) j'avais réussi à rattraper ça mais bon j'ai fait une petite erreur.

418 - Intervenant : D'accord.

419 - Opérateur : Mais euh enfin ça ne me choque pas enfin moi je suis plutôt contente de mon soin quand même.

420 - Intervenant : Ok.

421 - Opérateur : Vous avez vu des choses par rapport à ça ?

422 - Intervenant : Alors non pas du tout car je ne suis ni infirmier ni médecin.

423 - Opérateur : Non mais peut-être euh.

424 - Intervenant : Non, non, c'est euh moi ce qui m'intéresse c'est pourquoi vous faites les choses et comment vous les faites euh.

425 - Opérateur : Oui, oui.

426 - Intervenant : Voir si vous avez des leviers, des ressources dans votre travail qui permet de vous aider ou des freins c'est plutôt ça qui m'intéresse que de savoir si le geste est complètement technique ou pas puisque je n'ai aucune connaissance sur le domaine.

427 - Opérateur : D'accord.

428 - Intervenant : Pas de soucis sur ça (rire).

429 - Opérateur : D'accord.

430 - Intervenant : Très bien.

ANNEXE 7 - Autoconfrontation croisée – IDE de Chirurgie Colorectale et Pariétale

Code entretien	AC 1	
Service	Chirurgie Colorectale et Pariétale	
Support	Film d'une iléostomie avec irrigation	
Date de l'autoconfrontation	19/06/2019	

- 1 - Intervenant : Voilà, donc, donc dès que vous voulez faire un commentaire vous me le dites on stop la vidéo, on revient en arrière c'est voilà.
- 2 - Opérateur 1 : Qu'est-ce qu'on fait comme soin là ? Je sais pas des compresses avec du standing ! Ouais c'est difficile ! J'avais raison c'était une magnifique journée ensoleillé ma biche. Hein.
- 3 - Opérateur 1 : C'est une iléostomie avec irrigation.
- 4 - Intervenant : Vous disiez ?
- 5 - Opérateur 2 : Le patient regarde, c'est déjà bien.
- 6 - Intervenant : Ah oui pourquoi c'est bien ?
- 7 - Opérateur 2 : Parce que ça veut dire qu'il est déjà prêt à savoir ce qu'il lui arrive, il se sent concerné par ce qu'il lui arrive.
- 8 - Opérateur 3 : Il accepte son soin.
- 9 - Intervenant : et ce n'est pas toujours le cas ?
- 10 - Opérateur 2 : Non pas forcément. Il peut accepter mais s'intéresser. Ils sont souvent comme ça !
- 11 - Intervenant : Ah oui tête en l'air.
- 12 - Opérateur 2 : Regarder le plafond.
- 13 - Intervenant : Hum !
- 14 - Opérateur 2 : Comme la jeune fille que je vous parlais ce matin, elle avait les yeux fermés, ou alors quelque chose, ils prennent leur chemise d'opéré et la mettent devant les yeux.
- 15 - Intervenant : Ah oui carrément !
- 16 - Opérateur 2 : Oui !
- 17 - Intervenant : Régulièrement ça ou c'est...
- 18 - Opérateur 2 : Ben oui, oui. Ça dépend des patients.
- 19 - Intervenant : Ça dépend des patients. Et alors le fait qu'il regarde pour vous ça, ça a un sens ?
- 20 - Opérateur 2 : Ça a un sens qu'on va pouvoir lui proposer de manipuler de, soit décoller soit mettre en place l'appareillage, soit aujourd'hui, soit la prochaine fois.
- 21 - Intervenant : D'accord. Et pourquoi c'est important pour vous que le patient manipule justement ?
- 22 - Opérateur 2 : Parce qu'il faut qu'il soit autonome à la maison s'il y a des fuites l'infirmier il ne peut pas être là à la demande comme nous. Ils ne peuvent pas sonner pour qu'un soignant vienne donc il faut qu'il sache faire pour que s'il y a un problème à la maison...problème de support.....puisse refaire tout ça.
- 23 - Intervenant : D'accord, très bien. D'autres choses sur ce qu'on a vu maintenant ?
- 24 - Opérateur 2 : Ah et en plus il pose des questions donc c'est encore meilleur signe qu'on va pouvoir mettre en place l'éducation, c'est déjà le début de l'éducation d'ailleurs. Faut dire que Karine l'a d'entrée l'a houspillé donc il s'est dit j'ai intérêt à faire.
- 25 - Opérateur 1 : S'en occupe pas du tout, du tout, du tout.
- 26 - Opérateur 2 : Donc là il se dit houla faut que je sois fort.

27 - Opérateur 4 : Y a eu un déclic en tout cas.

28 - Opérateur 3 : Elle ne rigole pas elle, y a des fois en les houspillant, pas méchamment, c'est une patiente toute manière l'aide-soignante m'a un peu fâché mais enfin de compte ça a servi !

29 - Intervenant : Mais en fait au-delà de houspiller entre guillemets y un certain entrainement.

30 - Opérateur 3 : C'est inciter.

31 - Intervenant : Y a un certain entrainement en fait, une certaine motivation.

32 - Opérateur 3 : Oui.

33 - Intervenant : Qui passe par là.

34 - Opérateur 2 : Oui et sentir qu'on est derrière eux, d'accord, c'est de l'incitation, on essaie de convaincre finalement, on vend un peu notre produit comme les commerciaux.

35 - Intervenant : Oui. Et alors comment vous faite justement pour houspiller gentiment ?

36 - Opérateur 3 : On explique, chacun ses techniques.

37 - Intervenant : D'accord.

38 - Opérateur 2 : Ben nous on leur explique la fuite à gérer à la maison. Même si vous souhaitez qu'une infirmière vienne vous refaire vos soins tous les jours, il faut que vous sachiez faire vos soins si vous rencontrez une fuite la nuit !

39 - Intervenant : D'accord.

40 - Opérateur 2 : Et on leur dit tâchez le matelas et tout et voilà et tout de suite.

41 - Opérateur 3 : On essaie aussi de leur expliquer tous les bénéfices qu'ils ont à les faire eux même ! Parce que du coup ils peuvent organiser leurs journées comme ils veulent, ils peuvent changer la poche comme ils veulent. S'ils ont envie d'aller se baigner ils ont plus qu'à la changer derrière, enfin, ils sont beaucoup plus autonomes.

42 - Intervenant : D'accord.

43 - Opérateur 3 : Nous on leur vend l'autonomie et le confort au quotidien. Les bienfaits de l'autonomie.

44 - Intervenant : Et ça vous pouvez toujours le faire ? Donner ses arguments positifs ?

45 - Opérateur 2 : On le fait, on le donne à tout le monde et après, on sert aussi ils reçoivent, reçoivent pas nos arguments, certains n'en n'ont pas besoin mais ceux qui en ont besoin.

46 - Intervenant : D'accord donc ce qui pourrait vous empêcher, c'est la réaction ou l'état d'esprit de la personne face à vous.

47 - Opérateur 3 : Exactement.

48 - Intervenant : D'accord. Vous disiez Karine ?

49 - Opérateur 1 : Il a dit je n'ai jamais rien fait.

50 - Intervenant : Oui là je n'ai pas beaucoup de voix, je suis désolé.

51 - Opérateur 1 : Après on ne peut pas l'apprendre à l'éduquer mais ce sont des obligations à faire.

52 - Intervenant : Oui c'était un soin un petit peu plus compliqué que juste changer une poche.

53 - Opérateur 1 : Ouais. Oui je sais, les ciseaux aussi après vont y passer.

54 - Opérateur 2 : J'ai fait la même, j'ai fait pareil.

55 - Intervenant : Y a eu des réactions là ?

56 - Opérateur 1 : Faute d'hygiène.

57 - Intervenant : A laquelle ?

58 - Opérateur 1 : D'avoir trempé le produit.

59 - Opérateur 2 : Les gants quand on attrape le stylo ou les ciseaux...

60 - Opérateur 1 : Voilà, en fait il faut tout désinfecter quoi oui mais après.

61 - Intervenant : D'accord. Mais pourquoi on fait comme ça ?

62 - Opérateur 2 : Hein ?

63 - Intervenant : Pourquoi on fait ça comme ça ?

64 - Opérateur 3 : Pour gagner du temps, parce qu'il faudrait enlever les gants, mettre du gel hydroalcoolique, attraper le stylo.

65 - Intervenant : D'accord.

66 - Opérateur 3 : Remettre les gants.

- 67 - Opérateur 2 : Se relaver les mains, remettre les gants...
- 68 - Opérateur 3 : Non faudrait déjà que ton stylo et tes ciseaux soient sortis sur ton chariot.
- 69 - Opérateur 2 : Non faudrait limite pas que tu les utilises avec tes gants sales.
- 70 - Opérateur 3 : Ne faudrait surtout pas utiliser le stylo, faudra les désinfecter avant de rentrer dans la...
- 71 - Opérateur 4 : Même désinfecter là la mine est contaminée donc tu n'as même pas à utiliser ton marqueur pour des soins si tu vas jusqu'au bout c'est...
- 72 - Intervenant : Et vous vous l'utiliser ou pas le marqueur ?
- 73 - Opérateur 4 : Non parce que moi je fais des patrons autrement mais...
- 74 - Intervenant : Ah vous faites comment les patrons justement alors ?
- 75 - Opérateur 4 : Je les fais à l'œil mais ce n'est pas.
- 76 - Opérateur 1 : Moi aussi je fais les patrons à l'œil.
- 77 - Opérateur 5 : Bonsoir les filles, moi j'ai adapté mon soin ce matin, c'est la technique de chacun, d'habitude j'ai ça dans la poche.
- 78 - Intervenant : Ah oui.
- 79 - Opérateur 5 : Mais comme vous étiez là je ne l'ai pas sorti parce que c'était dans la poche alors je l'ai fait à l'œil car mon œil est très doué. C'est de la triche. Vous allez bien ?
- 80 - Intervenant : Très bien et vous ?
- 81 - Opérateur 5 : Ben oui, on va voir après peut-être moins. J'ai fait une erreur, deux erreurs alors je peux en faire une troisième. Après à priori c'est propre dans la poche.
- 82 - Intervenant : D'accord.
- 83 - Opérateur 3 : Ma technique à moi c'est que je découpe toujours plus petit que je pense je vérifie, je redécoupe, je vérifie jusqu'à ce que ce soit bon.
- 84 - Intervenant : D'accord.
- 85 - Opérateur : Ensuite on dit aux personnes...
- 86 - Opérateur 5 : Et là quoi tu as fait la technique du... ouais, c'est bien.
- 87 - Intervenant : Pourquoi c'est bien ?
- 88 - Opérateur 5 : Non mais c'est bien !
- 89 - Opérateur 1 : Je ne sais pas faire.
- 90 - Opérateur 5 : Mais c'est bien, chacun son truc.
- 91 - Opérateur 3 : Les gaz du sang moi je ne les fais pas donc.
- 92 - Opérateur 1 : Il faudrait un marqueur dans chaque chambre. Là je ne touche pas les patients avec le stylo !
- 93 - Opérateur 5 : Oui c'est le papier, c'est le calque ?
- 94 - Opérateur 2 : Oui quand est-ce qu'il va disparaître rapidement.
- 95 - Opérateur 3 : Elle dit qu'il faudrait un marqueur par chambre du coup.
- 96 - Opérateur 5 : Oui mais là elle prend le... Non elle ne touche pas le patient là ? C'est le calque, on ne touche pas le patient, sur le calque, c'est la compresse en fait. En fait, c'est comme ça qu'on apprend en stomathérapie en fait.
- 97 - Opérateur 3 : Quand t'as une stomie. En fait il faudrait que le stylo soit désinfecté, mis sur le chariot, utilise en fin de soin avant de sortir de la chambre, redésinfecter le stylo et se le mettre dans la poche.
- 98 - Intervenant : Donc deux manières de faire, à l'œil ou au stylo !
- 99 - Opérateur 2 : Pleins.
- 100 - Intervenant : Pleins d'autres manières, y a d'autres manières de faire ?
- 101 - Opérateur 3 : Y a ton gabarit là, y a le gabarit.
- 102 - Intervenant : Y a le gabarit d'accord ! Où est-ce que vous vous êtes procuré ces gabarits ? Ces les fournisseurs ?
- 103 - Opérateur 5 : En stomathérapie, ce sont des laboratoires qui les fournissent.
- 104 - Intervenant : D'accord, Ah oui bon d'accord.
- 105 - Opérateur 5 : Et comme c'est en plastique on peut les mettre à tremper ou le laver.

- 106 - Intervenant : D'accord, ok trois manières de faire, une manière de faire ?
- 107 - Opérateur 3 : On peut le faire avec le..., non je disais avec le... d'anciens gabarits ?
- 108 - Opérateur 4 : Mais s'il n'y en avait pas. Ouais. Moi y en a un qui fait le ménage le matin et qui les jette des fois.
- 109 - Opérateur 5 : « J'ai vu des papiers trainés », ok.
- 110 - Opérateur 6 : Et pourquoi chacune n'a pas un gabarit ?
- 111 - Opérateur 5 : Non c'est le patient, c'est chaque patient a un gabarit.
- 112 - Opérateur 2 : Mettons, aujourd'hui on a fait un soin, après je laisse à la patiente.
- 113 - Opérateur 6 : Oui non mais là on parlait du truc comme...
- 114 - Opérateur 5 : Non on parle du gabarit du patient du vrai gabarit du...
- 115 - Opérateur 2 : Chacun fait ça façon de faire parce ça c'est rond et des stomies rondes y en a une fois sur dix. Et que les gabarits, nous les stomathérapeutes on a milité anti-gabarit parce que pendant 15 jours 3 semaines la stomie a diminué de taille donc on fait un gabarit au bout de 3 semaines, on a ça de peau à l'air donc on lutte contre le gabarit.
- 116 - Opérateur 3 : Moi souvent je laisse quand même...
- 117 - Opérateur 5 : Moi le patient je lui dis de... moi ce que je lui dis c'est que à la maison il fait son coup de marqueur il, il le fait il fait la première découpe au plus petit que son coup de marqueur il réévalue et il voit s'il doit couper un peu plus voilà et c'est comme ça de toute façon.
- 118 - Opérateur 3 : C'est un minimum ça marche pour les autonomes, parce qu'après quand c'est des infirmières à domicile on rentre dans une autre problématique.
- 119 - Opérateur 5 : Ah tout à fait, mais ça oui mais les infirmières à domicile tout est gabarit pas gabarit il y a toujours les pas toujours des problèmes mais y a beaucoup de problème et donc en même temps qu'on laisse ou qu'on ne laisse pas.
- 120 - Intervenant : Et donc dans votre pratique tous les jours vous choisissez toujours la même technique ou vous passez...
- 121 - Opérateur 2 : Oui c'est là où on est à l'aise.
- 122 - Intervenant : La où vous êtes à l'aise.
- 123 - Opérateur 2 : Je pense que chacun pareil comme nous quand on fait des repérages on chacune notre façon de faire aussi là ou est à l'aise.
- 124 - Intervenant : D'accord est ce que les médecins chirurgiens ont vous font des commentaires justement sur ces choix de techniques ou que ça n'intéresse pas plus que ça...
- 125 - Opérateur 2 : Ben non parce que la finalité est la même.
- 126 - Intervenant : D'accord.
- 127 - Opérateur 2 : La finalité est la même.
- 128 - Intervenant : D'accord.
- 129 - Opérateur 5 : Donc ils s'en foutent presque mais bon le résultat est positif.
- 130 - Intervenant : Donc pour avoir un bon résultat, c'est quoi, c'est quoi une stomie bien posée, une poche bien posée c'est quoi ? Vos critères de qualité de performance ?
- 131 - Opérateur 3 : Qui colle pendant un temps sans qu'il y est de fuite, il faut que la gomme soit à un maximum 2 millimètres de la marge de la stomie, 3 millimètres c'est mieux ça paraît tout petit mais en fait c'est énorme en visuel.
- 132 - Intervenant : D'accord.
- 133 - Opérateur 2 : Une peau saine garder une peau saine en dessous.
- 134 - Intervenant : Une peau saine en dessous d'accord et éviter les fuites pour le confort du patient.
- 135 - Opérateur 5 : C'est le nerf de la guerre si la peau péristomiale est... essayer de garder la peau autour de la stomie ça va déterminer les fuites, ça va déterminer sa qualité de vie, ça va déterminer, ça va tout déterminer en fait la confiance au niveau psychologique tout.
- 136 - Intervenant : Ok.
- 137 - Opérateur 1 : Bon ça s'est fait, y en a d'autres.
- 138 - Intervenant : Là vous réagissez parce que vous mettez le stylo dans la poche c'est ça ?
- 139 - Opérateur 1 : Oui du coup, va y avoir le ciseau dans deux secondes.

140 - Opérateur 3 : Ah mais j'avais perdu, moi aussi je le fais je pense.

141 - Opérateur 5 : Non on le voit nous-même, c'est ça qui est rigolo !

142 - Opérateur 3 : Moi pendant tout le soin je dis oh non, pardon.

143 - Intervenant : Non mais....

144 - Opérateur 5 : Du coup je ne suis pas arrivée au début au niveau de juste au niveau de l'appareillage de tout c'était son choix c'était ton fait choisir je ne sais pas c'était juste ?

145 - Opérateur 1 : Non euh... Il avait déjà ça et j'ai laissé deux pièges pas stérilisés des sondes d'irrigations à faire tous les jours. Je n'ai pas pu poser le tube, je n'ai pas souvenir.

146 - Opérateur 5 : Non mais. D'accord. Non parce que oui du coup les irrigations, les irrigations par corticoïde par la sigmoïde. Oui. D'accord ok. Et après il partait.

147 - Intervenant : On peut faire différemment ?

148 - Opérateur 3 : Moi perso je ne fais jamais pareil ! Moi je avec une sonde de Foley. Je fais j'y vais souvent avec la sonde de gavage et l'embout et le col. Foley ou gavage.

149 - Opérateur 4 : Je fais Foley souvent.

150 - Opérateur 3 : Moi gavage.

151 - Intervenant : Vous c'était quoi ?

152 - Opérateur 5 : Un cathé !

153 - Intervenant : Un quoi pardon ?

154 - Opérateur 5 : La seringue de gavage, tu l'intègres directement dans la sto ?

155 - Opérateur 1 : Oui c'est assez rigide c'est pour ça. Comme pour les perfusions.

156 - Intervenant : Ah oui d'accord.

157 - Opérateur 2 : Bon après, moi je ne le ferai pas dans avec une sonde de gavage par rapport à la rigidité, j'aurais peur de lui faire mal. D'accord.

158 - Opérateur 5 : Parce que la sonde tu la lubrifies un peu.

159 - Opérateur 1 : Pas chez tout le monde.

160 - Intervenant : Est-ce que vous avez un protocole sur cette... ?

161 - Opérateur 1 : Non.

162 - Intervenant : Et donc il n'y a pas de protocole précis écrit sur la manière de faire. Donc là c'est vous qui aviez inventé votre ?

163 - Opérateur 2 : Oui, quel est le plus pratique parce qu'il n'y a pas de y a aucun matériel adapté.

164 - Opérateur 3 : Oh si le cône on est très bien.

165 - Opérateur 4 : Si le cône est très bien, oui c'est vrai le cône.

166 - Intervenant : Y a pas de matériel dédié vous voulez dire ? Qui a été conçu pour ça !

167 - Opérateur 3 : Oui, oui le cône faut réussir à rentrer le bout quoi. Voilà c'est pour ça quand il y a des mini. Après il y a du matériel adapté mais qui parfois ne peut pas être...

168 - Opérateur 5 : Moi le cône tu vois les deux premiers jours j'aurais peur par rapport à la pression, la pression sur la stomie en fait par rapport aux points.

169 - Opérateur 3 : La Foley tu la maintiens. Tout en sachant qu'on refuse, que je refuse de poser les Foley sur les stomies...

170 - Intervenant : Donc le choix, la liberté de choisir euh... Donc là aussi vous pouvez choisir différentes manières de faire suivant le patient ou vous êtes sur votre système habituel, comment vous fonctionnez ?

171 - Opérateur 5 : C'est toujours la même chose, ça été toujours la même chose donc après...

172 - Intervenant : Et la Karine si vous aviez pu faire différemment vous auriez fait comment ?

173 - Opérateur 1 : La sonde Foley.

174 - Intervenant : La sonde Foley.

175 - Opérateur 3 : Tout dépend de l'orifice aussi...

176 - Intervenant : D'accord.

177 - Opérateur 5 : Ça m'est arrivée une fois avec le caton parce que la sigmoïde elle était dégueulasse et enfoncée au fond d'un précipice. Donc là oui on y va tout doux et tout petit.

178 - Intervenant : Vous disiez ?

179 - Opérateur 3 : Non cette patiente je l'ai vu pour son deuxième temps chirurgical la sigmoïde elle avait cicatrisé elle avait un tout petit opercule à la surface.

180 - Opérateur 2 : Des fois tu peux même plus faire les irrigues. Tu avais l'opercule tout riquiqui et la sigmoïde...

181 - Intervenant : Alors justement quand on peut plus comment on fait ?

182 - Opérateur 5 : On fait plus, on fait plus.

183 - Opérateur 3 : Par en bas, par voies basses. C'est le segment qui est relié par la voie basse.

184 - Intervenant : D'accord.

185 - Opérateur 5 : Donc là... C'est une Foley. On est toutes d'accord, j'espère.

186 - Opérateur 2 : Si parce la petite jeune, l'ado qui se faisait, on avait une patiente qui se les faisait toute seule et c'était une petite sonde aussi.

187 - Opérateur 3 : La première fois que je l'ai fait c'est quand toi t'es venue me voir pour dire que bon... je me rappelle très bien.

188 - Intervenant : C'est quoi le problème ?

189 - Opérateur 3 : Ça bouge, il parle, il parle tout le temps.

190 - Intervenant : Il parle, il parle beaucoup.

191 - Opérateur 3 : Il parle beaucoup, du coup il a son ventre qui bouge beaucoup et en d'un autre côté c'est super qu'il parle parce que ça veut dire qu'il est complètement investi dans le soin donc, c'est très bien qu'il parle qu'il profite mais faut pouvoir le soigner aussi.

192 - Opérateur 5 : Là ce n'est pas pratique.

193 - Intervenant : Donc là...

194 - Opérateur 3 : Karine elle essaye de viser le...

195 - Intervenant : Là Karine vous ne parlez pas là du coup vous ?

196 - Opérateur : Je me concentre.

197 - Intervenant : Vous vous concentrez.

198 - Opérateur 5 : Là faut viser vous savez.

199 - Intervenant : D'accord.

200 - Opérateur 1 : C'est ça faut le chercher déjà faut le trouver. Ça y est. Gros moment de solitude

201 - Intervenant : Alors pourquoi moment de solitude ?

202 - Opérateur 1 : Parce que c'est le seul soin qui devait être fait tous les jours et qui n'a jamais été fait.

203 - Intervenant : Qui n'a jamais été fait...

204 - Opérateur 3 : C'est la première fois qu'on lui faisait ?

205 - Opérateur 1 : Des soins à faire tous les jours mais on lui faisait.

206 - Intervenant : Et comment c'est possible, pourquoi ça ?

207 - Opérateur 1 : Je pense qu'il y avait nouvelles, des nouvelles infirmières entrées à l'hôpital et...

208 - Opérateur 3 : Souvent l'irrigation en plus elle est prescrite comme un médicament on prescrit les 40 mg et 20 mg de Solupred et dans le mémo s'est inscrit l'irrigation, y le mémo et ils ne lisent pas le mémo.

209 - Intervenant : D'accord. Ce que vous voulez dire c'est que la prescription elle n'est pas toujours très visible ?

210 - Opérateur 3 : Y a pas vraiment de prescription pour l'irrigation avec des médicaments.

211 - Opérateur 4 : Je ne sais pas si sous le Vidal il est dit qu'à un moment donné ça peut être instillé par voie orale.

212 - Opérateur 5 : Y a pas le même, c'est sûr qu'il n'y a pas la même.

213 - Intervenant : Donc c'est une pratique locale ?

214 - Opérateur 2 : C'est une pratique locale borderline qui fonctionne très bien mais c'est très borderline et du coup c'est spécifique comme tout ce qui est spécifique quand on n'a pas été formé.

215 - Opérateur 5 : Et le problème est qu'on n'est pas toutes allées sur le plan de soin s'il y a un commentaire aller cliquer sur le commentaire. Moi d'office j'y vais parce que bon après y a des choses qu'on sait pertinemment qu'on sait pertinemment que pour certains médicaments, pour certains

médicaments quand il y a un commentaire ça va être ça, ça, ça qui va être indiqué sur le commentaire mais c'est vrai. Plus la pathologie du patient, plus la pathologie du patient mais c'est vrai quand on met de jeunes infirmières qui n'ont pas forcément, ça c'est sûr que ça passe à l'as, c'est déjà arrivé oui. Moi on me la déjà fait ou le mettre IV fois deux IV parce que du coup comme il y avait deux prescriptions à deux heures différentes du coup on le fait fois deux mais voilà.

216 - Opérateur 1 : Ces indications qui n'étaient pas marquées sur les bulles et du coup j'ai rajouté.

217 - Intervenant : D'accord.

218 - Opérateur 5 : Oui voilà, donc l'intérêt de bien le rajouter sur les bulles pour que tout le monde soit au courant.

219 - Intervenant : D'accord, donc ça vous le savait par expérience ?

220 - Opérateur 5 : Oui c'est surtout nous ben voilà nous même si l'interne il ne le prescrit pas et ce n'est pas pensé en post-op on y pense aussi rapidement parce que...

221 - Opérateur 2 : De par votre expérience !

222 - Opérateur 4 : Oui voilà. Par exemple Anaïs qui vient juste d'arriver elle saura pas ! C'est comme nous si on va dans un autre service on ne saura pas.

223 - Opérateur 5 : Tout à fait.

224 - Intervenant : Alors comment on fait pour qu'elle puisse le savoir justement ?

225 - Opérateur 3 : Hein ? Quand ça arrive on lui dit !

226 - Intervenant : Comment on fait pour qu'elle puisse savoir qu'on fait comme ça à la nouvelle qui arrive ?

227 - Opérateur 3 : Faut lui montrer. Quand on y pense parce que le cas se présente dans un service à ce moment-là on lui tient l'inquiète pas.

228 - Opérateur 4 : Ou alors tout simplement quelqu'un qui vient d'arriver et qu'elle vient nous demander j'ai ça de prescrit comment je...

229 - Intervenant : D'accord.

230 - Opérateur 5 : L'autre jour on m'a posé la question juste par rapport à Saint-André comment on faisait quand on était jeune et en fait si après j'ai trouvé la solution...

231 - Opérateur 4 : C'est démerde toi.

232 - Opérateur 5 : Non, c'est pas démerde toi c'est surtout...

233 - Opérateur 4 : Moi c'est ce qu'on m'a répondu la première fois...

234 - Opérateur 5 : Oui après tout dépend les personnes avec qui t'étais, mais c'était souvent en fait, euh, on était deux à faire les transmissions donc pendant les transmissions on avait l'autre personne qui écoutait aussi les patients donc en fait quand l'infirmière expérimenté elle écoutait telle et telle chose, et parfois y a des choses qui l'interpellaient, et en fait les questions y avait des questions que nous en tant que jeunes infirmières on aurait ça nous serait pas venu à l'esprit par contre l'autre elle disait mais pourquoi t'a pas fait ça, ça, mais il falloir faire ça et donc du coup nous on les notes et c'est instinctif et après on en parler. Que là maintenant comme on est complètement cloisonnées on ne connaît pas les patients et on ne peut pas apporter notre expérience à l'autre infirmière qu'on a en binôme. Si elle ne vient pas nous solliciter on ne connaît pas ses patients.

235 - Intervenant : Pourquoi vous êtes cloisonnées ?

236 - Opérateur : Mais parce on ne peut pas avec 24 patients mais on ne peut pas avec 24 patients alors qu'avant il y en avait que 14 et qu'elles étaient deux pour 14 et maintenant deux pour 24.

237 - Intervenant : Ah d'accord.

238 - Opérateur 5 : Donc si on ne peut pas faire, on peut pas assister au deux transmissions parce que ça veut dire que ça fait une heure de transmission donc là c'est impossible.

239 - Opérateur 1 : Un de moins.

240 - Intervenant : Et pourquoi plus là cette fois-ci ?

241 - Opérateur 3 : Vous étiez là, elle a le stress.

242 - Intervenant : Et tout le monde en mets ? C'est du Cavilon ?

243 - Opérateur 3 : Non, non c'est si y a des rougeurs.

244 - Intervenant : Ah d'accord. Et ça vous l'utilisez toutes ?

245 - Opérateur 2 : S'il y a des rougeurs !

246 - Intervenant : Ah vous mettez des gants ?

247 - Opérateur 1 : Non mais parce que ...

248 - Opérateur 4 : Moi les renforts je les enlève une fois que j'ai mis la poche. Oui moi aussi. Surtout pour les iléos ? Fini l'appareillage et la ça va commencer à piquer. Mais c'est surtout que j'ai très peur de prendre une giclée de...

249 - Opérateur 1 : Par expérience. Tu peux même mettre la poche avant, des fois ça m'arrive quand je nettoie et tout, je mets la poche d'abords et après je nettoie.

250 - Opérateur 5 : Un moment de grande débâcle. Sinon tu peux mettre une compresse. Sinon les iléos c'est plutôt quand t'a confiance que...

251 - Opérateur 3 : Tu peux mettre une compresse dessus et enlever tes renforts quand même assez rapidement pour être sûre que ça tienne bien, moi j'aime bien mettre le support dans le bain.

252 - Opérateur 4 : Bien appuyer avant de mettre la poche.

253 - Intervenant : Ok, donc en fait ce que vous pouvez faire ?

254 - Opérateur 5 : Par expérience si tu dois avoir une giclée t'aura une giclée de toute façon quoique tu fasses.

255 - Opérateur 4 : Oui mais je préfère l'avoir avec des gants.

256 - Opérateur 5 : Ouais voilà, je ne suis pas collé à..., c'est tout à ton honneur parce que je ne sais pas coller à..., je ne sais pas coller des socles avec des gants.

257 - Opérateur 4 : Du temps de Jocelyne non mais du temps de...

258 - Intervenant : Et donc en fait ce que vous dites c'est qu'on pourrait très bien poser le socle, plus la poche et enlever l'adhésif c'est ça ?

259 - Opérateur 3 : Oui, moi suis pas pour. Non on n'est pas pour.

260 - Intervenant : D'accord ok.

261 - Opérateur 2 : C'est surtout, par rapport au blister, le problème c'est que quand on met la poche c'est qu'il faut vraiment avec le doigt bien lisser, bien lisser à l'intérieur parce que juste avant de découper c'est bien de lisser avec le doigt la gomme pour gommer les aspérités, et ensuite voilà de bien passer avec le doigt tout autour pour que ce soit bien hermétique pour pas qu'il y est de risque de selles passent en dessous. C'est ça. Donc ça ne sert à rien d'appuyer comme une mule mais de passer le doigt d'effleurer plusieurs fois pour faire chauffer un peu.

262 - Intervenant : Pour faire chauffer, ah oui parce que la partie adhésive c'est ce qui entoure le...

263 - Opérateur 3 : Y en a tout autour !

264 - Intervenant : Tout autour d'accord.

265 - Opérateur 2 : Tout est adhésive finalement ! Et tout est adhésif en dessous

266 - Intervenant : Il y a aussi la couche, ah oui d'accord.

267 - Opérateur 5 : Et il y a l'hydrocolloïde en fait dans l'angle qui est au plus près de la stomie et vraiment c'est la chaleur qui va donc ça ne sert à rien d'appuyer vraiment comme une benêt en fait voilà effleurer et chauffer en fait, commencer à chauffer l'adhésif autour pour que vraiment ça fusionne.

268 - Intervenant : D'accord.

269 - Opérateur 5 : Exactement, et en fait le fait de le faire en expliquant en même temps moi je fais beaucoup le soin, parfois je fais le soins sans gants du tout pour montrer au patient que c'est facile et aussi que ben c'est des selles mais que j'ai pas peur de ses selles et que je peux tout à fait faire le soins sans absolument avoir aucune selle sur les doigts et avoir un soin propre et parce que c'est surmontable à la maison pour lui aussi. Surtout les patients la première fois qui vous dis ben moi, en jeune, beaucoup de patient on avait beaucoup de stomie en urgence disait mais moi je ne le ferai jamais c'est ragoutant vous voyez vous mettez des gants ! Et je les ai, et je les ai vite quittés en fait à ce moment-là ben se dire en fait non si moi je peux toi tu peux. Et le patient il le voit vachement par rapport à ça le fait que moi on peut et même s'il y a un petit accident ou la petit voilà, parait à l'éventualité la petite compresse ben oui ça donne un petit peu vous inquiété pas voilà la compresse et

on peut quand même continuer le soin même s'il y a une petite fuite au moment où on fait le soin, voilà. Après c'est pour rassurer le patient.

270 - Opérateur 3 : Il y a toujours un risque de caca sur les mains et le caca sur les mains ce n'est pas possible !

271 - Opérateur 5 : Ah oui après voilà faut pas faire de chirurgie colorectale, moi j'en ai fait 10 ans ça ne me fait pas peur. Non mais voilà.

272 - Opérateur 2 : Ce n'est pas la question si ça fait peur, effectivement les selles peuvent être contaminées...

273 - Opérateur 5 : Quand les selles contaminées ça c'est différent.

274 - Opérateur 2 : C'est commencer comme Flora et j'ai fini par remettre les gants en expliquant au patient que pour mes selles à moi je ne mets pas de gants mais pour ses selles à lui je mets des gants. Moi j'ai tendance à justifier pourquoi on met des gants.

275 - Opérateur 4 : On va de patient en patient aussi, on a des petites plaies, bien sûr.

276 - Opérateur 5 : Non mais quand il y a des plaies ça s'est évident après quand y a un risque quand y a une énorme débâcle et tout je mets des gants mais autrement vraiment par contre pour les colostomies non..... On ne touche pas. Non mais c'est vrai...

277 - Opérateur 3 : On n'a pas le droit de faire de pub mais... On n'a pas le droit de citer des marques. Mais ça parle à tout le monde. Au début quand on leur dit le prix « comme Tupperware »...

278 - Intervenant : Ça parle.

279 - Opérateur 3 : Rien que ce mot ça parle au patient c'est dans leur quotidien...

280 - Opérateur 1 : Faut être dans le concret ça ne sert à rien de parler de support hydrocolloïde et de...

281 - Opérateur 4 : Je parle de protecteur cutané pour protéger votre mal, ça protège votre....

282 - Opérateur 3 : Comme la confiance, voilà. Ouais mais soin de qualité franchement...

283 - Intervenant : Soin de qualité pourquoi ?

284 - Opérateur 4 : Parce que le patient est à l'aise, il pose pleins de questions, il s'intéresse et voilà. On le sent complètement serein et on...

285 - Intervenant : Et comment on arrive à faire ça justement, arriver à un soin de qualité ?

286 - Opérateur 3 : Faut instaurer la confiance, instaurer la confiance, comme dis Karine parler le vrai voilà.

287 - Opérateur 1 : Moi je parle très bien le vrai vous pouvez me le reprocher.

288 - Opérateur 3 : Se mettre à la hauteur de ses difficultés c'est ce qu'elle a fait.

289 - Opérateur 1 : Comme je vous le dis on sent c'est l'expérience aussi mais on sent comment ça va se passer.

290 - Intervenant : Hum hum.

291 - Opérateur 1 : Je ne sais pas comment vous l'expliquer. On se trompe des fois mais en général dès qu'on rentre les patients on, tu te sens accueilli ou pas dans la chambre.

292 - Opérateur 3 : C'est comme partout, vos débarquez là tout le monde se tait et baisse les yeux, vous savez que vous n'êtes pas super bienvenue dans la pièce et là c'est un peu l'idée.

293 - Intervenant : Bon et comment on est bien accueilli par les patients alors ?

294 - Opérateur 3 : Un patient qui communique déjà quand il parle qui...

295 - Opérateur 5 : Souriant, pas dit ça ça ne veut rien dire, la communication c'est beaucoup voilà.

296 - Opérateur 3 : Ne serait-ce que parler, répondre aux questions autrement que par oui avoir des vraies phrases s'il nous répond par de vraies phrases y a quelques choses à faire.

297 - Opérateur 2 : Prévention...

298 - Opérateur 4 : Comme moi l'autre jour je lui dis mets ton walkman. Il ose lui demander quelque chose enfin, il se permet de lui dire qu'il aimerait être installé comme ça que comme ça et un patient qui rentre pas en confiance il va dire « oui, oui très bien merci beaucoup, casse toi », il va pas lui demander plus de détails.

299 - Intervenant : D'accord.

300 – Opérateur 3 : Elle en prend soin parce qu'elle le réinstalle elle lui sert un verre d'eau et le patient se sent bien.

301 – Opérateur 4 : Voilà pourquoi il était en confiance, tout à l'heure. Tout de suite il doit être content le monsieur. Toute façon lui il était facile il nous a trop mis dans sa confrérie. Il a une confrérie de miel oui je sais plus, de noix.

302 - Opérateur 3 : Donc c'est alimentaire ça nous va comme quoi.

303 - Opérateur 4 : Moi l'autre fois, c'était un week-end je ne sais pas quoi, il devait nous présenter tous ses copains de chez lui.

304 - Intervenant : Donc c'est intéressant ce qu'on a vu aujourd'hui c'est qu'il y a pleins de pratiques possibles, que vous pouvez mettre en œuvre sans être interdites dans ces pratiques et que vous partagez en collectif même si vous n'adhérez pas à tel ou tel pratiques, vous avez chacune votre style, c'est ce qui est intéressant. Est-ce que vous avez d'autres commentaires sur ce que nous venons de partager ?

305 - Opérateur 2 : Non

306 - Intervenant : Bon très bien 15h13, ça va on s'arrête ?

307 - Opérateur 1 : Après chacune à sa façon de rentrer en contact avec les patients, oui tout à fait déjà et puis le patient même d'un jour à l'autre on s'adapte

308 - Opérateur 5 : Il évolue, il évolue aussi.

309 - Opérateur 1 : Voilà moi je travaille souvent comme ça.

310 - Opérateur 5 : Ce qui est intéressant c'est la complémentarité des informations des... parce que du coup le patient il va pouvoir aussi évoluer par rapport ce que quelqu'un fait, ce qu'il lui dit et reprendre parce que parfois surtout par rapport aux informations, on va lui dire d'une certaine façon il va prendre l'information est-ce qu'il va l'assimiler non, mais en fait le fait de lui rabâcher d'une certaine façon ben hop, c'est encore une intégration au fur et à mesure et à un moment donné, la technique le petit truc ou astuce que quelqu'un va lui proposer ça va lui parler ben voilà.

311 - Intervenant : D'accord

312 - Opérateur 3 : Normalement ça se débloque, des fois c'est très, très long mais ça va finir par se débloquer.

313 - Intervenant : Oui, et les patients restent combien de temps en général dans le service ?

314 - Opérateur 1 : Ça dépend, 5 jours

315 - Intervenant : 5 jours. Donc il faut que vous arriviez à obtenir cette confiance dans les premières heures quoi ?

316 - Opérateur 3 : Dès qu'ils rentrent, même avant quoi. Et même avant on travaille en préopérateur.

317 - Opérateur 2 : C'est pour ça qu'en consultation on donne un maximum d'informations on essaye voilà en fonction.

318 - Intervenant : Oui parce que ça doit être complexe quand même parce que ces opérations sont assez lourdes quand même donc le patient doit digérer son opération en plus doit apprendre à accepter sa stomie, plus le cancer.

319 - Opérateur 2 : Accepter son cancer plus la stomie. Notre chance à cause de la dame c'est qu'ils nous voient en consultation et nous retrouver dans le service donc ils ont l'impression de pas être cloisonnés.

320 - Intervenant : Oui c'est un cheminement dans leurs soins.

321 - Opérateur 2 : Et on leur dit beaucoup de choses en consultations, on leur redit ici donc à un moment, à tout le monde a le même discours.

322 - Opérateur 3 : Exactement on va tous dans le même sens.

323 - Intervenant : D'accord mais comment vous avez fait pour avoir le même discours,

324 - Opérateur 3 : Parce que c'est notre politique et celui qui n'adhère pas reste pas travailler là, de même ils s'en vont.

325 - Intervenant : Ah d'accord, c'est des choses que vous discutez formellement ?

326 - Opérateur 4 : Non on échange sur nos pratiques régulièrement quoi

327 - Intervenant : A quel moment vous échangez sur vos pratiques ?

- 328 - Opérateur 6 : Quand elles préparent les médicaments.
- 329 - Intervenant : D'accord, on boucle avec les interruptions c'est ça
- 330 - Opérateur 6 : C'est du temps très informel, je dis ça, je ne dis rien
- 331 - Intervenant : C'est du temps informel d'accord, y a pas d'espace de discussion institutionnalisé ?
- 332 - Opérateur 3 : On n'a pas le temps, on aimerait bien mais on n'a pas le temps. Et quand on fait les repas de service on en parle.
- 333 - Opérateur 3 : Pendant les transmissions aussi, quand on a rencontré des problèmes, on en parle avec la collègue avec qui ont fait les transmissions
- 334 - Opérateur 4 : Comment tu aurais fait..
- 335 - Opérateur 3 : Le tour de midi aussi c'est l'occasion, atour du midi on est à deux, deux infirmières et du coup c'est ben regarde ce matin, j'ai eu un souci avec ce monsieur, il est très intéressé lui.
- 336 - Intervenant : C'est le croisement entre l'équipe du matin et de l'après-midi.
- 337 - Opérateur 4 : « Qu'est-ce que tu en penses ah bon, ou alors à ben oui », voilà on essaie mais il n'y a pas de moment posé.
- 338 - Intervenant : D'accord. Alors celles qui n'adhèrent pas, elles s'en vont vous dites ?
- 339 - Opérateur 3 : Ouais, soit on aime le colorectal soit on n'aime pas,
- 340 - Intervenant : Comment ça se passe ?
- 341 - Opérateur 3 : Non mais ça ne se passe jamais violemment, ça se passe toujours en douceur. Forcément une personne toute seule au milieu de ça va finir par se sentir un peu seule je pense
- 342 - Intervenant : D'accord, et c'est déjà arrivé ?
- 343 - Opérateur 3 : Oui c'est très régulier parce qu'on a un gros turn over, y a beaucoup de remplaçantes que, ce remet un peu le centre de formation quand même, j'ai l'impression qui a beaucoup de nouvelles.
- 344 - Opérateur 4 : Moi je trouve qu'on n'a pas le gros de l'équipe est le même depuis longtemps.
- 345 - Opérateur 3 : Le gros de l'équipe est le même d'accord mais y toujours beaucoup de CDD qui arrivent, il y a toujours une, deux qui tournent.
- 346 - Opérateur 6 : Ah mais ça c'est autre chose, ça c'est le poste du 033, c'est notre poste quand on descend, c'est et c'est aussi des fois le temps qu'on remplace une fille qui est partie voilà parce que. Par exemple là on a eu Cathleen qui est resté un moment sur le poste d'Ombeline le temps que Julie prenne le poste parce que Julie avait postulée mais j'avais pas assez de recul par rapport à Julie. Parce que justement comme c'est un service bien spécifique euh moi je veux pas donner mon, la seule à qui c'est arrivé c'est Alice mais elle avait travaillé l'été avec l'équipe, euh, je veux tester, plus au niveau infirmier qu'aide-soignante justement, je veux tester la personne face justement à ses anus artificiels mais alors c'est stomies mais on dit plus anus artificiel mais voilà, et par rapport aux moignons, par rapport aux lambeaux etc. parce que c'est tellement spécifique enfin je veux dire on peut pas voilà. Et que c'est plus long et compliqué de former une infirmière dans ce secteur qu'une aide-soignante. Une aide-soignante si elle veut partir bon proportionnellement on peut plus facilement la remplacer et la former à ses tâches d'aide-soignant que l'infirmière. Y a tellement de subtilité et M. Denoste et M. Rullier sont tellement en train de faire évoluer leurs techniques chirurgicales en fait ils n'arrêtent pas tellement bien qu'on découvre des choses que même les anciennes découvrent des choses qu'une infirmière c'est plus compliqué. Donc du coup elles restent plus longtemps dans le secteur. Et donc si ça ne leur plaît pas elles partent plus vite aussi mais elles, les personnes du coup sont pas en poste fixe. C'est-à-dire qu'aujourd'hui depuis Saint-André, les personnes qui ont été recrutées, n'ont jamais quitté leur poste ou si elles partent c'est que soit elles partent à la retraite, soit parce qu'elles ont un projet de vie personnel remonter chez elles, soit là Amélie peut-être, projet professionnel de partir dans une spécialité, c'est des choses qui sont bien mûrées, c'est pas des, c'est pas j'en ai marre, j'ai pas ce côté d'instabilité ou les gens arrivent et 3 mois après ben non finalement la spécialité ne me plaît pas je m'en vais quoi.
- 347 - Intervenant : Hum, d'accord, et il faut combien de temps pour être bien formée ?
- 348 - Opérateur 6 : Un an ouais, j'allais dire, Julie j'ai attendus presque 6 mois avant de donner mon aval pour la garder dans l'équipe. Alice non parce qu'elle avait passé l'été et qu'elle était sur la

médecine gastro, elle avait déjà fait des stomies, donc en fait, c'est la même population de patient et voilà, durant l'été voilà, et qu'elle avait en plus DU Plaies Cicatrisation. Je savais bien que le type de plaies etc. s'allait pas la rebuter, s'allait pas la gêner parce qu'elle avait des patients stomisés, des patients du haut débit, elle avait déjà même type de population elle postée juste sur la partie post-op immédiate mais alors qu'en face elle avait du post-op plus à distance mais voilà c'était le même voilà. Il y a juste Julie ou j'ai voulu voir comment, parce qu'en fait j'avais eu des candidatures des personnes qui disais je veux venir en chirurgie colorectal mais j'ai un petit problème avec les stomies, ben toute suite j'ai dit venez pas.

349 - Intervenant : Ah oui parce que...

350 - Opérateur 5 : On voit ça tous les jours. Pour le patient c'est horrible.

351 - Opérateur 6 : A ce moment-là j'avais 8 patients sur 10 qui étaient stomies j'ai dit vous ne venez pas, vous ne faites même pas un mois d'essai.

352 - Opérateur 3 : C'est ce qu'on dit on est capable d'être en train de manger d'aller refaire une stomie et de retourner à notre repas sans que sans nous.

353 - Opérateur 4 : Voilà. Parce qu'aller voir le patient c'est que vous faites « oh ça pu dans ce lit », le patient je peux vous dire.

354 - Opérateur 6 : Le paraverbal est très important chez nous. Faut être très sûre de soi. Julie en fait très vite elle s'est positionnée ici mais je voulais avoir un peu de recul sur ce que renvoyez les patients, sur ce que renvoyer l'équipe, ben parce qu'ici l'équipe donne son avis sur les collègues justement si elle voit comment réagit la personne. Vous ne verrez pas ça ailleurs. Parce que si on voit Si on voit que la collègue je veux dire c'est elle qui travaille avec parce que si on voit que la collègue est crispée dès qu'il y a une stomie différée ou un lambeau ou qui a une stomie qui a du haut débit ou la les selles sont hyper liquide et qui a des giclettes en continue enfin elles ne peuvent pas travailler là.

355 - Opérateur 5 : On se fait régulièrement vomir dessus, faut le savoir.

356 - Opérateur 6 : Voilà donc c'est pour ça non mais c'est pour. Ça c'est tous les services. Donc l'avantage qu'on a c'est qu'on a le pool de suppléance et je veux dire c'est un peu l'avantage aussi du pôle c'est qu'on a le pool de suppléance et qu'on a le 033, ça veut dire qu'il y a des filles qui tourne autour du pool de suppléance, après un certain temps elles sont fidélisées si elles le souhaitent et que le post est vacants sur le 033 ou elles ne tournent que sur la chirurgie donc elles passent sur les trois chirurgies ou sa leur permet, vous avez pas été sur le 033 Julie ?

357 - Opérateur 4 : Euh non.

358 - Opérateur 3 : Mais tu as tourné quand même ?

359 - Opérateur 6 : Mais c'est par rapport au pool de suppléance ou vous avez passé un mois et c'est après que vous vous êtes positionnée au mois de juin, et après vous êtes revenue au mois de septembre et moi je vous ai jusqu'à la fin de l'année.

360 - Opérateur 4 : Euh c'était ça !

361 - Opérateur 6 : Oui c'était ça. Donc voilà ça permet ce pool de suppléance et le 033 déjà de se donner une idée oui ou non. Après pour le cas de Julie comme elle avait fait qu'un mois on a pu la tester si je puis dire, testée et approuvée puisque qu'elle est restée.

362 - Intervenant : D'accord

363 - Opérateur 6 : Après il y a aussi les infirmières étudiantes, Cathleen ça était ça une étudiante infirmière qui avait fait son stage professionnel et on l'a embauché sur les mensualités d'été et après elle est resté jusqu'à son projet de se rapprocher de chez elle voilà, sans quoi elle aurait, elle serait restée elle aurait pu prendre le poste d'Amélie si Amélie réussit son concours mais bon elle avait un projet pour se rapprocher de chez elle. Donc en fait ils sont testés un petit peu quand même au niveau infirmier.

364 - Intervenant : Ok d'accord.

365 - Opérateur 6 : Et ça permet aussi pendant ce temps d'acquérir certaines connaissances de se faire un peu moule colorectal si je puis dire quand on est dans le secteur des selles c'est un peu mais c'est comme ça. Mais voilà, ça permet de faire...

366 - Intervenant : Ok

367 - Opérateur 3 : C'est assez lourd au niveau psychologique et tout enfin.

368 - Intervenant : Qu'est-ce qui est lourd ?

369 - Opérateur 3 : La souffrance des patients, leur souffrance physique certes mais ça on a des solutions, mais la souffrance psychologique des fois, il faut les porter, il faut user de...

370 - Intervenant : Et comment vous faites alors pour le porter justement ?

371 - Opérateur 3 : On le parle aux transmissions ça.

372 - Opérateur 5 : Y a des stratégies après auprès du patient parce que c'est vrai que ben l'impact psychologie de la stomie sur le patient y bé ceux qui étaient préparés, heureusement on a de moins en moins de gens qui n'étaient pas préparés, parce que ça la découvert en post-opératoire on la quand même vécu pendant des années et heureusement on ne le vit plus parce que ça c'est horrible quand même, il y avait une violence, voilà la violence psychologique, la violence des mots, la violence...

373 - Opérateur 6 : Après y a beaucoup de choses qui ont été mis en place depuis cette formation et oui, les médecins ont travaillé.

374 - Opérateur 3 : Oui mais nous dans notre service en chirurgie des urgences, si pour les colorectales ils étaient un peu plus préparés.

375 - Opérateur 6 : Oui mais même nous en colorectale on a travaillé sur l'annonce des médecins, le moment de l'annonce, ah mais tout à fait, on a mis en place les infirmières TAS, il y a le fait de faire tourner les stomathérapeutes sur les consultations et après dans le service, et ça met en confiance le patient, après il y a eu ERAS ils volent Corinne en bas ils la revoient dans le secteur quand elle repasse, ça aussi ça met en confiance parce qu'ils disent en fait y a vraiment un circuit on est suivit et sur les consultations post-opératoire à distance ils revoient encore les filles qu'ils ont vu dans le secteur. Ça aide.

376 - Opérateur 3 : La réflexologie plantaire ça les aident aussi beaucoup.

377 - Opérateur 6 : Voilà, après ce qui aide aussi comme disait Flora y a l'impact de l'altération de l'état corporelle qui est avéré même après réfection et rétablissement de la continuité, ça été prouvé par Stéphane Fourré qui a fait une thèse sur ça. Euh mais on reste malgré tout et je pense que ça y joue par rapport à d'autres services d'oncologie, c'est que le cancer colorectal on est quand même un service ou on arrive à guérir nos patients, enfin une majorité, je pense que ça maintenant au niveau de la population générale, c'est quelque chose qui est entendu avec tout les trucs de prévention qui sont faites etc. même s'il y en a certain bon qu'on arrive pas à guérir parce qu'on fait du palliatif, je pense que les patients, ils entendent « cancer » ils ont cette phase de sidération etc.... mais ils savent aussi que je pense que c'est quelque chose qui se fait plus en arrière-plan ils intègrent aussi qu'il a une possibilité d'en guérir. Et après y a des fois on est confrontés dans le service au fait que certains ben non on les guérir pas. Ça c'est une deuxième phase. Voilà mais quand les patients volent qu'ils ne sortent même pas au bout de 5 jours et que certains avec les fermetures de stomie précoces sortent à même pas 3 jours et qu'ils reviennent 4 jours après pour fermer. L'impact est pas le même que quand ils sont restés au tout début à Saint-André presque 20 jours – 3 semaines hein on est d'accord ! donc l'impact est pas du tout le même parce que ils se disent bon 3 jours après suis dehors et 4 jours après on referme tout, y a beaucoup de chose qui ont été travaillé en 7 ans moi j'ai vu vraiment l'évolution et vous encore plus parce que vous y étiez avant moi mais après la réalité ça fait qu'aussi des patients comme vous disiez tout à l'heure qu'on arrive pas à guérir l'impact est très dur pour l'équipe. Parce que justement on est un secteur qui arrive encore à guérir des patients, on est encore dans la phase du sauveur on a encore cette cape-là, et les patients qu'on n'arrive pas à sauver c'est d'autant plus dur pour l'équipe qu'elles sont sensé être dans un secteur normalement ou on guérit les patients

378 - Intervenant : Hum

379 - Opérateur 5 : Alors ce n'est pas vrai pour tout le monde parce que moi, j'ai pas ... de guérir tous les patients, par exemple pour l'exemple de M. H c'est ou des exemples, Mme A, c'était plus probant à 12 parce que nous on avait beaucoup de patients qu'on ne sauvait pas donc par contre c'est faire tout ce qu'on peut pour le patient et après qu'on peut pas le faire partir dans les meilleurs conditions possibles et l'accompagner dans le meilleurs conditions possibles et moi ça c'est mon leitmotiv, je suis pas une surhumaine suis pas et voilà on a pas des chirurgies surhumains donc et on s'est retrouvé à 12

confrontés plusieurs fois aux chirurgiens et c'était différents, et moi je continue encore d'avoir cette même optique, voilà on y a un temps ouais on sauve on améliore on veut sauver on veut améliorer la qualité de vie du patient à tout prix mais parfois quand on peut pas, se remettre en question et surtout l'accompagner au mieux sur la fin

380 - Intervenant : Et justement sur l'accompagnement vous êtes formé en palliatif ?

381 - Opérateur 3 : Non.

382 - Intervenant : Non.

383 - Opérateur 4 : Non et par rapport à la charge de travail on s'en veut énormément des fois de ses prises en charge là, de pas avoir le temps, quand on sait qu'on met plus d'une heure pour faire un tour ?

384 - Opérateur 5 : Pas avoir le temps de l'accompagner, de pas avoir le temps de sécuriser, M. Lacaze en 25 ben voilà quoi bon j'ai gueulé toute une après-midi pour en fin d'après-midi une seringue de Morphine. Parce que sur, parce que si parce que fin de vie parce qu'en soin palliatif, dans l'état où il était, il l'exprime pas mais il a mal, c'est évident, les positions, le positionnement et argumenter ça, il va argumenter ça le problème nous dans notre service c'est qu'on a des chirurgiens, on a pas des oncologues, donc voilà, eux les chirurgiens c'est l'organe c'est absolument, c'est absolument trouver des solutions...

385 - Opérateur 4 : Ah ben on lui coupe la jambe et l'impact psychologique, on a quand même dit c'est une jambe c'est rien. Y a une prothèse qui existe.

386 - Opérateur 1 : Ça m'a choqué c'était un interne.

387 - Intervenant : C'était un interne.

388 - Opérateur 3 : C'était Alexandre.

389 - Opérateur 5 : Chut tais-toi...

390 - Opérateur 4 : Oh comment vous avez trouvé !

391 - Opérateur 5 : Voilà, voilà. Il est en hépato là, il ne va pas comprendre ce qui va lui arriver. Bon courage.

392 - Opérateur 6 : Enfin de manière générale voilà.

393 - Opérateur 5 : Après on en a moins qu'à Saint-André parce qu'il reparte, vite en onco...

394 - Opérateur 3 : Oui mais le jeune homme le monsieur qu'on a eu de 35 ans le prof de sport...

395 - Opérateur 6 : Mme Harribey quand elle est descendu en réa et qu'un matin suis arrivée les filles étaient en pleurs à l'entrée du service, j'ai dit bon ben je vais aller voir, j'ai appelé ma collègue et j'ai dit elle est pas morte la patiente qu'est-ce que vous me faites, elle a perdu sa jambe, ah bon elle a perdu sa jambe, je descends en bas je fais mais elle est là sa jambe, et les filles descendaient, aucune info par moment, je suis descendus avec les files venaient avec moi parce que je vous assure mais ça montre bien l'état dans lequel j'ai trouvé l'équipe ça montre bien que vous avez quand même l'habitude que vos patients repartent sur leurs deux jambes au bout de 5 jours et à la prochaine. Y même certain qui claque la bise au patient !

396 - Opérateur 5 : Pour les patients qu'on connaît depuis longtemps.

397 - Intervenant : Ça se fait pas, pourquoi ça se fait pas ?

398 - Opérateur 3 : C'est trop de familiarité avec les patients, faut qu'on garde notre... normalement, oui mais tu ne fais pas la bise à tout le monde, c'est garder les distances professionnelles.

399 - Opérateur 5 : Oui voilà, la bise c'est une question de politesse, on ne va pas bouffer à l'extérieur en même temps.

400 - Opérateur 3 : Je ne leur fais pas le bisou et je te jure je suis hyper polie avec eux.

401 - Opérateur 5 : Non mais je sais après c'est chacun la relation que la relation qui va avoir.

402 - Opérateur 3 : Après, honnêtement, quand je suis rentrée chez Mme H et qu'elle m'a dit Alice je suis contente de vous voir je vous fais la bise, qu'est-ce que tu veux que je lui dise, je lui fais la bise. Ah bon, c'est Mme H tu vois, pourtant je ne suis pas super tactile tu vois.

403 - Opérateur 5 : Y a des personnes par exemple M. B au bout de trois ans je ne lui claque pas la bise. On se gerbait toujours.

404 - Intervenant : Donc ça c'est patient dépendant, infirmière dépendant,

405 - Opérateur 3 : Complètement c'est selon notre affect.

406 - Intervenant : Mais vous avez la possibilité de le faire si vous en avez envie ?

407 - Opérateur 6 : Elles ne font pas la bise aux patients qui sont resté 5 jours à ceux qui sont resté très longtemps. Je les flagelle si elles le font.

408 - Intervenant : Ça a l'air.

409 - Opérateur 6 : On ne peut pas l'empêcher enfin je veux dire un patient qui est tellement heureux parce qu'on l'est sauvé de l'empêcher de dire merci et de nous prendre dans les bras faire le bisou enfin je veux dire. Hop, hop et la distance faut pas déconner je veux dire on lui a sauvé la vie quoi.

410 - Opérateur 5 : Laëtitia, Laëtitia la dernière hospitalisation ouais elle s'est jetée dans mes bras. Et c'est important pour eux parce qu'en fait nous c'est quoi, c'est un geste, ce n'est rien, c'est rien, c'est rien, voilà c'est juste un geste et mais pour eux c'est tellement et c'est pas tout le temps et c'est pas tout le monde et c'est tellement important pour eux et c'est vraiment et l'impact eux c'est eux, c'est leur vie, c'est leur vie qui est en jeu en fait, et si on peut juste améliorer un peu ce temps, cet espace-temps, parce que c'est un moment de crise l'hospitalisation, c'est le moment de crise.

411 - Opérateur 4 : C'est aussi le moyen de fermer cette parenthèse là aussi pour eux. Au revoir, ça y est au revoir, c'est un vrai au revoir. Et quand je leur dis au plaisir de pas se revoir.

412 - Intervenant : Là on parle du patient mais pour vous c'est je mets le point à la ligne de mon succès aussi quelque part !

413 - Opérateur 3 : On ne le voit pas comme un succès, je ne suis pas sûr que ce soit ça, on est juste contente qu'il soit bien quoi. Je ne suis pas sûr que ce soit vécu comme un succès vécu par Flora.

414 - Opérateur 5 : Pas du tout, alors là pas du tout.

415 - Opérateur 4 : On est content du retour des patients quand ils sont contents. On est content, ils vont bien. Une finalité.

416 - Intervenant : D'accord, très bien, merci de votre temps de tout ce qu'on a débattu.

ANNEXE 8 - Autoconfrontation croisée – IDE de Chirurgie Hépatobiliaire et Transplantations hépatiques

Code entretien	AC 2	
Service	Chirurgie Hépatobiliaire et Transplantations hépatiques	
Support	Film d'une résection d'un cathéter périurinaire et sonde vésicale	
Date de l'autoconfrontation	19/06/2019	

- 1 - Intervenant : Bon très bien. Donc on se voit pour parler de cette séquence donc je vous invite à réagir dès que vous avez envie de réagir pour expliquer pour poser des questions à votre collègue, voilà pour interagir. Bon là le soin que vous faisiez vous pouviez.
- 2 – Opérateur 1 : Alors attendez que je me situe celui-là c'était le cathéter périurinaire que j'enlève je crois et la sonde vésicale, il me semble.
- 3 - Intervenant : Donc ce positionnement vous le faites systématiquement ?
- 4 – Opérateur 1 : De monter le lit ? Oui euh Ben comme je vous le disais la dernière fois, pour les longs soins oui après mais il y a des fois si c'est juste pour enlever un cathéter, j'avoue des fois entre les mains de baisse pas tout le temps, soit je m'accroupie.
- 5 - Intervenant : Donc là vous expliquez, vous prenez le temps pour expliquer ?
- 6 – Opérateur 1 : Ouais j'explique le soin aux patients.
- 7 - Intervenant : D'accord alors c'est-ce que c'est quelque chose que vous faites systématiquement toutes ?
- 8 – Opérateur 1 : Moi oui.
- 9 – Opérateur 2 : De l'expliquer ? Oui ! Ah oui !
- 10 - Intervenant : pourquoi c'est important d'expliquer pour vous ?
- 11 – Opérateur 1 : Bah déjà d'expliquer ce qu'on fait au patient quand même on lui prodigue des soins à lui pour le rassurer et lui expliquer pourquoi on met tout ça en œuvre. Déjà le mettre à plat alors que c'est pas des positions confortables et l'installer au mieux pour le soin aussi, pour qu'il soit plus rassurée, plus compliant.
- 12 – Opérateur 2 : Il participe à ça aussi.
- 13 – Intervenant 1 : Pour participer, donc c'est une aide c'est une ressource.
- 14 – Opérateur 2 : C'est une confiance aussi pour les rassurer aussi comme ils ne connaissent pas des fois, ils s'imaginent peut-être des choses extraordinaires ablation de la périurinaire ça leur parait.
- 15 - Intervenant : d'accord
- 16 - Opérateur 2 : Surtout je pense qu'il voit à la pose la taille de l'aiguille et souvent du coup ils se disent mais est-ce que ça va faire mal ou et je pense que ça va être très très long et que ça va être ça va peut-être faire aussi mal qu'à la pose et finalement donc là.
- 17 - Intervenant : Il y a le fait de rassurer les patients pour gérer ses angoisses et vous parlez de compliance tout à l'heure c'est-à-dire pour faire que le patient vous aide dans le soin c'est ça l'idée ?
- 18 – Opérateur 1 : Exactement et qu'il soit plus détendu oui voilà, voilà ça se passe au mieux quoi.
- 19 - Opérateur 2 : Parce que quand on lui fait un soin sans lui expliquer ou le prévenir c'est pas vécu comme une agression mais des fois ça leur parait un peu brutal.
- 20 - Intervenant : D'accord et comment réagissent les patients justement au fait que vous discutiez avec eux comme ça, est-ce que ça rassure tout le monde ou parfois ça peut justement créer de l'inquiétude ?

- 21 – Opérateur 1 : Il y en a qui le disent après souvent ceux qui sont inquiet ils le disent, je veux pas savoir. Faites ce que vous avez à faire je veux pas savoir.
- 22 - Intervenant : D'accord.
- 23 – Opérateur 2 : Ils nous arrêtent avant.
- 24 - Opérateur 3 : Sinon ça rassure parce que même l'ablation de la sonde gastrique souvent ils appréhendent et quand tu leur expliques bien avant.
- 25 - Opérateur 1 : Et puis ça leur change les idées pendant le soin et ça dédramatise un peu le soin de discuter d'autres choses. Et c'est le seul moment où on est auprès du patient ou on peut vraiment parler de leur vie s'il y a des problèmes des problèmes à gérer pour une sortie ou des choses comme ça donc.
- 26 - Intervenant : Donc finalement vous pouvez soit parler du soin s'il vous dit de pas en parler vous pouvez d'autres choses.
- 27 - Opérateur 1 : Ou une fois qu'on a fini d'expliquer ça n'empêche pas justement pendant le soin de parler de tout et de rien ça leur fait du bien aussi. C'est un échange et puis ça créer du lien aussi.
- 28 - Intervenant : Est-ce que vous sentez limité dans le temps pour avoir ses discussions ?
- 29 – Opérateur 1 : Oui.
- 30 - Intervenant : Comment vous ressentez ?
- 31 – Opérateur 2 : Ben des fois c'est un peu frustrant.
- 32 - Opérateur 1 : C'est très frustrant. Quand ils ont besoin de nous parler par rapport à n'importe quoi des problèmes extérieurs une annonce et qu'on nous on est contrainte par le temps ben c'est pas toujours...
- 33 - Opérateur 2 : On a l'impression de les laisser dans la chambre et de partir. Et ça c'est frustrant.
- 34 - Opérateur 3 : Personnellement quand la conversation commence à trainer un petit peu entre guillemet j'ai souvent les yeux qui dérivent un peu vers la pendule à un moment donné pas parce que j'ai pas envie de discuter avec le patient mais parce que d'un seul coup ça me rappelle à l'ordre en disant à l'heure tourne.
- 35 - Opérateur 2 : On sait tous ce qu'il y a derrière quoi, ce qui nous attend.
- 36 - Intervenant : Eh oui c'est que vous n'êtes pas inscrit dans la même temporalité.
- 37 – Opérateur 1 : Oui voilà. Le patient il est là pour attendre.
- 38 - Intervenant : Oui tout à fait. Vous vous êtes là pour plusieurs patients.
- 39 – Opérateur 1 : On essaie d'avoir l'air disponible mais il n'empêche qu'on regarde l'heure sur le téléphone la pendule un moment donné ça nous rappelle à l'ordre.
- 40 - Opérateur 2 - Puis même pour eux après c'est frustrant parce que souvent enfin y en a certains c'est ils ont pas beaucoup de visites ou pas de passage dans la journée donc nous quand on passe.
- 41 - Intervenant : Vous êtes leurs visites.
- 42 – Opérateur 2 : C'est un peu ça oui c'est un moment d'échanges tout ça oui c'est un peu bête c'est comme quand les facteurs vont voir les petits vieux et tout ça prendre des nouvelles ben là y en a certains c'est un peu pareil donc quand c'est trop court bon ils sont contents mais ils sont un peu frustrés aussi parce que finalement c'était ils auraient aimé que ça dure un peu plus quoi.
- 43 - Intervenant : Et est-ce que parfois vous trouvez des moyens pour que ça dure un peu plus justement ?
- 44 – Opérateur 1 : Ben on reste.
- 45 - Opérateur 3 : Ben à part utiliser le temps des soins voilà pour après on a pas de moyens. Après on pèse aussi en fonction du contexte. Si c'est vraiment quelqu'un qui est pas bien et qui a besoin on va rester plus, on prendra le temps et le reste on fera.
- 46 - Opérateur 2 : Si ce qui a derrière peut-être décalé. Oui on priorise.
- 47 - Intervenant : Et est-ce que vous pouvez justement demander l'aide d'une collègue parce que vous avez vraiment besoin de passer du temps avec le patient et lui dire ben est ce que tu peux prendre la suite ou ben c'est difficile.
- 48 - Opérateur 2 : C'est difficilement prévisible.

49 – Opérateur 1 : Ben on n'a pas besoin d'en parler C'est fait si on voit que la collègue sort pas de la chambre on prend.

50 - Opérateur 2 : On continue on a un tableau avec les soins oui on se note donc au moins on coche et on va au soin.

51 - Opérateur 1 : On sait que le matin on est toutes en train de tourner sur les soins et s'il y en a une qui est occupée c'est l'autre qui c'est ça.

52 - Intervenant : Donc là multi activités, vous êtes en train de changer la perf en train de poser des questions sur les douleurs qu'il a signalées.

53 – Opérateur 1 : J'enlève la perf ouais tout à fait. Surtout qu'en plus je lui enlève quelque chose qui justement contre la douleur pour diminuer les douleurs aussi donc...

54 - Intervenant : D'accord voilà ok.

55 - Opérateur 4 : C'est une femme monsieur L'hospital, elle peut faire plusieurs choses, parce qu'elle a le téléphone et la sonnette je n'ai dit qu'une vérité.

56 - Intervenant : Je ne mets pas en cause vos aptitudes en tant que femme mais c'est juste être concentré sur une tâche un peu technique et en même temps poser...

57 – Opérateur 1 : Ben on est habitué je pense essayer enfin...

58 - Intervenant : chercher des informations pour poser un diagnostic.

59 - Opérateur 1 : On est obligé vous êtes obligé et puis ça vient presque tous seul mais ça c'est naturel ouais je sais pas quoi.

60 - Intervenant : Oui d'ailleurs vous l'apprenez comment ça ?

61 – Opérateur 1 : Ça s'apprend sur le tas c'est optimiser le temps passer le peu de temps qu'on a avec eux, on a des réflexes en fait du coup ça s'impose, donc vous faites sans réfléchir finalement.

62 - Opérateur 3 : Oui a oui c'est naturel c'est des automatismes.

63 - Opérateur 2 : On sait que sur un temps donné faut gérer le soin mais en même temps les questions qu'on a lui poser évaluer tout le relationnel voilà.

64 - Opérateur 4 : On optimise ouais.

65 - Intervenant : D'accord.

66 – Opérateur 2 : Et puis justement d'optimiser et de discuter le plus possible comme ça et de poser des questions ça évite aussi des fois les allers retours ou parce qu'on a oublié de poser une question ou parce que voilà ça optimise le temps notre temps à nous aussi quoi, de tout faire en même temps quand on est dans la chambre, d'essayer de tout gérer en même temps aussi après je sais pas si le patient a l'impression qu'on va vite ou tout à fait.

67 - Intervenant : Ça a un impact sur de futures activités possibles ?

68 – Opérateur 2 : Oui voilà c'est ça ! Et éviter de revenir pour les.... Oui voilà parce que si on lui demande pas s'il a mal ou quoi et puis que 5 min après il sonne alors qu'on est là et qu'on peut gérer.

69 - Intervenant : D'accord très bien.

70 – Opérateur 4 : C'est beaucoup de sonnette ce jour-là.

71 - Opérateur 1 : Je me suis pas trompée de bras !

72 - Intervenant : Vous disiez ?

73 - Opérateur : Non je dis je me suis pas trompée de bras non mais c'est la gauche non parce que des fois j'ai du mal problème de latéralité.

74 – Opérateur 2 : Tu confonds la droite et la gauche.

75 - Intervenant : Donc là vous demandez l'aide du patient ?

76 – Opérateur1 : Oui Pour savoir où est la droite !

77 - Intervenant : Et ça vous faites aussi pareilles ?

78 – Opérateur1 : Ben je le fais participer au soin.

79 - Intervenant : Vous faites participer toutes pareilles ?

80 – Opérateur 2 : Ben ils se font moins mal en plus, après ça dépend l'état du patient quand ils peuvent.

81 - Opérateur 3 : Oui voilà on l'accompagne pour le tourner mais au moins lui il se gère il gère ses douleurs.

82 - Intervenant : D'accord.

83 - Opérateur 1 : En plus il demande si c'est bon pour moi. C'est gentil.

84 - Intervenant : Le patient s'inquiète de savoir si c'est bon pour vous.

85 - Opérateur 1 : Oui. J'ai bien mis le SHA.

86 - Intervenant : Bon là c'est la solution hydroalcoolique mais on lui met une douche même.

87 - Opérateur 1 : J'ai mis qu'une pression.

88 - Intervenant : Donc ça vous y faites très attention toutes ? Beaucoup de sonnette quand même.

89 - Opérateur 1 : Ouais souvent. J'avoue que là.

90 - Intervenant : Alors justement les sonnettes pendant que vous êtes en train de travailler ?

91 - Opérateur 3 : C'est chiant. Ben on regarde quelle chambre c'est parce que si on sait qu'il y avait quelqu'un qui avait mal.

92 - Opérateur 2 : Souvent les gens en fait, nous disent ah mais allez-y si vous êtes occupé ailleurs et...

93 - Opérateur 1 : Parce qu'en fait ils nous voient réagir au Bip et se disent elle doit faire autres choses et souvent ils nous disent allez-y j'entends que ça sonne.

94 - Intervenant : D'accord. Et alors comment vous le vivez ça ?

95 - Opérateur 1 : Bof, enfin on leur dit qu'on est avec eux et qu'on reste avec eux, c'est notre quotidien.

96 - Intervenant : Donc là ce n'est que les sonnettes de votre secteur qui sonnent ou tout le service.

97 - Opérateur 1 : Non tout le service, tout le service, y a le téléphone aussi qui s'est allumé.

98 - Opérateur 3 : Après il y a différentes enfin ça c'est une sonnette normale, classique entre guillemets pour des demandes parce qu'après y a des sonnettes d'urgence ou là par contre on lâche tout et...

99 - Intervenant : Oui c'est vrai j'ai déjà entendu une fois et tout le monde courrait dans le couloir.

100 - Opérateur 1 : Voilà.

101 - Intervenant : Donc là vous allez retirer le... c'est quoi c'est un ?

102 - Opérateur 1 : Cathéter de péridurale.

103 - Intervenant : D'accord.

104 - Opérateur 2 : Ils mettent bien la dose de sparadrap le tout des plus désagréable c'est ça la plupart du temps.

105 - Intervenant 3 : Vous disiez ?

106 - Opérateur 3 : C'est qu'ils mettent un grand sparadrap chaque fois qui fait la moitié du dos alors qu'en fait c'est un tout petit truc, c'est le plus désagréable dans l'ablation.

107 - Intervenant : Donc ça c'est se sont les chirurgiens qui font ça ?

108 - Opérateur 2 : Les anesthésistes, les anesthésistes.

109 - Intervenant : Ah oui, oui, la péridurale.

110 - Opérateur : Avant l'ablation.

111 - Intervenant : D'accord. Donc c'est grand et ça prend du temps, ça...

112 - Opérateur 3 : C'est presque ce qui est le plus douloureux pour le patient en fait...

113 - Opérateur 2 : Mais ça sécurise aussi parce que les cathé péridurale c'est tellement fragile que ça bouge facilement que...

114 - Intervenant : Ok c'est que le pansement il a l'air assez imposant.

115 - Opérateur 2 : Oui, oui, c'est un grand Tegaderm.

116 - Opérateur 1 : C'est pour ça qu'en plus il faut les positionner parce qu'il faut que ce soit accessible.

117 - Intervenant : Hum oui accessible, et là c'est assez accessible pour vous Audrey ?

118 - Opérateur 1 : Ah oui, je suis bien là.

119 - Intervenant : Vous êtes bien, ça se voit, vous êtes bien penché en avant quand même un peu en rotation non ?

120 - Opérateur 4 : Vous êtes un peu loin ?

121 - Opérateur : Oui peut-être mais bon après...

122 - Opérateur 4 : Je leur interdis de se coucher dans le lit des patients.

123 - Opérateur 1 : C'est pour ça aussi la distance, on est contrainte par certaines choses.

124 - Intervenant : D'accord, très bien.

125 - Opérateur 1 : Oui c'est vrai qu'on se rend pas compte.

126 - Opérateur 2 : C'est vrai qu'il est vraiment accolé à la barrière aussi il est très loin là-bas.

127 - Opérateur 1 : Donc c'est vrai que je suis petite. Les deux derniers que j'ai enlevés ça tirait un peu.

128 - Intervenant : Vous disiez ?

129 - Opérateur 3 : Non je dis ça je pense que c'est quelque chose qu'on fait toutes quand le patient appréhende là ça va faire mal à la fin leur dire alors vous avez sentis quelque chose et qu'il nous dit non non ben voilà une espèce de petite fierté.

130 - Intervenant : Parce que vous leur dites ça va faire mal ?

131 - Opérateur 2 : Non c'est eux qui appréhendent souvent, justement ils demandent au début du soin et moi je leur dis non. On les rassure et à la fin ils confirment et ils disent ah oui vous avez raison.

132 - Intervenant : Et là même ce que vous faites c'est que vous leur dite même pas que vous allez le faire le geste.

133 - Opérateur 3 : Si elle a dit si...

134 - Intervenant : Ah oui vous l'avez dit.

135 - Opérateur 1 : Mais on le sent pas enfin.

136 - Intervenant : Donc après qu'il n'est rien sentis ça fait...

137 - Opérateur 2 : Ben ça leur euh enfin c'est rassurant pour eux. Voilà sachant qu'au départ on a dit que ça faisait pas mal c'est que vous voyez on peut instaurer un climat de confiance c'est si ça fait mal on va vous le dire mais et si ça fait pas mal on ment pas quoi. On n'est pas là pour leur dire que ça fait pas mal pour après derrière parce qu'il y a des soins qui malheureusement sont douloureux.

138 - Opérateur 3 : Après on sait qu'il n'est pas douloureux parce que moi si j'enlève une péridurale et que le mec me dit j'ai mal j'ai mal j'ai mail je vais être bien euh.

139 - Opérateur 2 : Ouais c'est qu'il y a quelque chose, y autre chose quoi, alors il y a un problème. C'est qu'il y a quelque chose.

140 - 92 - Intervenant : Alors et comment vous savez que ça fait pas mal ?

141 - Opérateur 1 : L'expérience qu'on va retirer.

142 - Opérateur 2 : Le ressentis des gens.

143 - Intervenant : D'accord.

144 - Intervenant 1 : On n'a jamais entendu quelqu'un se plaindre jusqu'à présent. Oui ou les gens disent à ben on ne sent rien...

145 - Opérateur 2 : Ou alors vous l'enlevez mais c'est déjà fait.

146 - Opérateur 1 : Les gens qui réagissent différemment ça nous interpelle.

147 - Intervenant : Oui c'est un signal aussi pour quelque chose qui pourrait être compliqué.

148 - Intervenant : Qu'est-ce qui vous fait rire ?

149 - Opérateur 3 : C'est pas le moment.

150 - Opérateur 1 : Ouais c'est ça c'est le regard c'est le gars qui est rentré genre suis filmé, suis filmé...

151 - Intervenant : Alors est-ce que c'est le regard parce que je suis en train de filmé ou est-ce que c'est un regard euh...

152 - Opérateur 1 : Suis en train de travailler euh, je croyais que c'était Olivia qui était rentrée, suis en train d'être filmé, non c'est à cause du film ne me fait pas rire surtout c'est ça c'était plus c'est pas le moment je suis en train de devenir célèbre. C'est mon heure de gloire. Je sais pas pourquoi j'astique

153 - Intervenant : Qu'est-ce qui vous fait rire ?

154 - Opérateur 1 : Je sais pas pourquoi je malaxe le pansement comme ça.

155 - Opérateur 3 : C'est parce que tu es en train de parler en même temps.

156 - Opérateur 1 : Oui, oui, mais tu vois on fait des trucs des fois.

157 - Opérateur 2 : T'es en train d'énumérer tous tes soins restants. Heureusement que tu lui as pas retiré la sonde urinaire en même temps.

158 - Intervenant : Et là vous étiez, y a une collègue qui est rentrée pour faire le point sur les pansements qui restaient à faire c'est ça ?

159 – Opérateur 1 : Oui.

160 - Intervenant : D'accord Donc c'est la fin des tâches.

161 – Opérateur 1 : C'est l'infirmière de jour, ben c'était le jour où j'ai fini mon tour à 11h15 donc je te jure cette journée était horrible. Après ça c'est enfin régulièrement parce qu'on n'a pas forcément les infos ou étant de vie si on ne connaît pas les secteurs.

162 - Intervenant : Donc ça c'était une interruption ?

163 – Opérateur 1 : Hum oui.

164 - Intervenant : Oui, vous le vivez comme ça ou... ?

165 – Opérateur 1 : Ah non pas du tout ! Non ! Non non c'est habituel enfin. C'est normal en fait ! Puis elle a toqué quand même enfin je veux dire ! Non mais c'est vrai.

166 - Opérateur 2 : Je veux dire on n'est pas rentré comme ça dans la chambre.

167 - Opérateur 4 : L'interruption là elle est vécue comme une aide parce qu'elle vient demande ce qui vous reste.

168 - Opérateur 1 : Oui et puis c'est habituel. Oui c'est habituel ! On est tout le temps sollicité.

169 - Opérateur 3 : Faut pas oublier que pendant un temps on n'avait pas ce J. Oui donc on porte un regard différent encore.

170 - Intervenant : Oui, oui.

171 - Opérateur 1 : Après c'est pas forcément le J qui c'est aussi les aides-soignantes qui viennent nous demander, poser des questions, nous donner des infos, mais bon c'est habituel, mais on le fait qui.

172 - Intervenant : D'accord !

173 – Opérateur 1 : Oh là là ces tocs.

174 - Opérateur 2 : Tout est petit.

175 - Opérateur 3 : Ouais c'est toujours de petits pansements des petits pots. Moi c'était pareil quand je me suis vu c'étaient des petits.

176 - Opérateur 1 : C'est horrible les tocs qu'on peut avoir ! Je crois qu'on le fait ! J'enlève le petit drain, mais tu as dû sentir une petite douleur. C'est merveilleux le petit.

177 - Intervenant : Et là ça sonne sans arrêt ! Depuis tout à l'heure ça...

178 - Opérateur 3 : Mais c'est vrai qu'on est habituée aussi !

179 - Opérateur 2 : Ouais ! Comme vous dites on voit qui c'est qui sonne.

180 - Opérateur 1 : C'est vrai ouais on est habitués !

181 - Intervenant : Vous disiez ?

182 – Opérateur 1 : Non mais je disais en fait en nous voyant je me dis c'est fou comme qu'on est l'habitude de tout faire en même temps de par exemple donner des infos sur trois personnes différentes à la collègue en finissant d'emballer le soin en réinstallant à moitié le patient on s'en rend même plus compte en fait.

183 - Intervenant : Hum ! Alors vous êtes obligée de vider vous êtes obligée de vider !

184 – Opérateur 1 : Pour comptabiliser les urines !

185 - Intervenant : Ah d'accord !

186 - Opérateur : Vous faites une idée même si vous enlevez il faut quand même !

187 - Opérateur 1 : Parce qu'il reste perfusé donc !

188 - Intervenant : D'accord.

189 – Opérateur 1 : Et au moins on surveille la reprise mictionnelle après.

190 - Opérateur 3 : Hum ! Suspens ! Ça finie jamais ! C'était un gros pipi. C'était pas un petit pipi tu vois !

191 - Opérateur 1 : Là je parle pas toute seule, je parle à ma collègue qui est écris sur l'ordi ! Oui Parce qu'on peut parler seule mais pas aussi fort.

192 - Opérateur 2 : Ah oui t'étais encore autour.

193 - Opérateur 1 : Non mais c'était une des pires matinées que j'ai eu vécu celle-ci.

194 - Intervenant : Donc là il y a quelqu'un qui vous pose des questions ?

195 – Opérateur 1 : Ouais c'est un brancardier qui nous ramène un patient ou l'interne.

196 - Intervenant : D'accord ! Donc là vous voyez qu'on est interruption sur interruption là ?

197 – Opérateur 1 : Pardon ?

198 - Intervenant : Vous voyez qu'on est d'interruption sur interruption ?

199 – Opérateur 1 : Hum oui tout à fait !

200 - Intervenant : Ça pas l'air très évident pour vous parce que c'est votre pratique quoi en fait.

201 - Opérateur 1 : Mais j'avoue que ! Oui voilà malheureusement, on est obligé de faire avec, on le repère oui mais des fois c'est plus contraignant ! C'est pas aussi évident ! Concrètement On sait que demain se sera pareil !

202 - Intervenant : Là vous parlez plus ?

203 – Opérateur 1 : Ben non !

204 - Intervenant : C'est le moment de calme ?

205 - Opérateur 1 : Ouais je sais pas. Je saurais pas vous dire !

206 - Intervenant : Est-ce que c'est parce que c'est douloureux que...

207 - Opérateur 1 : Non c'est une gêne comme je l'ai expliqué au patient voilà c'est gênant quand on l'enlève sais pas non c'est peut-être je suis dans mes pensées. Je sais pas !

208 - Intervenant : D'accord !

209 – Opérateur 2 : Après y a des trucs pas bien dans le couloir peut-être que tu ! Parce qu'on entend Olivia qui est en train, qui est en train de parler à je ne sais pas qui mais du coup si elle n'a pas eu de transmission ou quoi peut-être qu'écoute ce qui se passe, elle a l'oreille attentive pour voir éventuellement pour répondre, ah oui en même temps elle écoute ce qui se passe !

210 - Intervenant : D'accord !

211 – Opérateur : Oui parce qu'après on répond.

212 - Intervenant : Ok très bien alors de manière générale est-ce vous vous retrouvez toutes dans ce qui a été fait là ?

213 – Opérateur 1 : Bien sûr oui Y a pas de différences de pratiques particulières s'est souvent simple.

214 - Intervenant : Oui d'accord.

215 – Opérateur 3 : Non mais tu sais comme elle était Je crois qu'elle était sous le lit ! Je crois que là c'est interdit maintenant.

216 - Opérateur 1 : Oui c'est vrai, on dirait que je suis à genoux.

217 - Intervenant : Très bien est-ce que vous avez d'autres commentaires sur ce qu'on a vu là jusqu'à maintenant sur les pratiques ? Non. Merci.