



HAL
open science

La construction sociale de la prévention des risques complexes : Le cas du secteur hospitalier

Elsa Laneyrie, Sandrine Caroly

► **To cite this version:**

Elsa Laneyrie, Sandrine Caroly. La construction sociale de la prévention des risques complexes : Le cas du secteur hospitalier. *Ergonomie et développement pour tous*, Oct 2014, La Rochelle, France. pp.179-186. halshs-01314292

HAL Id: halshs-01314292

<https://shs.hal.science/halshs-01314292v1>

Submitted on 11 May 2016

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.



Texte original*

La construction sociale de la prévention des risques complexes: Le cas du secteur hospitalier

Elsa LANEYRIE (1) et Sandrine CAROLY (2)

(1) LIP, université de Grenoble - BP 47 - 38040 GRENOBLE Cedex 9. elsa.laneyrie@hotmail.fr

(2) PACTE, université de Grenoble-IEP- BP48. sandrine.caroly@upmf-grenoble.fr

Résumé. La littérature consacrée au personnel soignant décrit un malaise d'envergure internationale. Cette communication vise à présenter le déploiement d'une démarche de prévention primaire (appelée ORSOSA) au sein de trois établissements de santé observés dans le cadre d'une recherche en ergonomie sur la mobilisation des acteurs dans une prévention durable des risques. Nous observons que l'implantation d'une telle démarche est dépendante de la façon dont les acteurs (direction des soins, direction des ressources humaines, médecine du travail, cadre de santé, cadre supérieur, médecin de l'unité, soignants, ...) se l'approprient, l'inscrivent dans leurs pratiques individuelles et collectives, mais également de la politique institutionnelle en vigueur. Nous nous intéressons ainsi au concept de construction sociale de la prévention des risques complexes (RPS, TMS) et aux modalités permettant la mobilisation des acteurs internes aux établissements de santé. Les principaux résultats suggèrent que la mise en place d'une telle démarche développe les capacités individuelles et collectives des acteurs.

Mots clés : Prévention, Mobilisation collective, Travail collectif, Activité.

The social construction of complex risk prevention: The hospital sector

Abstract: The literature on nurses and nurse's aide described discomfort of international stature. This article aims to present the deployment of a primary prevention approach (called ORSOSA) in three health establishments, which are observed in the context of a thesis in ergonomics. We observe that the implementation of such an approach depends on how actors (management of care, direction of human resources departments, occupational health, environment and medical units , nurses, ...) are living on the part within their practices (individual and collective), and within the institutional policy in progress. We are interested in the concept of social construction of complex risks prevention (RPS, TMS) and invariants for the mobilization of actors to health facilities. The main results suggest that the establishment of such an approach develops individual and collective capacities of actors.

Keywords : Prevention, Community mobilization, Collective work, Activity

*Ce texte original a été produit dans le cadre du congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française qui s'est tenu à La Rochelle du 1^{er} au 3 octobre 2014. Il est permis d'en faire une copie papier ou digitale pour un usage pédagogique ou universitaire, en citant la source exacte du document, qui est la suivante :

Laneyrie, E., & Caroly, S. (2014). La construction sociale de la prévention des risques complexes : le cas du secteur hospitalier. Aucun usage commercial ne peut en être fait sans l'accord des éditeurs ou archiveurs électroniques. Permission to make digital or hard copies of all or part of this work for personal or classroom use is granted without fee provided that copies are not made or distributed for profit or commercial advantage and that copies bear this notice and the full citation on the first page

INTRODUCTION

La littérature consacrée aux personnels soignants décrit un malaise d'envergure internationale : insatisfaction, envie de quitter le métier, absentéisme, départ précoce à la retraite, souffrance psychologique et/ou physique, inaptitudes et troubles musculosquelettiques (TMS) (Estryn Behar, 2004). En effet, alors que cette profession relève des critères de pénibilité définis par le code du travail (article 4121-3-1), les hôpitaux sont confrontés en ce début du XXIème siècle à de nouvelles contraintes s'apparentant à celles de l'entreprise. Ils sont soumis à d'importantes contraintes économiques (tarification à l'acte (T2A), organisation par pôle), voire même de rentabilité, modifiant fortement le système de valeurs et de pratiques professionnelles des soignants.

Face à ce constat, plusieurs types de démarches préventives se mettent en place (démarches de prévention primaire, secondaire et tertiaire). Cependant, quel que soit le type de démarches proposées, nous observons qu'elles sont dépendantes de la façon dont les acteurs les font vivre, les inscrivent au sein de leurs pratiques (individuelles et collectives), ainsi qu'au sein de la politique institutionnelle en cours. Ce sont réellement les acteurs qui portent et donnent du sens aux démarches. Notre recherche vise à identifier les actions collectives à initier en milieu de soin afin que les acteurs internes (médecins et cadres de l'unité, soignants, médecine du travail, direction des soins, direction des ressources humaines) s'approprient une démarche de prévention primaire.

Contexte :

Dans ce contexte délicat, des chercheurs nord-américains se sont intéressés depuis le début des années 80 aux hôpitaux qualifiés de « magnétiques » (magnet hospitals) (Kramer & Schmalenberg, 1988). Ces établissements tirent leur attractivité d'un environnement de travail favorable à l'exercice des soignants (autonomie clinique, qualité des relations médecin-personnel soignant...). **Une équipe pluridisciplinaire composée de chercheurs en médecine du travail, en ergonomie, et en épidémiologie s'est inspirée de cet outil afin de créer la démarche ORSOSA** (Organisation des Soins et de la Santé des Soignants) (De Gaudemaris & al., 2011). Cette dernière a pour objet d'évaluer l'impact des CPO (Contraintes Psychologiques et Organisationnelles) et des contraintes biomécaniques du travail sur la santé des personnels soignants des établissements de santé en termes de TMS, stress et dépression.

Cette démarche, accompagnée par un psychologue du travail externe à l'établissement, est constituée d'un questionnaire composé de plusieurs parties à remplir par les soignants: La première partie CPO est constituée de 22 questions, divisée en 8 dimensions (soutien du cadre infirmier, effectif suffisant dans

l'unité, organisation qui permet la communication, interruption dans le travail, discussion avec le personnel soignant, partage des valeurs de travail, soutien de l'administration, organisation qui permet le respect des congés). La seconde, la partie biomécanique est constituée de 13 questions en 3 parties (manipulation du malade, manipulation autour du malade, gestes et postures) et de l'échelle de Borg, évaluant l'intensité de la charge de travail.

La mise en place de la démarche se déroule en cinq phases : le psychologue du travail accompagne chacune d'elles. Les établissements dans lesquels il intervient se sont portés volontaires et ont signé une convention pour participer à la démarche ORSOSA.

La phase 1, réunit des acteurs institutionnels afin de présenter la démarche et choisir les unités à auditer. La phase 2, permet de rencontrer le cadre de santé et le médecin de l'unité choisie afin de présenter la démarche et le questionnaire. La phase 3, vise une rencontre avec les équipes et le cadre de santé afin de présenter la démarche et préciser les modalités de remplissage du questionnaire ORSOSA. La phase 4, porte sur la restitution des résultats du questionnaire et permet aux acteurs de construire un diagnostic sur les forces et faiblesses de l'unité tout en cherchant des pistes d'amélioration. Enfin, la phase 5, consiste à faire un suivi et un bilan de la mise en place des préconisations établies dans le cadre de la démarche ORSOSA.

L'objectif du psychologue du travail est de déployer au sein des Centres Hospitaliers (CH) volontaires la démarche avec les acteurs internes : des acteurs institutionnels (directeur des ressources humaines, directeur des soins, directeur qualité...), des acteurs des unités de soins (médecin de l'unité, cadre de santé et soignants) et des acteurs de la médecine du travail (médecin du travail et infirmier du travail). A l'aide des résultats du questionnaire ORSOSA, ces acteurs peuvent se saisir de ces données afin de débattre du travail réel des soignants et chercher des améliorations possibles pour les unités de soins.

PROBLEMATIQUE

Notre travail de recherche s'inscrit dans le cadre d'une thèse en ergonomie, financée par la CNRACL (Caisse Nationale des Retraites des Agents des Collectivités Locales). Nous nous intéressons ainsi au concept de construction sociale de la prévention des risques de RPS et de TMS et aux ingrédients permettant la mobilisation des acteurs internes aux établissements de santé. Nous utiliserons volontairement le terme de risque complexe car si les risques TMS et RPS sont multifactorielles, la recherche a besoin aujourd'hui de produire des connaissances sur la façon dont les acteurs conçoivent des démarches pour une efficacité de la prévention. Il s'agit d'étudier comment se mobilisent des acteurs internes afin de promouvoir et mettre en œuvre des démarches préventives. Pour cela, nous nous intéressons au lien entre activité collective et activité

individuelle. A ce titre, nous nous appuyons sur la notion d'activité collective (Caroly, 2010) au regard du travail collectif (De la Garza & Weill- Fassina, 2000) et du collectif de travail (Caroly 2010; Clot, 2011). De plus, nous cherchons à comprendre comment un acteur peut se sentir en capacité (Daniellou, 1988 ; Sen, 1999; Rabardel, 2005) dans un environnement capacitant (Falzon, 2005; Fernagu-Oudet, 2012) de se mobiliser dans ce type de démarche. A ce titre, le modèle de Baril-Gingras, Bellemare & Brun (2004) montre que les effets d'une intervention seraient dépendants de plusieurs caractéristiques : du contexte interne de l'entreprise (structure, taille, situation économique, type d'acteurs en présence...), des caractéristiques de l'intervention et de l'intervenant (modèles et stratégies) et du contexte externe de l'entreprise (cadre réglementaire et législatif, ...).

METHODOLOGIE

Nous avons suivi la démarche ORSOSA dans trois unités de gériatrie à chacune des étapes d'implantation. Plusieurs études et spécialistes s'accordent à dire que c'est dans ces unités que les conditions de travail sont les plus difficiles d'un point de vue physique (manutention) et psychique (patients en fin de vie, troubles cognitifs, dépendance, etc.).

Le chercheur en ergonomie était en situation d'observation du déploiement de la démarche et de la compréhension du processus porté par l'intervenant et les acteurs internes de l'établissement. Il n'était pas l'intervenant de la démarche ORSOSA. Afin de suivre son déploiement, nous avons utilisé plusieurs outils méthodologiques:

- *la tenue d'un journal de bord* (soit 70 journaux pour les trois terrains observés) par le psychologue en charge du déploiement du dispositif ORSOSA. Ce journal permet de recueillir les représentations et les stratégies de l'intervenant tout au long de l'intervention (Bellemare et al., 2002).

- *des entretiens brefs individuels* avec l'ensemble des acteurs à chaque étape (soit 85 entretiens) de la démarche pour explorer leur changement de représentation, leur marge de manœuvre et leurs conduites dans les actions de prévention. Ces entretiens permettent d'apprécier l'implication des acteurs dans la démarche.

- *des observations ergonomiques de terrain* de deux jours au sein des unités choisies. L'objectif est de comprendre le contexte dans lequel interviennent l'intervenant et les acteurs internes et d'obtenir ainsi des éléments sur le fonctionnement et l'histoire de l'unité ainsi que sur la réalité du travail pour les soignants.

Les données issues de cette méthodologie ont été catégorisées afin de rendre compte de la dynamique de mobilisation des acteurs. Cinq catégories ont été utilisées : l'écart entre la démarche

prescrite et réelle ; la présence des acteurs lors des différentes étapes de la démarche ; les stratégies de l'intervenant ; le développement de l'activité individuelle et le développement de l'activité collective.

RESULTATS

Nous ne pouvons présenter dans le cadre de cette communication l'ensemble de nos résultats. Nous resterons sur une approche descriptive du déploiement de la démarche pour en tirer des enseignements en discussion. Nous montrons l'appropriation d'une démarche préventive, au sein de trois établissements audités, selon la diversité des acteurs présents et du contexte institutionnel. Leur mobilisation oriente différemment le processus d'implantation de la démarche, avec des effets différenciés sur les actions de prévention mises en œuvre.

Un contexte institutionnel différent au sein des établissements observés

Le terrain 1 est une unité de soins au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) tandis que les terrains 2 et 3 sont des unités provenant de deux centres hospitaliers régionaux (CH) différents.

L'établissement du terrain 1 est soumis aux contraintes de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux). L'unité que nous avons observé comporte 40 lits, est en période de restructuration (fusion de deux unités) et est soumise à un absentéisme important non remplacé. Le cadre de santé, ne travaillant pas en binôme avec le médecin de l'unité, exprime une surcharge de travail importante concernant tous les professionnels de l'unité. Ceci étant renforcé par la présence de nouveaux infirmiers ne connaissant pas encore bien l'unité et les routines du métier. Enfin, peu de projet sont menés au sein de l'unité.

L'établissement du terrain 2 est en période de restriction budgétaire (suppressions de postes, non remplacement des personnes en arrêt maladie, heures supplémentaires non payées, ...). Cet établissement est en période de grands travaux visant à améliorer la qualité des soins proposée au patient. En ce qui concerne l'unité observée, elle comprend 35 patients lourds. Les soignants sont autorisés à travailler en collectif que lorsque l'état du patient l'impose. Nous observons un binôme cadre/ médecin efficient ainsi qu'un infirmier référent. L'unité est porteuse de plusieurs projets centrés sur la prise en charge des patients et demande depuis plusieurs années du matériel adapté (lève-malade, lave-bassin, lits à hauteur variable, ...).

L'établissement du terrain 3 est en période de certification, de nombreux projets institutionnels sont en cours afin d'améliorer la prise en charge des patients et la qualité de vie des soignants. De plus, cet établissement est en attente de nouveaux locaux. En ce qui concerne l'unité observée, elle comprend 20

patients lourds provenant principalement des urgences. Les soignants sont autorisés à travailler en collectif et les Agents des Services Hospitaliers (ASH) à faire des glissements de tâches afin d'aider les aides-soignants. Nous observons un binôme cadre de santé/ médecin de l'unité efficient. Le taux d'absentéisme est conforme à la moyenne, cependant, il est possible de remplacer les professionnels absents à l'aide d'un pool de remplacement. Enfin, l'unité de soins est porteuse de nombreux projets portés principalement par le médecin de l'unité.

Ainsi, nous observons que bien que l'ensemble des établissements observés soient soumis à des restrictions budgétaires, le contexte organisationnel est différent : le terrain 1 est dans un contexte plus positif que le terrain 2. Le terrain 3 semble dans un contexte nettement plus positif que les terrains 1 et 2.

Différents acteurs mobilisés :

Il convient de signaler que la démarche ORSOSA n'a pas mobilisé les mêmes acteurs au sein des trois établissements observés :

En effet, au sein du terrain 1, les acteurs mobilisés se situent au niveau du pôle d'activité (unités médico-économique) : cadre supérieur, cadre de santé, médecin de l'unité et soignants. Seul le directeur des soins est présent au niveau institutionnel. Alors que le médecin du travail a été absent, l'ergonome du service de prévention a accompagné la démarche. Il convient de noter que lorsque la démarche a été déployée, le cadre supérieur s'occupant de l'unité venait juste de changer.

Au sein du terrain 2, aucun acteur institutionnel n'a été engagé dans la démarche. Son déploiement ayant été confié par le directeur des ressources humaines à la médecine du travail (médecin et infirmier du travail du travail). En outre, cadre, médecin de l'unité et soignants ont été peu mobilisés. Lors du déploiement de la démarche, la direction des soins était absente.

Au sein du terrain 3, une diversité d'acteurs s'est mobilisée dans la démarche : la direction des soins, le gestionnaire des risques, la médecine du travail, le cadre de santé, le médecin de l'unité et les soignants. Cependant, le cadre supérieur a été absent au cours du déploiement de la démarche. De plus, il n'y a pas de directeur des ressources humaines dans cet établissement.

Le type d'acteur mobilisé et leur diversité apparaît primordial quant au déploiement de la démarche. En effet, nous verrons que c'est au sein du terrain 3 que les résultats de la démarche sont les plus efficaces en termes d'actions de prévention primaire des risques professionnels.

Description du déploiement de la démarche au sein des terrains étudiés :

Nous avons souhaité reprendre chacune des grandes étapes du déploiement de la démarche en comparant les trois unités étudiées. En effet, l'implantation de la

démarche au sein de ces établissements a été différente :

Phase 1 : La rencontre institutionnelle

Nous observons un initiateur de la démarche différent au sein des établissements suivis. Ainsi, au sein du terrain 1 c'est le médecin chef de pôle, au terrain 2, le directeur des ressources humaines et au terrain 3, le médecin du travail de l'établissement. Lors de cette rencontre, l'ensemble des acteurs des 3 terrains font un rapprochement entre leur activité individuelle quotidienne et la démarche ORSOSA. Ils se posent des questions sur leur rôle et sur celui des différents acteurs. Au sein du terrain 3, un porteur de la démarche est identifié : le gestionnaire des risques s'est proposé comme pilote de la mise en œuvre de la démarche.

D'un point de vue de l'activité collective, les acteurs se sont interrogés sur la mise en place de la démarche. Les acteurs terrain 1 ont insisté dès le démarrage sur la nécessité d'inscrire la démarche au niveau institutionnel afin d'avoir recours à des acteurs institutionnels tels que la direction des ressources humaines ou la direction des soins. Dans ce cadre, ils ont souhaité créer un comité de pilotage et faire plusieurs présentations en Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT). Les acteurs du terrain 2 ont souhaité la présence des syndicats dans la démarche alors que ces derniers ne sont pas prévus dans la démarche prescrite. Les acteurs du terrain 3 ont fait plusieurs rapprochements avec des projets en cours et ont conscience de l'impact du travail sur la santé.

Les acteurs ont dû choisir les unités à auditer pour la mise en place de la démarche. La façon de procéder a été différente. Dans le terrain 1, les unités ont été choisies au sein d'un même pôle par les acteurs, afin d'avoir des unités stables dans lesquelles il n'y avait pas de changements de cadre ou de restructurations. Dans le terrain 2, les acteurs ont identifié des unités « à risque » mais par crainte des réactions des acteurs de terrain et des syndicats, ils ont procédé à un faux tirage au sort. Enfin, dans le terrain 3, le directeur des soins a choisi seul les unités.

Voici un extrait des échanges concernant le **terrain 1** entre l'intervenant, le médecin chef de pôle et le cadre supérieur concernant le choix des unités à auditer.

Intervenant : sur quelles unités on peut partir pour faire de la prévention primaire ?

Médecin chef de pôle : Il y a déjà une démarche en cours à y, il faudrait attendre avant d'y aller surtout qu'il y a une surcharge de travail.

Cadre supérieur : c'est peut être le bon moment justement, il y a eu des réouvertures de lits, ils ont leurs effectifs, après les problématiques sont permanentes, elles n'ont pas changé.

Médecin chef de pôle : il faut réfléchir aux critères, au choix des unités. Qu'ils soient capables de faire la démarche sans nous ! Il faut des unités calmes car la démarche doit être intéressante et rapide donc faut pas aller voir des gens surchargés de travail sinon ça va trainer des pieds.

Cadre supérieur : t'as des unités pas surchargées de travail toi ? Moi, j'en connais pas beaucoup.

Médecin chef de pôle : faut bien sûr que le cadre soit d'accord mais je voyais bien x car c'est une équipe de jeunes motivés et puis, y a un point qui est quand même intéressant car y a deux unités médicales différentes et même si y a pas de souffrance, y a encore des difficultés organisationnelles. Puis, je pense que la cadre va jouer le jeu, enfin je ne lui en ai pas dit un mot.

Intervenant : il faut bien tourner les choses en leur expliquant le pôle x est pilote, qu'on prend des unités de prévention primaire, donc des unités où globalement ça va bien pour amorcer sur les autres unités, qu'il n'y a aucune attaque envers elle.

Médecin chef de pôle : et sinon, il y avait une autre suggestion qui parlait du fait que l'équipe de x était pétillante.

Intervenant : oui, c'est madame x (direction des soins) qui a dit ça.

Cadre supérieur : oui, mais du coup, on prend des unités qui vont bien.

Médecin chef de pôle : c'est quand même un projet qui démarre.

Cadre supérieur : est-ce que c'est vraiment logique ? Je dis pas que Ce n'est pas intéressant. Ca me paraît bien tronqué, on pourrait prendre des unités de la gériatrie, ça me paraît important.

Médecin chef de pôle : laquelle alors ?

Cadre supérieur : x peut être sachant qu'il y a des flottements en ce moment entre l'équipe médicale et l'équipe soignante.

Nous observons une discussion entre les acteurs sur le choix des unités à auditer. Les acteurs semblent ne pas vouloir imposer la démarche aux unités. Les indicateurs utilisés afin de choisir les unités semblent ne pas être les mêmes pour chacun des acteurs : faible charge de travail versus difficultés entre l'équipe médicale et soignants.

Le choix des unités pour **le terrain 2** fut le fruit d'un échange entre le médecin du travail, l'intervenant, le directeur des ressources humaines (DRH) et le directeur qualité.

Médecin du travail : comment ont été faits les choix des unités dans la démarche précédente ?

Intervenant : ça a été tiré au sort, c'est pour ça qu'aujourd'hui, on est là car vous avez un libre choix. Vous connaissez l'établissement par rapport à votre ressenti, sachant qu'en général, ce que l'on fait, c'est de la prévention primaire, vous voudriez peut-être que j'aille dans les unités où c'est plus problématique mais...

Directeur qualité : soit on tire au sort, soit on choisit les unités ?

Intervenant : ça a toujours été tiré au sort jusqu'à présent.

Médecin du travail : je pense que pour notre coup d'essai, on a intérêt à choisir où on aura plus facilement une adhésion par rapport au projet, faut peut-être pas se lancer, même si c'est paradoxal, dans les endroits où il y a de grosses problématiques où on risque de se faire envoyer dans le mur, peut-être plus les réserver pour un second temps, quand on sera bien rodé dans la manipulation de l'outil. Puis, il faut un endroit où il y a des infirmiers et des aides soignants, un encadrement stable, il ne faut pas trop de projets en cours. Je vois bien la gériatrie, car y a un bon encadrement, le médecin est partie prenante et les soins sont difficiles. Il y a beaucoup de manutention.

DRH : on va dire que l'équipe ORSOSA a tiré au sort sinon on va avoir des problèmes avec madame X (cadre de l'unité) et les syndicats.

Intervenant : monsieur x (coordinateur de projet ORSOSA au niveau national) ne souhaite pas intégrer les syndicats.

DRH : je présenterai ce diaporama, je les rencontre jeudi, on essaie de travailler sur toutes les fenêtres qui s'ouvrent avec. Ils sont très attachés au fait que vous soyez extérieur

Ces échanges montrent que l'intervenant indique aux acteurs la procédure prescrite de tirage au sort pour choisir les unités à auditer. Le médecin du travail émet sa volonté de faire passer la démarche dans les unités de gériatrie tandis que le DRH s'inquiète des retombées possibles de ce choix. Ceci laisse entrevoir un contexte institutionnel tendu.

L'échange quant au choix des unités pour **le terrain 3** fut entre le directeur des ressources humaines (DRH), le gestionnaire des risques, le médecin du travail, l'infirmier du travail et l'intervenant.

DRH : on fera le choix des unités plus tard.

Gestionnaire des risques : j'ai des idées mais (rire)...

DRH : c'est une discussion qu'on doit avoir au niveau de la direction des soins.

Gestionnaire des risques : il faut voir avec le médecin du travail si des choses remontent.

DRH : à voir en interne, d'ici fin avril ça sera bon je pense.

Gestionnaire des risques : si ce n'est pas trop compliqué (rire).

DRH : voilà mais fin avril, vous aurez deux unités pilotes.

Médecin du travail : on commence par des unités en tension ou calmes ?

Intervenant : calmes.

DRH : il faut trouver des points d'accords.

Gestionnaire des risques : oui, mais y a des choses qui se disent à la médecine du travail qu'on n'a pas toujours (...) y a pas toujours le même niveau d'info, un décalage peut-être important.

Infirmière du travail : on a beaucoup de problématiques en individuel car on voit une personne à la fois !

Gestionnaire des risques : on en discute avec X (directeur des soins) et on voit avec vous (à la médecine travail).

DRH : faut voir avec lui, oui.

Cet extrait montre que ce qui est débattu n'est pas le type d'unité à auditer mais la personne qui va choisir les unités. Ceci suggère un contexte organisationnel particulièrement participatif dans lequel les décideurs sont bien identifiés ainsi que les façons de mettre en œuvre des démarches projet.

Phase 2 : La rencontre médecin / cadre de santé de l'unité

Le médecin et le cadre de santé des unités 1 et 2 ne souhaitent pas mettre en place la démarche dans leur unité. Ils craignent d'être évalués et ne comprennent pas l'objectif de la démarche, ils contestent la validité du questionnaire. Cependant, l'intervenant et les acteurs institutionnels ont fortement incité les acteurs à mettre en œuvre la démarche dans leurs unités de soins. Dans le terrain 3, la démarche a été bien acceptée, les acteurs de terrain ont identifié la valeur ajoutée de la démarche pour travailler sur plusieurs projets de service en lien avec la qualité de vie du personnel soignant. Ils ont présenté à l'intervenant lors de cette réunion, le fonctionnement de leur unité et les difficultés rencontrées.

Phase 3 : La rencontre avec les équipes et entretiens avec les cadres de santé

Dans les trois terrains, les agents étaient présents et ont demandé des précisions quant aux modalités de remplissage du questionnaire. Tous les cadres de santé ont été présents. Dans le terrain 3, l'infirmier du travail a accompagné l'intervenant afin de présenter l'outil. A la suite de cette présentation aux équipes, l'intervenant s'est entretenu avec les cadres de santé. L'entretien avec le cadre de santé du terrain 1 a permis à celui-ci d'exprimer ses difficultés et sa souffrance quant à une charge de travail trop importante, ne lui permettant plus d'être auprès de ses équipes. Il a pu aussi exprimer les difficultés rencontrées avec l'équipe médicale qui sous-estime la charge de travail des équipes soignantes. Dans les terrains 2 et 3, ce temps d'échange avec l'intervenant a permis aux cadres de santé de présenter le fonctionnement de l'unité, les difficultés rencontrées et de se projeter dans des pistes d'amélioration.

Phase 4 : Restitutions des résultats du questionnaire

L'ensemble des questionnaires (remplis par les soignants) a été traité par l'intervenant à l'aide d'un logiciel prévu à cet effet et 3 types de restitutions ont ensuite eu lieu :

Une restitution au cadre et au médecin :

Dans le terrain 1, la restitution a eu lieu en deux entretiens du fait que le cadre de santé était inquiet des résultats du questionnaire. L'intervenant a organisé une première réunion avec la direction des soins, l'ergonome et le cadre de santé. Ils ont pu échanger sur les difficultés organisationnelles et relationnelles (entre le cadre de santé et le médecin de l'unité; l'équipe soignante et l'équipe médicale) au sein de l'unité. Le directeur des soins a exercé un rôle de coach (conseils, aide méthodologique, ...) auprès du cadre de santé afin de lui redonner du pouvoir d'agir. La seconde réunion organisée par l'intervenant a permis de rencontrer le médecin de l'unité sans le cadre de santé.

Dans le terrain 2, le cadre de santé, le médecin de l'unité et le cadre supérieur se sont mobilisés collectivement contre la démarche. Ils ne voient pas l'intérêt de la démarche et ce, compte tenu des résultats du questionnaire. Ces acteurs sont en demande uniquement d'améliorations matérielles afin de faire progresser la qualité des soins. Le médecin du travail présent rappelle à plusieurs reprises la nécessité de prendre en compte la santé des soignants afin de garantir la qualité des soins aux patients.

Dans le terrain 3, la parole était libre et de nombreuses discussions sur les dysfonctionnements et améliorations possibles ont eu lieu. La médecine du travail était présente.

Une restitution à l'équipe soignante :

Pour les terrains 2 et 3, l'équipe de médecine du travail était présente. Dans les terrains 1 et 3, les soignants étaient nombreux à la restitution. Ils ont pu débattre des résultats obtenus au questionnaire et chercher ensemble des solutions. Dans le terrain 2, les soignants étaient moins nombreux et ils ont peu participé : ils ont insisté sur des besoins matériels comme les cadres lors du démarrage de la démarche.

Une restitution collective (équipe soignante et cadre) :

Lors de cette espace de parole, les acteurs présents étaient différents selon les terrains. Dans le terrain 1, l'ergonome, le cadre supérieur, le cadre de santé, le médecin de l'unité et les soignants étaient présents. Aucun acteur institutionnel n'est venu. Ce temps a permis aux soignants d'interroger le cadre supérieur sur les heures supplémentaires, les remplacements des arrêts maladies et d'échanger sur la charge de travail.

Dans le terrain 2, aucun acteur institutionnel n'a été présent. Le médecin du travail a oublié le rendez-vous. Seuls deux soignants étaient présents. Il n'a pas été possible pour les soignants et l'intervenant de débattre avec le cadre supérieur, le cadre de santé et le médecin de l'unité, qui étaient mobilisés collectivement contre la démarche. Les cadres et le médecin de l'unité ont de plus été très pointilleux concernant le compte rendu remis par l'intervenant à destination de la direction. A ce titre, ils ont demandé à plusieurs reprises de changer les termes utilisés.

Dans le terrain 3, une diversité d'acteurs était de mise : des acteurs institutionnels (tels que la direction

des soins, le gestionnaire des risques), le médecin du travail, des acteurs internes à l'unité (tels que le cadre, le médecin de l'unité) et les soignants. Ce temps a permis aux acteurs de débattre de plusieurs pistes d'actions de prévention en lien avec l'activité de l'unité de soin, mais aussi à la direction des soins de faire plusieurs liens avec des projets institutionnels en cours.

Phase 5 : Suivi et bilan de l'intervention

Nous avons interrogé les acteurs à 6 mois pour évaluer les effets de la démarche au sein des unités sur la prévention durable des TMS et RPS. Pour le terrain 1, les préconisations sont en cours de déploiement (rédaction du profil d'aide au cadre, aménagements et travaux, analyse de la charge de travail, instauration de nouvelles réunions d'information avec les équipes).

Dans le terrain 2, aucune préconisation n'a été mise en œuvre étant donné les demandes exclusivement matérielles. Seul, le cadre a demandé à l'intervenant s'il existait d'autres types de démarche en lien avec les équipements de protection individuelle (EPI).

Enfin, au sein du terrain 3, presque toutes les préconisations ont été mises en place (groupe de travail sur l'interruption des tâches, mise en place de réunion d'information, acquisition de matériel, organisation d'un temps médical/ soignants, formation du personnel, ...). Bien entendu, nous ne pouvons certifier que l'ensemble des évolutions et des réflexions en cours dans les établissements est uniquement dû au déploiement de la démarche. Mais la manière dont les acteurs se sont appropriés la démarche ORSOSA y a contribué.

DISCUSSION

Nos résultats suggèrent des liens entre l'activité individuelle d'un acteur et l'activité collective des acteurs présents dans le déploiement de cette démarche. En effet, dans le terrain 1, c'est parce que le cadre de santé a pu exprimer ses difficultés et se sentir soutenu qu'il a pu à son tour mobiliser les soignants, le médecin de l'unité et le cadre supérieur. Dans le terrain 2, le cadre s'est mobilisé avec le médecin de l'unité et le cadre supérieur au départ contre la démarche puis individuellement tardivement (lors de la dernière restitution) en émettant le souhait de travailler sur l'acquisition d'EPI. Cette mobilisation tardive n'a pas permis au cadre de santé de mobiliser d'autres acteurs. Enfin, au sein du terrain 3, cadre de santé et médecin de l'unité se sont mobilisés dès le départ. C'est ainsi que la démarche a pu porter ses fruits en **initiant une dynamique préventive et collective au sein de l'établissement**.

L'outil ORSOSA est ainsi considéré comme un instrument (Rabardel, 2005) permettant de réunir différents acteurs autour d'un Objet commun. Dans le cadre de notre recherche, nous nous intéressons à la dynamique collective initiée par la démarche dans la prévention durable des risques, plutôt qu'aux résultats du questionnaire dans les unités de soins.

Nos résultats suggèrent que plus des acteurs internes, de métiers et de niveaux hiérarchiques différents s'investissent et se déplacent sur le terrain, plus les échanges sur le travail réel et l'organisation du travail sont riches. Ce retour sur le terrain permet aux acteurs de développer leur capacité d'agir et de construire une mobilisation collective au sein de l'établissement. Par exemple, lorsque le contexte organisationnel est favorable, cette démarche permet au cadre de santé et au médecin de l'unité d'interagir dans de nouveaux lieux de débat avec les soignants, ce qui leur permet de se positionner différemment. Ils acquièrent ainsi une nouvelle posture et une nouvelle capacité d'agir. Enfin, les soignants peuvent mettre en perspective les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien avec le contexte organisationnel et ne pas les associer à l'incompétence d'un acteur institutionnel.

Cette démarche invite les directions à mettre au cœur de leur processus de changement et de prévention des risques, la question du travail réel (Leplat, 1997). Cette question débattue au sein d'espaces de confrontation entre les différents professionnels (Teiger, 2007) leur donne des capacités individuelles et collectives (Rabardel, 2005; Fernagu-Oudet, 2012) à construire un sens commun partagé sur le travail pour dépasser les obstacles et les difficultés rencontrées dans l'activité de chacun. Ainsi, les échanges collectifs sur les difficultés quotidiennes enrichissent la reconnaissance (Dejours, 1995) de l'activité d'autrui (Caroly, 2010). Les acteurs institutionnels développent une meilleure compréhension quant aux fonctionnements des unités de soins. Ils changent leurs représentations du travail réel et ils développent de nouvelles relations entre eux. Les possibilités données par la démarche ORSOSA mobilisant un travail collectif permettent aux acteurs de pouvoir débattre, penser et agir leur situation de travail (Daniellou, 1988), si le contexte est favorable à la construction sociale de la prévention des risques.

La construction sociale de la prévention des risques complexes est un processus long, qui s'élabore aux différentes étapes de l'implantation de la démarche en **fonction du contexte des établissements et des acteurs internes en présence** (Baril-Gingras, Brun & Bellemare, 2004). Cette construction nécessite le passage constant d'activité individuelle à collective et vice et versa (Caroly, 2010). C'est seulement ainsi que l'acteur pourra se développer dans sa pratique professionnelle (Rabardel, 2005). Elle nécessite de plus, le recours à un initiateur, ici l'intervenant. Dans le cadre de notre recherche, nous n'avons pas opté pour une approche sociologique des stratégies d'acteur et des jeux de pouvoir, qui aurait été intéressante à instruire. Nous nous situons davantage du point de vue du développement de l'activité comme condition de la mobilisation des acteurs dans la prévention des risques complexes.

CONCLUSION

Bien que la démarche n'ait pas eu la même répercussion dans les trois unités étudiées, des effets intermédiaires ont pu être observés (changements dans la façon de travailler ensemble, nouvelles collaborations, nouveaux fonctionnements, nouveaux questionnements...). En effet, une telle démarche ne peut être efficace que si le contexte institutionnel est propice, permettant alors à une diversité d'acteurs de se mobiliser collectivement afin d'agir sur le travail réel.

La démarche ORSOSA n'est pas forcément l'outil idéal pour faire de la prévention durable des risques. C'est la façon dont il est mis en œuvre, comme cela pourrait être vrai pour d'autres outils, qui nous intéresse. Il apparaît qu'une démarche s'appuyant sur du travail collectif autour de l'objet de la prévention peut être un levier à la mobilisation des acteurs dans la prévention des risques complexes. Le processus de construction sociale de la prévention dépend du rôle de l'intervenant, et des possibilités de développement des personnes et des organisations.

BIBLIOGRAPHIE

Baril-Gingras, G., Bellemare, M., Brun, J.P. (2004). *Intervention externe en santé et en sécurité du travail. Un modèle pour comprendre la production de transformations à partir de l'analyse d'interventions d'associations sectorielles paritaires* (Rapport 367). Canada: IRSST.

Bellemare, M., Marier, M., Montreuil, S., Allard, D., Prevost, J. (2002). *La transformation des situations de travail par une approche participative en ergonomie : une recherche intervention pour la prévention des TMS* (Rapport R-292) Canada : IRSST.

Caroly, S. (2010). *L'activité collective et la réélaboration des règles : des enjeux pour la santé au travail* (HDR en ergonomie). Université Victor Segalen Bordeaux 2.

Clot, Y. (2011). *Travail et pouvoir d'agir*. Le travail Humain. Paris, France : PUF.

Daniellou, F. (1988). Participation, représentation, décisions dans l'intervention ergonomique. In V. Pilnière et O. L'hospital (coord.), Actes des Journées de Bordeaux sur la Pratique de l'Ergonomie: Bordeaux.

De Gaudemaris, R., Lang, T., Sénéchal, M., Amar, A., Caroly, S., Zimmermann, B. & Sobaszeck, A. (2011). Diagnostic et prévention des contraintes psychologiques et organisationnelles. *Gestions Hospitalières*, 509, 536-540.

Dejours, C. (1995). *Le facteur humain*. Paris : France : PUF

Estryn-Behar (2004). *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant*. Etude PRESST-NEXT. Partie 1.

Falzon, P. (2005, septembre). *Ergonomie, conception et développement*. Actes du 40e congrès de la SELF, La Réunion.

Fernagu-Oudet, S. (2012). Concevoir des environnements de travail capacitants comme espace de développement professionnel : Le cas du réseau réciproque d'échanges des savoirs à La Poste, *Formation Emploi*, 119, 7-27.

Garza, de la C., Weill Fassina, A. (2000). *Régulations horizontales et verticales du risque*. In Weill-Fassina, A., Benchekroun, H. (2000). *Le travail collectif : perspectives actuelles en ergonomie*, 217-234. Toulouse, France : Octares

Kramer, M., Schmalenberg, C. (1988). Magnets hospitals : Part 1. Institutions of excellence. *Journal Nurs Adm*, 18(1),13-24.

Leplat, J. (1997). Regard sur l'activité en situation de travail : contribution à la psychologie ergonomique. Paris, France : PUF

Rabardel, P. (2005). Quels pouvoirs d'agir pour quels acteurs ergonomiques ? In Landry, A., Nouviale, L., Rodriguez, N. *L'ergonome et les collaborations multiprofessionnelles*. Actes des Journées de Bordeaux, 101-106.

Sen, A. (1999) *Development as Freedom*, in Bessières, M. (2000). *Un nouveau modèle économique: développement, justice, liberté*. Paris, France : Odile Jacob.

Teiger, C. (2007). De l'irruption de l'intervention dans la recherche en ergonomie. *Education Permanente*, 170, 35-49.