

**La santé des soignants.
Conditions de travail et rapport aux risques professionnels
des professionnels du soin.**

Charles Gadea, sociologue, Laboratoire Printemps, UMR CNRS 8085, Université de Versailles St Quentin-en-Yvelines, 47 Bd Vauban 78047 Guyancourt, Charles.Gadea@uvsq.fr

Jean-François Caillard, Responsable du service de médecine du travail et pathologie professionnelle, CHU de Rouen, Pavillon de l'Aubette, CHU Ch. Nicolle, 76031 Rouen, Jean-François.Caillard@chu-rouen.fr

Recherche réalisée avec Sid Abdelaoui (Université de Rouen), Sophie Divay (Matisse, Centre d'économie de la Sorbonne), Arnaud Elie (Centre Maurice Halbwachs), Maria Helena Gomes Pereira (Cnam), Marcel Lourel (Université de Rouen), Dominique Lhuilier (Cnam), Allison Mambourg (Université de Rouen), Maud Paltrier (Université de Rouen)

Cette opération de recherche pluridisciplinaire réunissait de spécialistes de la sociologie des groupes professionnels, de la psychologie clinique du travail, de la psychologie sociale et de la médecine du travail. Elle avait pour objectif d'observer la manière dont les travailleurs s'approprient les connaissances produites par les enquêtes sur les conditions de travail, et tentent le cas échéant de mettre en place des actions participatives d'amélioration des conditions de travail sur la base de ces connaissances. Il existe en effet une masse d'informations qui permettent de dresser un diagnostic précis des sources de risques professionnels et d'insatisfaction au travail, en situant clairement les populations concernées et leur degré d'exposition, mais elles ne permettent pas de comprendre ce que les professionnels savent de ces risques, ni de quelle manière ils réagissent à l'information au sujet de ces risques.

Un questionnement pluridisciplinaire centré autour de la problématique de la régulation sociale

Partant du constat régulièrement vérifié (notamment dans l'enquête européenne PRESS-NEXT) que la qualité des relations au sein des équipes de travail et entre les professionnels et leurs encadrants joue un rôle crucial dans la perception des sources d'insatisfaction, et même dans la protection contre le risque, par exemple via le soutien psychologique, l'entraide pour les tâches physiques ou le partage des tâches entre collègues, nous avons orienté notre réflexion vers les normes et principes de fonctionnement, explicites ou implicites, qui ont cours dans les collectifs de travail.

Nous inspirant de la théorie de la régulation sociale élaborée par Jean-Daniel Reynaud, nous avons voulu nous intéresser « à la régulation plutôt qu'aux règles » et nous avons fait varier les niveaux d'analyse sur lesquels portait l'observation, depuis les micro-régulations au sein de collectifs restreints, voire à l'échelle d'un seul individu, jusqu'aux méso-régulations au niveau régional, par exemple au sein de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Pour

circonscrire le champ d'observation, nous avons plus particulièrement orienté l'attention vers trois types particuliers de risques : les risques musculo-squelettiques (notamment liés au transport de charges lourdes), la pression temporelle, la difficulté de travailler selon les règles du métier et de donner un sens positif à son activité. Mais, en pratique, la situation d'observation a bien souvent conduit à développer une approche globale du comportement des soignants face au risque, et même face à l'ensemble de leurs conditions de travail, plutôt qu'à un risque singulier.

Pour comprendre le sens que revêt pour les soignants la réception d'informations relatives aux risques professionnels qu'ils courent, il faut en effet encadrer cette transmission d'informations dans le cadre de ces formes de régulation conjointe qui caractérisent leur travail quotidien. En somme, pour accomplir leur travail, il leur faut trouver continuellement des solutions aux incidents, des arrangements entre collègues, des palliatifs aux absences, des priorités face aux urgences qui s'accumulent, mais aussi des façons de se redonner du courage, des raisons de s'accorder un répit. Ainsi s'instaurent des jeux nécessaires avec la norme, voire une distance envers les règles officielles, qui font partie des stratégies qui rendent possible le fonctionnement quotidien des établissements de soin, au prix éventuellement d'un surcroît de tension ou d'anxiété lié à cette transgression. C'est dans l'espace que ces stratégies construisent avec, autour, contre la « régulation de contrôle », à ce lieu de « rencontre de plusieurs légitimités » (Reynaud, 1989, p. 325), que s'élabore le sens de bien des aspects du travail touchant aux problèmes de santé : absences, maladies, inaptitudes déclarées, fuites en avant, accumulation silencieuse de tensions qui ne trouveront parfois d'autre voie que le conflit, la somatisation ou le désir de changer de métier.

Autour de cet axe central d'analyse, se greffent des questionnements spécifiques relevant de la sociologie des professions, de la psychologie du travail et du changement social, de la psychologie clinique. On s'intéresse ainsi notamment à l'articulation entre le stress professionnel et la tension créée par les conditions de travail entre vie professionnelle et vie privée, au rôle que peut jouer le sentiment de justice dans la régulation des relations entre les soignants et leur hiérarchie, et, plus largement, aux modalités que revêtent les « fonctions psychologiques du travail » (Clot) dans le contexte d'un établissement de santé engagé dans de tels contextes d'exposition aux risques.

Le protocole d'observation commun aux diverses approches était centré autour de l'organisation de séances de restitution de résultats de l'enquête PRESS- NEXT par un des membres de l'équipe qui avait participé à cette recherche, restitution répétée à plusieurs reprises de façon à toucher le maximum de soignants dans trois sites différents, mais qui avaient tous participé à l'enquête PRESS/NEXT : un service de maternité en CHU, un hôpital local, une clinique privée. En cas d'émergence d'actions participatives destinées à réduire les risques, l'objectif était d'en suivre les modalités et le déroulement dans la durée. Le protocole prévoyait également le suivi d'un groupe de travail de l'ARH réunissant des cadres de santé impliqués dans des innovations relatives à la gestion des ressources humaines et l'amélioration des relations de travail, et le suivi d'un groupe d'analyse de la pratique professionnelle auprès de psychologues du CHU. Il a été fait appel à un répertoire varié de méthodes : observation participante prolongée dans une équipe de soignants en hôpital local, observation non participante en CHU et clinique privée, entretiens semi-directifs, questionnaires, participation aux réunions du groupe de l'ARH, intervention dans le groupe d'analyse de la pratique des psychologues...

Très vite, un premier constat s'est imposé lors sur le terrain : les professionnels du soin ne sont guère en mesure dans la situation actuelle de mettre en œuvre des actions participatives visant à améliorer leurs conditions de travail. Soumis à une forte intensification du travail et à une réduction des moyens, notamment en personnel, liée à la mise en place de diverses réformes visant à propager la rationalisation managériale dans les établissements de santé, ils sont conduits à parer au plus pressé et à développer des stratégies d'adaptation à leur situation. Ils n'ont pas le loisir d'esprit nécessaire pour réfléchir à la mise en place d'initiatives visant à prévenir les risques professionnels. Il est probable que cette situation résulte au moins en partie d'une dégradation des conditions de travail au cours des cinq ou six dernières années. Le rapport de l'enquête PRESS/NEXT concluait à l'existence de conditions favorables dans les établissements qui avaient participé à l'enquête¹, mais ces conditions semblent disparues aujourd'hui puisque aucune des séances de présentation de PRESS/NEXT n'a donné lieu à une forme quelconque d'initiative de ce type. Il y a cependant une autre surprise que le terrain nous a ménagé : c'est que des initiatives ont bien été lancées, mais pas là où elles étaient prévues. C'est à un autre niveau qu'elles sont apparues, celui de la régulation institutionnelle, au sein de l'ARH, et sous une forme qui donne aux établissements toute leur place. Avant d'y revenir, reprenons quelques enseignements de cette immersion dans le monde hospitalier.

Intensification du travail et perturbation de la régulation des temporalités

Les réformes en cours se traduisent par une intensification du travail pour les professionnels du soin, dont les manifestations sont multiples : la quantité de tâches à réaliser en un temps donné s'accroît fortement, mais tout en s'activant pour tenir les délais, il faut aussi rester capable de faire face aux imprévus et aux interruptions : la contrainte événementielle s'ajoute à l'accumulation. Cela entraîne des changements intempestifs dans la planification des tâches, qui ont des effets en cascade d'un intervenant à l'autre et perturbent la coopération entre professionnels, surtout lorsque les remaniements de la conduite des soins font que les soignants reçoivent des instructions contradictoires. Par exemple, dans le service de chirurgie de la clinique privée, il n'est pas rare que l'organisation des soins soit perturbée par la modification inattendue du planning du bloc opératoire. Le décalage entre le planning initialement prévu pour les soignants et le déroulement réel des opérations fait qu'on exige parfois des soignants qu'ils accueillent un patient dans leur unité de soin à un moment T alors que patient est attendu au bloc opératoire au même moment...

Extrait du journal de terrain

« 11h50. Finalement, la mission de brancardage est confiée aux stagiaires qui s'empressent d'aller chercher la patiente de la chambre 74. Le bloc opératoire attend également la patiente de la chambre 56 qui devait normalement passer avant. « Ils ont tout chamboulé ! » s'exclame Lizette (AS, 48 ans). En effet, les soignants organisent leur travail selon le programme du bloc opératoire qui leur est fourni via l'intranet. Malheureusement pour eux, ce programme n'est pas toujours fiable et ils doivent

¹ « Les établissements impliqués depuis 2002 dans l'étude PRESST/NEXT ont déjà effectué un cheminement dans la réflexion sur l'intérêt de la prévention intégrée qui peut faire espérer la proposition, par ces établissements, de démarches exemplaires partant des priorités réelles. Ces établissements peuvent agir sur les principaux facteurs de dégradation de la santé déterminés par l'étude PRESST/NEXT. Les résultats de l'enquête initiale peuvent servir à évaluer de façon comparative l'efficacité de la démarche locale de progrès engagée » (Caillard & Estry-Béar, Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, Résultats de l'enquête PRESS/NEXT, 2005, p. 63).

s'adapter en fonction de l'activité réelle du bloc opératoire. » (Journal de Terrain « Clinique Bastide »)

A cause de problèmes organisationnels et des réajustements de protocole, les interruptions de tâches sont fréquentes. Elles perturbent les soignants dans leur travail en les obligeant à « passer du coq à l'âne » et elles remettent en question l'exigence de qualité des soins par la même occasion. En effet, cela impose aux soignants un effort supplémentaire de remémoration pour retrouver où en était la tâche qu'il faut reprendre, quand ils ne doivent pas tout recommencer depuis le début...

Une aide-soignante de chirurgie nous faisait part de la gêne que provoque le brancardage de patients qu'on demande au bloc opératoire lors des soins :

« Du moment qu'ils n'appellent pas quand on fait les soins, ça va. Parce que sinon c'est chiant, il faut tout arrêter pour eux » et « Alors quand tu fais des soins c'est galère parce que tu dois tout laisser en plan pour brancarder. Et quand c'est comme là, où ils demandent deux patients en même temps, bah tu risques de t'faire appeler Arthur ! Eux, tu comprends, ils gèrent plusieurs blocs en même temps, mais nous on a que deux bras et deux jambes et un seul chariot, donc on peut pas descendre tout l'monde en même temps ! » (Lizette, aide-soignante, 48 ans).

Plongés dans un temps précipité, haché, rempli d'interruptions et de perturbations, les personnels sont confrontés à la fois à une dégradation de leurs conditions de travail et de la qualité de leur travail, qu'ils se sentent contraints de bâcler. Parfois, ils peuvent d'autant moins se consacrer à leur travail propre qu'ils doivent assumer des fonctions relevant d'une autre profession.

La contrainte temporelle exerce donc un fort retentissement sur les relations, aussi bien dans les équipes de soignants du même métier qu'entre les divers corps professionnels ou entre les encadrants et leurs subordonnés. Un des domaines où se laissent le mieux percevoir ces enjeux que fait surgir la perturbation du cadre temporel des activités est celui des formes de régulation qui interviennent dans la gestion de l'emploi du temps des soignants. A côté des principes formels et des obligations légales, le calendrier des temps de présence au travail résulte de négociations continuellement menées par le cadre qui en est chargé pour obtenir le remplacement des absents. La règle en vigueur est moins celle des textes et du contrat de travail que celle des accords interpersonnels que le cadre est capable de passer avec les soignants et du climat de confiance qu'il réussit ou non à établir.

On voit clairement alors combien la temporalité troublée du temps de travail est solidaire de celle du hors travail : les changements d'emploi du temps perturbent la vie privée, le repos et les loisirs. S'il est possible de trouver un soutien dans les relations issues de la sphère du hors-travail, l'équilibre peut se maintenir, mais en cas d'isolement ou de dégradation des relations, c'est la rupture, avec son cortège d'absences, qui aggravent les difficultés de la gestion des remplacements. De fait, l'administration d'un questionnaire de psychologie CHU inspiré des travaux de Karasek dans la maternité du fait ressortir une liaison entre l'inférence négative (et souvent réciproque) du travail sur la vie privée et certaines dimensions du stress perçu. Elle montre également qu'un niveau important de satisfaction professionnelle prédit des scores moindres de stress perçu, d'épuisement professionnel et d'interférence négative du travail sur la vie privée. Les conséquences d'une réduction générale de la satisfaction au travail comme celle que nous avons constatée sont aisées à imaginer....

Des soignants qui ne peuvent plus prendre soin d'eux mêmes

Dans ce contexte, les facteurs de risque se combinent et se démultiplient. La pression temporelle conduit à tenter de gagner du temps en contournant les principes de prévention, notamment en matière de manutention de charges lourdes. Le matériel d'aide à la manutention s'avère relativement peu utilisé. Les soignantes recourent au lève-malade pour les pensionnaires très corpulents et invalides, mais cela requiert beaucoup de temps. Dans l'hôpital local, il faut aller chercher la machine rangée à l'autre bout du service, la pousser avec précaution dans les couloirs car elle est volumineuse et peu maniable. L'installation de la personne requiert une succession d'opérations qu'il faut exécuter dans le bon ordre afin d'éviter tout incident. Seule une soignante formée à l'emploi de ce matériel est à même de s'en servir, encore lui arrive-t-il de rencontrer des difficultés liés l'exiguïté de la chambre, qui laisse peu de place pour se mouvoir et accompagner le déplacement du malade. L'utilisation de ce matériel ne peut être systématisée faute de temps et suppose, en outre, qu'une soignante formée à son usage soit présente, ce qui n'est pas toujours le cas, surtout quand le service n'est composé que de remplaçantes, situation fréquente pendant les vacances scolaires ou pendant les périodes de fort absentéisme. Par ailleurs, un tel matériel n'est pas adapté à tous les malades, notamment à ceux qui ne se laissent pas manipuler passivement et pour qui la sensation d'élévation est insupportable.

Si l'on conçoit aisément que l'utilisation de ce type de matériel est chronophage, cela semble *a priori* moins évident à propos du respect des « bonnes postures » ou « bons gestes » qui ne requiert apparemment qu'une mise en position correcte, avant d'effectuer la manipulation voulue. En fait, cette mise en position suppose souvent de « casser le rythme » de la manœuvre, ce qui rompt avec l'habitude de devoir faire les choses rapidement. Dans certains services, l'emploi du temps d'une matinée ou d'une après-midi n'offre que peu de souplesse. La crainte de prendre du retard et de la survenue d'un incident imprévu est permanente. Les soignantes ont intériorisé cette contrainte temporelle qui agit en elles comme un moteur, ou, de façon imagée, comme un « turbo ». De nombreuses expressions traduisent cette pression : « Il faut s'activer ! », « Faut y aller, faut pas traîner ! ». Dans le même ordre d'idées, un des critères principaux de jugement d'une nouvelle arrivée porte sur son dynamisme. Elle fera bonne impression si elle est « alerte ou vive » et mauvaise impression si elle est trop lente et vue comme « un boulet » pour l'équipe. Cette expression indigène est chargée de sens : elle démontre que la pression temporelle pèse sur toutes les soignantes ; qu'elle a été intériorisée et que la rapidité a été érigée en qualité professionnelle pratique ; enfin, que cette compétence individuelle est une condition de l'efficacité collective, et de ce fait d'autant plus contraignante pour les agents que leur rapidité sera sanctionnée par toutes les collègues : la pression temporelle est donc avant tout une forme de pression sociale. L'activité des soignantes est constamment en tension entre la nécessité de « bien faire » et celle de « faire vite ». Cette contradiction représente un véritable dilemme. S'il est quasiment impossible de ne pas « faire vite », c'est souvent sur le « bien faire » que les agents rognent. Par conscience professionnelle et pour éviter les sanctions, elles s'appliquent à prodiguer les meilleurs soins possibles. Ce sont alors les soins que l'on devrait s'auto-administrer qui sont négligés, et ce d'autant plus facilement que ce « manquement » ne sera pas visible, ni sanctionné par la hiérarchie, ni gênant pour l'équipe de travail.

Fatigue et TMS

Une des conséquences de cette réaction s'avère être très nocive : la fatigue, et plus précisément l'accumulation de « fatigues », détermine lourdement les comportements des soignantes. Le manque de sommeil, le poids des doubles journées (travail professionnel et travail domestique), le stress temporel, la « mauvaise » ambiance au travail, la répétition des tâches monotones constituent un ensemble (non exhaustif) de causes de fatigue, syndrome qui n'est pas sans produire des effets pervers. Nombre d'agents disent avoir été sportives. Danse, vélo, natation, toutes ces activités leur procuraient beaucoup de plaisir et des occasions de décompresser parfois en groupe, « entre copines ». Après quelques années, parfois quelques mois, de travail à l'hôpital, elles disent ne plus avoir la force de « sortir de chez elles ». Après leur service, elles n'aspirent pour la plupart qu'à rentrer chez elles, prendre une douche et s'allonger sur leur canapé. Leur tête et leur corps sont fatigués. Certaines « se refont le film de la journée », d'autres ont « mal partout » et ne sont plus capables de faire un mouvement. Le sommeil peut ainsi être difficile à trouver et certains agents consomment des somnifères pour dormir.

La fatigue constitue ainsi un facteur important de prise de risque. Les personnes concernées n'ont plus l'énergie nécessaire pour prendre soin d'elles, pour se contraindre à organiser leur activité en fonction de principes qui requièrent un état intérieur suffisamment serein pour s'auto-contrôler et avoir tout simplement envie de se protéger. Il n'est pas rare de voir des agents en pleurs dans les couloirs, parce que suite à un petit incident, elles craquent et expriment leur désarroi.

L'intensification actuelle du travail interagit avec des processus culturels ayant trait aux valeurs populaires que condense l'image d'un « bon travailleur », courageux et dur au mal. Dans le cas de l'hôpital local, celle-ci exerce une forme de contrôle social renforcé par l'intégration dans un environnement rural où tout le monde se connaît et où soignants et malades appartiennent à un monde où il est de règle de ne pas économiser sa peine. Les soignantes « baignent » donc dans un milieu socialement très homogène où le rapport au travail s'appuie sur une conception très instrumentale du corps. Il est avant tout considéré comme un outil mis à rude épreuve pour gagner dignement sa vie.

Extrait d'entretien avec une ASH de l'hôpital local

Chercheuse : – *T'as jamais pris d'arrêt maladie ?*

Madeleine : – *Euh, vraiment, quand je suis bloquée par le dos ou alors quand j'ai 40 de fièvre quoi.*

Ch : – *Oui c'est ça, quand vraiment tu peux plus ?*

Ma : – *Ah oui. La dernière fois, il y a deux ans ou trois ans... J'ai eu un lumbago, et puis*

Docteur T. voulait m'arrêter. J'ai dit : 'Non, non, ça va aller...'. Parce qu'en plus je travaillais sur le week end. Puis tout compte fait un matin, je suis tombée dans les pommes.

Ch – *Ah oui ?*

Ma : – *Dans mon appartement plusieurs fois... et puis bah, c'est mon fils qui a appelé l'hôpital que je pouvais pas venir... C'est de ma faute, j'avais l'arrêt de travail... J'ai voulu y aller parce que c'était sur un week end donc...*

Ch – *Pour épargner les filles, parce que sinon ?*

Ma : – *Bah oui, sinon c'est toujours emmerdant de mettre un arrêt de travail le week end.*

Bon, bah, la prochaine fois je reconnais...

Ch – Il y a des limites quand même ?

Ma : – Oui, puis en plus je serais venue là, j’aurais retardé les filles. C’était de l’imprudence !

Ch – Mais sinon tu essaies au maximum ?

Ma : – Ah non, je suis jamais arrêtée ! Jamais ! J’ai eu ma fille et mon fils, j’ai toujours travaillé jusqu’au bout !

Ch – Ah bon ?

Ma – Ah oui, j’étais à l’étage en plus. J’ai toujours travaillé jusqu’au bout, même pendant mes grossesses... Bah oui, il faut bien. Non, je me suis jamais arrêtée ! » (Madeleine, ASH, unité C)

Cet ethos de classe se double d’un ethos de genre lié à la définition du travail de soin et à la rhétorique du dévouement féminin, selon lesquelles la mission d’une soignante est de se consacrer aux autres, d’être attentive aux autres et peu à soi-même. De telles dispositions, solidement inscrites dans les esprits et dans leurs corps, conduisent à intérioriser les contraintes de l’organisation du travail et à « prendre sur soi » pour tenter de boucler, vaillamment, le programme de la journée.

On ne s’étonnera pas de voir que toutes les AS et ASH rencontrées, n’ayant parfois que quelques mois d’expérience dans le métier, souffrent à des degrés variables de TMS. Tout se passe comme si les soignantes avaient intériorisé qu’elles doivent apprendre à travailler et, plus largement, à vivre avec « leurs TMS », autrement dit, comme si elles avaient renoncé à l’idée de bien-être.

Un encadrement sous tension

Exposés à ces effets de la pression temporelle, plongés dans un univers professionnel traversé par la présence de la maladie et la mort, les soignants sont soumis à des tensions qui retentissent sur le jugement qu’ils portent sur leur travail, mais aussi sur la qualité des relations entre soignants et patients, au sein des équipes de soignants, ou entre les soignants et leur encadrement.

Un des révélateurs de ces tensions est la manière dont ils répondent à la valorisation par la hiérarchie de l’hôpital de la dimension technique des soins, ce qui tend à réduire l’importance accordée aux soins relationnels et à dévaloriser de fait une partie de leur activité. Les soins techniques ont tendance à être réservés aux infirmières qui tentent d’obtenir par ce moyen la reconnaissance des médecins, et les aides soignantes se voient reléguées aux soins relationnels. Les infirmières qui s’attardent aux soins relationnels sont stigmatisées comme « lentes » ou « moins compétentes » par leurs consœurs, pendant que les aides-soignantes se sentent exclues et renvoyées au « sale boulot ».

De façon plus générale, les soignants n’ont pas le sentiment de voir les efforts qu’ils consentent et la pénibilité à laquelle ils s’exposent suffisamment reconnus. Lorsque d’autres facteurs s’ajoutent, comme par exemple l’existence dans certains services d’un turn-over important des cadres, les soignants apprennent à prendre eux-mêmes en charge le service et finissent par mettre en doute la légitimité des cadres de proximité, dont la tâche se voit d’autant plus compliquée. En retour, faute de ce facteur de régulation et de mise à distance que représente l’activité du cadre de proximité, les soignants ont tendance à déplacer les

tensions et conflits vers une perception purement interpersonnelle émotionnellement éprouvante qui ne fait qu'accroître les frictions et leur mal-être.

L'insatisfaction envers l'encadrement, sensible dans le CHU, est également présente dans la clinique privée, mais elle varie selon les services et les catégories de personnel soignant. En particulier, elle touche plus fortement les AS et ASH que les infirmières, c'est du moins ce que suggère une autre enquête par questionnaire de psychologie sociale portant sur la perception de la hiérarchie et le sentiment de justice, qui montre également que l'âge et l'expérience agissent partiellement comme des facteurs favorisant le sentiment de pouvoir être écouté des cadres.

... mais peut-être détenteur de leviers d'action efficaces

Malgré les difficultés que connaissent les cadres, placés en quelque sorte entre le marteau des politiques publiques visant à imposer la rationalisations managériale et l'enclume de professionnels du soin de plus en plus échaudés et désabusés par ces avalanches de réformes, c'est entre leurs mains que semblent placés des leviers non négligeables d'action. Notre présence sur le terrain nous a poussés à nous intéresser à un groupe de travail qui avait été mis en place par le directeur de l'ARH, afin de favoriser l'échange et la mise en commun d'expériences autour de la gestion des ressources humaines et de l'amélioration des conditions de travail.

Nous avons pu constater qu'au cours de ces réunions qui rassemblaient des cadres de santé de diverse nature (responsables de ressources humaines, directeurs d'établissements, cadres de soins, médecins-chefs de service...) se constituait un collectif qui permettait de rendre valorisantes pour les cadres des actions qu'ils impulsaient et dont certaines présentent un réel caractère innovant.

Nous avons suivi le fonctionnement de ce collectif pendant environ deux ans, aussi bien lors des journées qu'il organisait afin de communiquer autour des actions lancées en son sein, et qui attiraient quelque 150 participants, que lors des séances de préparation et de bilan de ces actions.

Au total, 16 actions avaient été présentées au cours de cette période, certaines purement managériales, comme le développement d'applications destinées au planning (qui toutefois sont susceptibles d'améliorer les conditions de travail des cadres qui en sont chargés) mais d'autres réellement tournées vers les conditions de travail : consultation des personnels avant l'achat d'équipements et de l'aménagement des bâtiments, afin qu'ils soient adaptés à leurs besoins, achat de lits à hauteur variable pour combattre les TMS, augmentation des effectifs de brancardiers et création de postes d'avitaillement, dispositif d'intégration des nouveaux recrutés et de transmission des savoirs entre « anciens » et « jeunes » professionnels, dispositif de retour progressif au travail après un congé maladie de longue durée... Autant de solutions concrètes et précises dont la faisabilité dans leur propre établissement pouvait être évaluée par les cadres et soignants présents dans la salle en posant des questions aux intervenants ou en prenant plus tard contact avec eux.

Ce groupe de travail était issu lui-même d'une présentation de résultats de l'enquête PRESS-NEXT, à laquelle participait le directeur de l'ARH, qui a eu l'idée de lancer

cette expérience. Il s'avère finalement constituer un moyen d'action collective bien plus efficace que les quelques initiatives qui auraient pu résulter de nos séances de présentation dans les établissements, ou même d'une orientation plus délibérée de notre part vers la recherche action.

Conclusion

Nous concluons en insistant sur deux points qui nous paraissent désigner les acquis centraux de cette recherche. Le premier concerne la nécessité de prendre en compte dans toute politique de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail, locale ou générale, les mécanismes de micro-régulation conjointe qui déterminent le fonctionnement concret des collectifs de travail : il ne sert à rien d'ajouter des consignes, des procédures, des règles supplémentaires de sécurité à des règlements qui ne sont pas appliqués, en tous cas rarement de la manière dont ils étaient prévus par la « régulation de contrôle » de la hiérarchie. En s'appuyant sur les manières réelles de faire et non sur les prescriptions, c'est-à-dire en prenant le temps de les étudier dans la durée, il serait possible d'introduire des changements qui se moulent sur les logiques d'action des professionnels, qui ne coûtent pas forcément cher, mais qui ont des chances d'être réellement adoptés et mis en œuvre dans le travail quotidien. Cette logique suppose un fort investissement dans la prise en compte des singularités du contexte et ne se déploie que sur un temps long.

On peut lui préférer, et tel le deuxième enseignement que tirons de cette recherche, l'action collective située au niveau de ce qu'on peut appeler la méso-régulation, celle qui implique l'ensemble des établissements d'une région, sur le modèle de cette sorte de bench-marking que nous avons vu à l'œuvre dans l'ARH. Celle-ci est susceptible de produire des effets plus rapides et diffusés à plus large échelle. Dans le cas présent, elle a pour origine une initiative heureuse d'un directeur sensible à la problématique des conditions de travail, mais l'expérience semble transposable à d'autres situations et d'autres régions... Sauf que l'ARH n'existe plus et que la capacité de la nouvelle institution régionale, l'Agence régionale de santé, qui prend sa succession, à cibler les conditions de travail et la satisfaction au travail des soignants parmi ses priorités reste à vérifier.

Bibliographie

- Caillard & Estryn-Béar, (2005) « Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe », Résultats de l'enquête PRESS/NEXT.
- Clot Y. (2002) *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*. Paris, La Découverte/ Poche.
- Divay S., Gadea C. (2008) « Les cadres de santé face à la logique managériale », in « L'encadrement à l'épreuve du management public », *Revue française d'administration Publique*, n°128, pp.72-83.
- Estryn-Béar M. (2008) *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Paris, Presses de l'EHESP.

- Frigul N., Thébaud-Mony A. (2008) « De la formation à l'emploi : quelle connaissance des risques ? Le cas d'un accident dans l'agro-alimentaire », in F. Douguet et J. Munoz , *Santé au travail et travail de santé*. Paris, EHESP, pp. 27-41.
- Karasek, R.A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York : Basic Books.
- Lhuillier D. (2006) *Cliniques du travail*, Paris, Erès.
- Neboit, M., & Vezina, M. (2002). *Stress au travail et santé psychique*. Toulouse : Octarès.
- Reynaud J.-D. (2003) « régulation de contrôle, régulation autonome, régulation conjointe », in G. de Terssac (dir.) *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*. Paris, La Découverte, coll. Recherchers, p. 103-113.
- Reynaud J.-D. (1999) *Le conflit, la négociation et la règle*. Toulouse, Octarès.