

le cnam

Conservatoire National des Arts et Métiers

Master Recherche d'Ergonomie

**La construction de la qualité des soins:
le cas des infirmières
dans un service d'hospitalisation en neurologie**

Nicolás Canales

Tuteur : Pr. Pierre Falzon

25/septembre/2017

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier Pr. Falzon pour m'avoir accueilli au laboratoire d'ergonomie du CNAM et pour m'avoir soutenu dans la réalisation de ce mémoire. Ce travail n'aurait pas été possible sans ses enseignements, ses conseils et ses corrections, qui ont illuminé mon chemin dans les moments d'obscurité et m'ont permis d'avancer jusqu'à la fin. Je le remercie également de m'avoir fait confiance en me donnant une certaine autonomie pour la réalisation de ce travail et de m'avoir aidé à développer mon propre style. Toutes nos rencontres ont été des moments d'apprentissage précieux.

Je souhaite également remercier toutes les personnes qui m'ont accueilli au Pôle MSN de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, et en premier lieu, Pr Delattre, qui m'a fait confiance et m'a permis de réaliser cette étude dans les meilleures conditions. Mes remerciements vont également à William Suarez, qui m'a guidé sur le terrain et qui m'a soutenu dans les moments difficiles. Nombre de nos échanges et de ses conseils ont été intégrés dans ce mémoire. Enfin, je suis reconnaissant envers les professionnels des salles Guillain et Froment qui m'ont chaleureusement accueilli au sein de leur équipe, en particulier Dr Gabli, Mme Aix et l'équipe d'infirmières, qui ont toujours cherché à me rendre ma tâche plus facile.

Ma pensée va également aux membres de l'équipe d'ergonomie du CNAM, qui m'ont fait un accueil incroyable et qui m'ont permis de me sentir chez moi. Merci à Adelaide Nascimento qui m'a encouragé à venir en France et m'a prodigué ses conseils tout au long de ce master. Merci à Denise Guyot pour chaque sourire et pour chaque parole bienveillante donnée au fil de cette année. Merci enfin à tous les professeurs, en particulier à Flore Barcellini, Tahar Hakim Benchekroun et William Buchmann, dont je n'oublierai jamais les cours.

Enfin, j'aimerais remercier Cécile Gatter, qui est la principale responsable de ma venue en France, mais qui est aussi la personne qui a rendu possible ce mémoire. Elle en a réalisé la traduction et lui a donné un style clair et simple. Avec son amour et sa patience, elle a été mon principal soutien pour ne pas perdre ma motivation et pour faire un travail de qualité. Merci à elle, qui fait pousser des fleurs dans le désert, *creando siempre todo de nuevo*.

Sommaire

Liste de tableaux.....	5
Liste des figures.....	6
Liste de annexes.....	7
1.Introduction.....	8
2. Contexte de l'étude et terrain de recherche.....	10
2.1. La demande.....	10
2.2. Terrain de recherche.....	11
2.2.1. Salle Guillain.....	11
2.2.2. Salle Froment.....	12
3. Cadre théorique : vers une compréhension de la qualité du travail et de l'activité de soins hospitaliers en ergonomie.....	13
3.1. Comprendre la construction de la qualité dans le système hospitalier : une perspective ergonomique.....	13
3.1.1. Qualité construite : qualité réglée et qualité gérée.....	13
3.1.2. La place de l'organisation dans la construction de la qualité des soins.....	15
3.1.3. La dimension personnelle de la qualité et la notion de "travail bien fait".....	17
3.2. Déterminants de la qualité du travail de soins dans les établissements hospitaliers.....	19
3.3. Comment comprendre la construction de la qualité dans les activités de soins à l'hôpital?.....	23
3.3.1. Règles d'action et stratégies opératives dans la situation de soins hospitaliers.....	25
3.3.2. Dimensions de l'activité collective dans les activités de soins.....	27
3.3.3. Les critères de qualité et les niveaux de prise en charge.....	29
4. Problématique de recherche et objectifs du mémoire.....	31
4.1.Hypothèses.....	32
4.2.Objectifs.....	32
5. Méthode et stratégie de recherche.....	34
5.1. Préparation de l'étude.....	34
5.2. Observations ouvertes et entretiens exploratoires.....	35
5.3. Observations systématiques.....	36
5.4. Entretiens semi-dirigés et entretiens scénarisés.....	39
5.5. Traitement et analyse des données.....	41
6. Résultats de l'étude.....	43
6.1. Le travail prescrit et réel dans les salles Guillain et Froment.....	43
6.1.1. Le travail prescrit : tâches et organisation formelle du travail.....	43
6.1.1.1. Salles Guillain et Froment : les locaux.....	43
6.1.1.2. Journée de travail type et fonctionnement en "grande équipe".....	44
6.1.1.3. Tâches spécifiques et distribution des tâches du personnel infirmière.....	46
6.1.1.4. Grandes tâches du personnel infirmière.....	46
6.1.1.5. Organisation théorique du travail dans les salles Guillain et Froment.....	47
6.2.2Le travail réel : tâches et organisation réelle du travail.....	48

6.2.2.1. Le travail réel des infirmières dans les salles Guillain et Froment.....	48
6.2.2.2. Organisation réelle des salles Guillain et Froment.....	51
6.2. Observations ouvertes et entretiens de terrain.....	52
6.2.1. Observations en salle Guillain.....	52
6.2.2. Observations en salle Froment.....	58
6.3. Observations systématiques.....	62
6.3.1. Observations systématiques en salle Guillain.....	62
6.3.2. Résultats des observations systématiques en salle Froment.....	68
6.3.3. Intégration et synthèse des résultats des observations systématiques réalisées dans les deux salles.....	73
6.4. Entretiens semi-dirigés scénarisés.....	75
6.4.1. Analyse des résultats des entretiens semi-dirigés (questions).....	75
6.4.2. Résultats des entretiens semi-dirigés – scénarios.....	80
7. Discussion.....	85
7.1. Préserver la qualité des soins aux patients.....	86
7.2. Préserver la qualité du travail des autres	87
7.3. Préserver la qualité du système.....	88
7.4. Préserver la qualité en relation à soi-même.. ..	90
8. Limites et perspectives.....	90
8.1. Limites de l'étude.....	90
8.2. Perspectives.....	90
Annexes.....	99

Liste des tableaux

Tableau n° 1 – Grille d’observation	38
Tableau n° 2 – Distribution des tâches.....	46
Tableau n° 3 – Les grands types de tâches infirmières de Guillain et Froment.....	47
Tableau n° 4 – Evaluation de la qualité des soins d’après les niveaux de Vincent et Amalberti (2016)	75
Tableau n° 5 – Organisation du tour de service d’après la simulation (Guillain)	81
Tableau n° 6 – Organisation du tour de service d’après la simulation (Froment)	83

Liste des figures

Figure n° 1 – Schéma du modèle de l'activité de Leplat	17
Figure n° 2 – Programme des journées choisies pour les observations systématiques.....	36
Figure n° 3 – Infirmières participant aux observations systématiques.....	37
Figure n° 4 – Cinq niveaux progressifs de soins (<i>levels of care</i>) (Vicent & Amalberti, 2016).....	39
Figure n° 5 – Feuille de planification des prescriptions utilisée lors des entretiens (salle Guillain)..	41
Figure n° 6 – Plan des salles Guillain et Froment.....	43
Figure n° 7 – Salle Guillain.....	44
Figure n° 8 – Salle Froment.....	44
Figure n° 9 – Horaires de travail.....	45
Figure n° 10 – L'organisation des grandes tâches de la grande équipe.....	48
Figure n° 11 – Déroulement de la journée d'observation N° 1 à Guillain (mardi matin).....	63
Figure n° 12 – Déroulement de la journée d'observation N° 2 à Guillain (mercredi après-midi).....	65
Figure n° 13 – Déroulement de la journée d'observation N° 3 à Guillain (jeudi matin).....	66
Figure n° 14 – Déroulement de la journée d'observation N° 4 à Guillain (samedi matin).....	68
Figure n° 15 – Déroulement de la journée d'observation N° 5 à Froment (mardi matin).....	69
Figure n° 16 – Déroulement de la journée d'observation N° 6 à Froment (mercredi après-midi)....	71
Figure n° 17 – Déroulement de la journée d'observation N° 7 à Froment (jeudi matin).....	72
Figure n° 18 – Déroulement de la journée d'observation N° 8 à Froment (samedi matin).....	73

Liste des annexes

Anenexe n ° 1 – Description des observables/actions des soignants.....	100
Annexe n° 2 – Protocole d’entretien : infirmière.....	101
Annexe n°3 - Observation systématique n°1 – IDE F (Guillain, Mardi matin)- Déroulement réel du tour de service n°1.....	102
Annexe n°4 - Observation systématique n°2 – IDE B (Guillain, Mercredi après midi)- Déroulement réel du tour de service n°1.....	103
Annexe n°5 - Observation systématique n°3 – IDE C (Guillain, Jeudi matin)- Déroulement réel du tour de service n°1.....	104
Annexe n°6 - Observation systématique n°4 – IDE A (Guillain, Samedi matin)- Déroulement réel du tour de service n°1.....	105
Annexe n° 7 - Observation systématique n°5 – IDE D (Froment, Mardi matin)- Déroulement réel du tour de service n°1.....	105
Annexe n°8 - Observation systématique n°6 – IDE A (Froment, Mercredi après-midi)- Déroulement réel du tour de service n°1.....	107
Annexe n° 9 - Observation systématique n°7 – IDE E (Froment, Jeudi matin)- Déroulement réel du tour de service n°1.....	108
Annexe n° 10 - Observation systématique n°8 – IDE F (Froment, Samedi matin)- Déroulement réel du tour de service n°1.....	109
Annexe n° 11 – Grille d’analyse du contenu des entretiens semi-dirigés scénarisés.....	110

1. Introduction

L'exigence de qualité dans le système de soins est aujourd'hui une demande sociale forte dans le secteur hospitalier français, aussi bien de la part des patients que des pouvoirs publics. Le thème de la qualité prend ainsi une place de plus en plus importante dans les réformes et dans les orientations qui cherchent l'amélioration du système hospitalier, et est devenu une exigence à la fois pour le système de soins et pour les professionnels (Vicent et Amalberti, 2016 ; Belorgey, 2016). On exige des soins dispensés aux patients qu'ils soient de « meilleure qualité », au sens qu'ils soient plus sûrs et plus efficaces quant aux résultats attendus sur la santé du patient. On exige aussi que ces soins soient plus efficaces, c'est-à-dire qu'ils permettent d'atteindre « le meilleur résultat possible » en un temps et à un coût aussi réduits que possible.

Les établissements hospitaliers ont ainsi développé des stratégies pour améliorer la qualité des soins qui font aujourd'hui partie de leur quotidien (Stingre, 2012). Démarches qualité, exigences de certification, protocoles, audits ou indicateurs de performance, elles se fondent sur le postulat que la qualité des soins résulte de procédures mises en place et qui permettent de produire la santé.

Force est de constater cependant que ces efforts n'ont pas permis d'atteindre les objectifs fixés : si certaines stratégies destinées à prescrire des exigences de qualité ont eu des résultats satisfaisants dans des contextes ultrasûrs, dans des contextes moins prévisibles, les effets ont été modestes, voire nuls (Vincent et Amalberti, 2016). Outre les bonnes procédures théoriques, il importe en effet que les professionnels de santé soient capables de s'adapter et de répondre à la variabilité du travail quotidien. Le fait d'étendre des stratégies efficaces dans certains contextes particuliers à tous les autres secteurs du système hospitalier est un écueil regrettable. Trouver des stratégies qui permettent de se confronter aux soins dans les conditions réelles - et non idéales -, de comprendre comment améliorer la qualité des soins hospitaliers de manière globale dans les établissements : tel est le défi auquel est confronté le système de soins aujourd'hui.

Pour l'ergonomie, la question de la qualité est ancienne (elle est même présente dans l'oeuvre fondatrice de la discipline) (Ombredane et Faverge, 1958) ; toutefois, parce qu'ils font le lien avec des champs de recherche actifs de la discipline, les problèmes que nous venons d'évoquer posent des défis nouveaux. L'ergonomie cherche depuis plusieurs années à élargir l'objet de son étude : l'analyse de l'activité en tant que tâches et postes de travail en situation particulière a laissé la place à l'étude de l'activité intégrée dans des systèmes organisationnels toujours plus complexes (Arnoud et Falzon, 2017). Par ailleurs, les travaux en ergonomie sur la qualité des soins se sont attachés à en comprendre des dimensions particulières, comme dans les études de fiabilité et de gestion des risques (Muñoz, 2016).

Le présent mémoire de recherche vise ainsi à comprendre comment les professionnels de santé mobilisent leurs ressources pour produire et maintenir un travail de qualité dans un système de soins hautement complexe. A cette fin, nous nous intéresserons aux stratégies individuelles et collectives mises en œuvre par une équipe d'infirmières pour faire un travail de qualité au sein de deux unités d'hospitalisation en neurologie. Nous nous attacherons à analyser le rôle des opérateurs dans le processus de construction et d'organisation d'un travail de qualité, et nous tâcherons de montrer

l'importance de l'engagement subjectif sur les règles d'action et les critères de qualité dans ce processus.

Le contexte particulier de la prise en charge des pathologies neurologiques, en plus d'être un terrain d'étude peu développé en ergonomie, nous permet d'enrichir les questions liées à cette problématique. Les patients atteints de maladie neurologique peuvent présenter une grande variété de troubles et de symptômes qui ne sont pas toujours observables, et qui s'expriment sur différents plans, physique, mental, comportemental, etc. Ces pathologies sont souvent chroniques, évolutives et produisent un handicap à court et à long terme ayant un impact profond au niveau personnel, familial et social. La prise en charge de ces maladies implique de nombreux professionnels dans des structures diverses, au fil de la vie du patient (Cordesse et al., 2013). Parce que l'état du malade fluctue énormément, les professionnels doivent savoir adapter leur prise en charge et avoir une connaissance fine de chaque pathologie (Cordesse et Meininger, 2012). Par ailleurs la prise en charge en neurologie a recours à des techniques sophistiquées, des équipements complexes et des procédures invasives.

Les deux unités d'hospitalisation qui forment le terrain de recherche de ce mémoire nous offrent l'opportunité d'étudier une autre problématique en lien avec la qualité du travail. En effet, les infirmières font partie d'une seule et même équipe évoluant dans les deux unités en alternance. Nous nous interrogerons donc sur la manière dont les opératrices d'un même corps de métier mettent en jeu leurs ressources pour réaliser un travail de qualité dans deux lieux distincts.

Nous présenterons pour commencer le contexte de l'étude, puis le cadre théorique dans lequel elle s'inscrit. Dans cette partie, nous aborderons en premier lieu la question de la qualité du travail de soins dans la perspective de l'ergonomie, avant de proposer une revue de la littérature sur les déterminants de la qualité dans les structures hospitalières. Une troisième partie sera consacrée à la description d'un modèle de compréhension intégrative pour l'analyse de l'activité de soins en contexte hospitalier. Les questions et les hypothèses de recherche ainsi que la méthodologie seront détaillées ensuite. Nous présenterons enfin les résultats et leur discussion, avant de conclure et d'aborder les limites de l'étude et les perspectives pour la recherche future.

2. Contexte de l'étude et terrain de recherche

2.1. La demande

Dans les mois qui viennent, le Pôle Maladies du système nerveux (MSN), en charge des soins aux patients atteints de pathologies neurologiques et psychiatriques au sein de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, rassemblera dans un seul bâtiment les services du Département de neurologie. Ce projet visant à améliorer le fonctionnement général du département implique une transformation sur le plan organisationnel. C'est dans ce contexte que la direction du Pôle MSN a pris contact avec l'équipe d'ergonomie du Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) et qu'est né le projet d'une étude qui permettrait d'identifier les conditions et les contraintes du travail actuel de l'équipe de soignants des secteurs d'hospitalisation de ce département. La direction souhaiterait connaître les caractéristiques du travail actuel pour pouvoir s'y référer lors du changement de site.

La demande de la direction portait d'abord sur une étude qui quantifierait et objectiverait la « charge de travail » des infirmières qui réalisent le travail de soins en neurologie dans les secteurs d'hospitalisation du département. Le choix de la problématique et de la population de travailleurs est motivé par deux arguments : d'une part, ce groupe de soignants présente le plus fort taux d'absentéisme pour raison médicale, de démission et de demandes de changement de service, ce qui n'est pas sans conséquence sur la prise en charge hospitalière. D'autre part, ce projet de regroupement des services dans un nouveau bâtiment contient un volet organisationnel, mis en place il y a quelques mois, imposant un système polyvalent où les équipes ne sont plus fixes dans leur unité mais tournent sur plusieurs salles du département.

Après avoir établi un premier contact avec des professionnels de santé de l'établissement et après avoir discuté du projet avec le directeur et le référent qualité du pôle MSN, l'équipe de recherche a reformulé le sujet de l'étude en proposant de s'intéresser à la question de la qualité du travail et de ses déterminants dans le contexte de l'hospitalisation en neurologie. En outre, étant donnée la complexité du département et la spécificité de la prise en charge, nous avons souhaité limiter le terrain de recherche à deux secteurs, ce qui rendait possible la réalisation d'une étude dans le cadre d'un mémoire de master.

Finalement, on a choisi de mener la recherche dans les unités d'hospitalisation Guillain et Froment qui se trouvent au même étage dans le bâtiment actuel, et ce pour trois raisons. La première est liée au type de patient pris en charge : il s'agit de malades atteints de pathologies complexes, ayant un degré de dépendance et de handicap à la fois variable et élevé, qui nous permet d'aborder la spécificité du travail en neurologie. En second lieu, ces équipes sont les seules du département à travailler exclusivement sur deux salles, contrairement aux autres qui sont totalement polyvalentes, ce qui nous offre l'opportunité d'étudier comment un groupe de soignants construit la qualité dans deux contextes de prise en charge différents. Enfin, les échanges préliminaires à l'étude ont permis d'établir que les responsables du département évaluent positivement la qualité du travail réalisé par les équipes de ces unités ; ces travaux pourront donc être utilisés comme référence pour la conception de la nouvelle organisation.

2.2. Terrain de recherche

Les salles Guillain et Froment se trouvent au cinquième étage du bâtiment actuel du Département de neurologie. Chacune traite des pathologies spécifiques en hospitalisation traditionnelle ou de semaine, hospitalisations qui sont programmées en unité de consultation de neurologie ou qui font suite à la demande d'un centre de soins extérieur (hôpital régional, service d'urgence, etc.). L'hospitalisation traditionnelle concerne des patients présentant un état aigu ou une décompensation grave de leur maladie, dont le traitement nécessite un temps indéterminé. L'hospitalisation de semaine ou programmée concerne les patients ayant besoin d'un soin médical spécialisé (exploration diagnostique, acte thérapeutique, traitement séquentiel, surveillance médicale, etc.) ne pouvant être délivré en ambulatoire. L'hospitalisation de semaine peut durer 1 à 5 jours.

L'équipe pluridisciplinaire qui y évolue est composée de neurologues, d'infirmières, d'aides-soignants, de personnels paramédicaux, de secrétaires médicales et de médecins appartenant à d'autres spécialités.

Les opérateurs participant à l'étude sont les infirmières qui composent l'équipe évoluant dans les deux salles, et qui, avec les aides-soignants, sont les seules professionnelles à alterner les deux services. L'équipe est constituée de treize infirmières qui changent d'unité tous les mois. L'âge moyen est de 31 ans, l'ancienneté moyenne dans le service de 3 ans. Les infirmières les plus anciennes travaillent dans l'unité depuis 7 et 4 ans ; d'autres sont récemment arrivées il y a à peine un mois.

2.2.1. Salle Guillain

La salle Guillain est l'unité de référence pour la prise en charge des troubles du mouvement, du comportement et des troubles neuro-cognitifs. La maladie de Parkinson et les troubles du comportement y sont les deux pathologies les plus courantes.

La maladie de Parkinson est une pathologie neurodégénérative multisystémique, chronique et progressive, dont les signes cliniques sont hétérogènes et dont le diagnostic est fondé sur une triade de symptômes : l'akinésie¹, les tremblements au repos et l'hypertonie (rigidité excessive des muscles). Ces symptômes entraînent une altération de la marche, de l'équilibre et de la coordination, et des troubles cognitifs (altération de la mémoire et de la capacité d'orientation), psychiatriques (dépressions, délires, hallucinations), et de la sensibilité. L'évolution clinique est variable. La maladie se manifeste d'abord par des symptômes subtils, puis décline une phase aiguë où les symptômes empêchent la marche et la station debout.

Les patients hospitalisés à Guillain peuvent se trouver à différentes étapes de la maladie. Les traitements ont pour but de contrôler les symptômes moteurs et autres, qui sont dans tous les cas handicapants. Il s'agit de traitements pharmacologiques pour l'essentiel, qui visent à favoriser la

¹ Littéralement "absence de mouvement". L'akinésie inclut la bradikinesie, c'est-à-dire la fatigabilité, la lenteur et la diminution de l'amplitude des mouvements répétitifs simples (par exemple, ouvrir et fermer la main), et l'hypokinésie ou lenteur des mouvements automatiques comme l'expression faciale, l'écriture ou la marche

mobilité du patient, en évitant l'apparition brusque des symptômes et les épisodes de blocage liés à l'interruption du traitement et à la progression de la maladie².

Quant aux troubles du comportement ou troubles neuro-comportementaux, ils se traduisent par des symptômes comprenant l'apathie, la désinhibition, l'altération du comportement émotionnel ou alimentaire. Leur mécanisme est mal compris. Le patient présente en général une comorbidité avec des maladies psychiatriques ou neurologiques, d'où un handicap psychologique ou cognitif important.

Les patients souffrant de trouble du comportement sont accueillis à Guillain en hospitalisation de semaine. Leur séjour a pour but de confirmer leur diagnostic, d'identifier les causes possibles de la pathologie ou de délivrer un traitement qui améliorera la prise en charge globale.

2.2.2. Salle Froment

La salle Froment prend en charge des pathologies neuroinflammatoires et neuromusculaires. C'est l'unité de référence pour la sclérose latérale amyotrophique (SLA) ; on y rencontre aussi des patients souffrant de pathologies proches comme la sclérose multiple.

La SLA, également appelée maladie de Charcot, est une pathologie neurodégénérative progressive qui affecte les neurones moteurs de la moelle épinière, du tronc et du cortex cérébraux, entraînant une perte de contrôle des muscles volontaires qui permettent notamment le mouvement. Les personnes atteintes de cette maladie ont une perte de la force musculaire et de la coordination aboutissant avec le temps à une paralysie totale. La faiblesse affecte en premier lieu les bras et les jambes, puis les muscles de la respiration, de la déglutition et de la parole. Son incidence dans la population est faible et le décès survient en moyenne en 40 mois.

En salle Froment, les malades peuvent être hospitalisés pour différents motifs : diagnostic, traitement spécifique (essai clinique, pose d'un dispositif de soins, etc.), prise en charge d'une phase aiguë, accompagnement en fin de vie. Un grand nombre de patients sont hospitalisés à Froment pour ce dernier motif.

S'agissant de pathologies incurables – en particulier la SLA –, la prise en charge en salle Froment consiste surtout en soins palliatifs (antalgiques, assistance respiratoire, ralentissement de la progression des symptômes), dont le but est de permettre la meilleure qualité de vie possible au patient avant de mourir.

² Le blocage ou « freezing » de la marche (trouble de la marche) est un épisode bref d'incapacité à initier ou à maintenir la locomotion ou à effectuer une rotation. Il peut apparaître au moment d'initier ou de poursuivre la marche, face à un obstacle ou pas. Le traitement médicamenteux permet de diminuer significativement la fréquence de ces épisodes.

3. Cadre théorique : vers une compréhension de la qualité du travail et de l'activité de soins hospitaliers en ergonomie

L'objectif de ce chapitre est double. Il s'agit en premier lieu d'élaborer un point de vue ergonomique sur la qualité du travail dans les soins hospitaliers, en abordant les données de la littérature sur les déterminants de la qualité du travail dans ce contexte. Nous présenterons ensuite un cadre de référence afin de comprendre et d'analyser l'activité de soins hospitaliers dans le processus de construction de la qualité. L'ensemble des éléments présentés constituera le support théorique qui nous amènera à la problématique de l'étude et à l'analyse de ses résultats. Pour atteindre nos objectifs, nous étudierons d'abord de façon succincte dans les paragraphes qui suivent :

- Les caractéristiques principales du processus de construction de la qualité du travail en ergonomie, en mettant l'accent sur le rôle joué par l'organisation et par les opérateurs.
- La littérature en sciences humaines et sociales du travail (ergonomie, psychologie du travail, sociologie) et en santé publique. Nous proposerons une brève révision sur les déterminants de la qualité du travail en soins hospitaliers.
- Les fondements conceptuels d'un modèle de compréhension des activités de soins hospitaliers, afin de rendre compte des processus de construction individuelle et collective de la qualité du travail dans ce contexte et de les analyser.

3.1. Comprendre la construction de la qualité dans le système hospitalier : une perspective ergonomique

3.1.1. Qualité construite : qualité réglée et qualité gérée

En s'éloignant des approches de la qualité fondées sur des principes de rationalité scientifique (Fleitman, 2008), c'est à partir de la notion de qualité construite que l'ergonomie a cherché ces dernières années à comprendre et à analyser la production de la qualité en situation de travail.

La notion de qualité construite sous-entend que la qualité ne se produit pas seulement grâce à l'exécution stricte d'un simple prescrit (le "*one best way*") ; elle se construit plutôt de manière à la fois ascendante et descendante entre les concepteurs et les opérateurs au sein de l'organisation (Falzon et al., 2014). Ce processus de construction est le résultat de l'articulation – et non d'une simple juxtaposition – de deux composantes : d'un côté, la "qualité réglée", qui comprend la formulation de règles définies par les concepteurs (procédures, référentiels, prescriptions, etc.), leur diffusion auprès des acteurs et la volonté d'assurer leur application ; de l'autre, la "qualité gérée", soit l'intelligence adaptative individuelle ou collective des opérateurs pour faire face au caractère à la fois imprévisible et variable inhérent au réel.

Dans cette approche, la seule mise en œuvre de règles (normes, procédures, standards formels) ne permet pas d'obtenir la qualité ; celle-ci requiert l'émergence de comportements proactifs fondés sur l'expérience de terrain, les initiatives et l'engagement des opérateurs, qui favorisent la qualité des

résultats du système, l'alerte dans les situations dangereuses et la collaboration entre les divers acteurs concernés (Daniellou, 2008 ; Falzon et al., 2014).

La notion de qualité construite reprend de manière implicite deux des principes fondateurs de l'ergonomie : la distinction entre travail prescrit et travail réel d'une part, ainsi que la distinction entre tâche et activité (Ibid., 2014). Selon la première, il existe dans toute situation de travail un écart insurmontable entre le travail prescrit – le travail imaginé par les concepteurs – *versus* le travail réel, qui désigne la façon dont se fait réellement le travail sur le terrain (Guérin et al., 1997). Quant à la distinction entre la tâche et l'activité, elle établit une différence entre ce que le sujet "doit faire" (la tâche), et ce qu'il "fait réellement" (l'activité) au travail. La tâche englobe ce qui est prescrit par l'organisation, ainsi que les conditions dans lesquelles ce qui est prescrit doit être réalisé. L'activité, de son côté, définit la mobilisation mise en œuvre par le sujet pour effectuer la tâche (Falzon, 2004).

Néanmoins, l'activité qui est mobilisée par le sujet n'est pas simplement l'interprétation et la mise en acte d'une consigne ou de l'adaptation de celle-ci (Falzon, 2013a). Dans la situation de travail, le sujet effectue un ensemble de choix à partir du prescrit, pour décider de ce qu'il faut réellement faire de la tâche, ce qui est essentiel et ce qui l'est moins, les critères à prendre en compte, etc. (Falzon et al., 2014). Ces critères peuvent être d'ordre différent ; critères de santé, de sécurité, de préservation de soi, d'efficacité, etc. Parmi eux, la qualité de la performance constitue l'un des objectifs que se donnent les opérateurs (Clot, 2010, Miossec et Rouat, 2016). L'agent lui-même cherche à produire un travail de qualité, dans sa manière de faire – son mode opératoire – comme dans son résultat (Falzon et al., 2014).

Il convient à cet égard de signaler que la qualité construite ne cherche pas à prendre le contre-pied de l'approche normative, et ne fait pas non plus de la "qualité gérée" une garantie de qualité. Ce qui est "géré" n'est pas plus important que ce qui est "réglé", au sens où le premier n'est pas juste le comblement du second (Falzon et al., 2016). Les deux dimensions de la qualité entretiennent une relation dont le sens est double. D'une part, la qualité gérée est super-ordonnée à la qualité réglée, dans la mesure où la première décide de l'application de la deuxième ; par ailleurs, il doit exister une règle qui contrôle ou contienne ce qui est géré afin que les opérateurs ne "s'emballent" pas. La qualité construite est ainsi une « *résultante d'ajustements, de compromis, d'optimisations entre critères de sécurité, de performance et d'équité* » (Ibid, p. 39).

Plusieurs études s'intéressant au domaine de la sécurité et de la fiabilité dans le secteur hospitalier ont mis en évidence l'importance du "réglé" et du "géré" pour préserver une prise en charge des patients sûre et de qualité. Par exemple, on a constaté que dans un service de radiothérapie (Nascimento, 2009 ; François et al., 2010) ou de transfusion sanguine (Murphy et al., 2013) – où les protocoles hautement standardisés sont nombreux –, la production de la qualité dépend plus du respect et de l'application des normes de sécurité – afin de ne pas s'exposer à des situations exceptionnelles – que du fait de disposer de connaissances et d'habiletés qui permettent de travailler en dehors des procédures admises. Pour réaliser un travail sûr et de qualité dans ce contexte, il s'avère fondamental de "prendre soin" du processus d'enchaînement des soins (Muñoz, 2016). Dans d'autres services, par exemple les urgences – où le degré de régulation des situations est faible (patients complexes, protocoles limités, imprévus) –, on a constaté que la qualité de la prise en charge est beaucoup plus liée aux qualités et aux compétences du personnel pour s'adapter et réagir à une situation que du respect strict des règles et des procédures (Marc et Amalberti, 2002 ; Mouchet et al., 2017). Ainsi, les stratégies à mettre en place pour

atteindre la qualité varient en fonction des situations de soin (soit plus réglée, soit plus gérée) ; pour toute stratégie, les choix réalisés en termes d'adaptabilité et de conformité aux normes impliquent des avantages et des limites (bien que l'existence des deux dimensions soit toujours indispensable) (Vincent et Amalberti, 2016).

L'articulation entre le "réglé" et le "géré" n'est pas stable et n'est pas une garantie d'efficacité per se *a priori*. La construction de la qualité peut en effet être difficile, voire empêchée dans certaines circonstances ; c'est le cas par exemple quand l'organisation et son cadre de règles ne permettent pas aux individus d'"agir", ou quand il existe des conflits ou des tensions entre les règles et les critères de qualité (Falzon et al., 2012 ; Falzon, 2013b). La situation est courante dans le secteur des services : les opérateurs y réalisent fréquemment des arbitrages raisonnés (en termes d'efficacité, de sécurité, de justice, etc.) entre les objectifs de performance définis par l'organisation et les nécessités et les attentes des bénéficiaires (patients, usagers, clients). Dans ce sens, construire la qualité suppose aussi de gérer les conflits de critères (Falzon et al., 2013) et ceux qui interviennent dans les dilemmes de l'activité (Clot, 2010).

Ces conflits entre le "réglé" et le "géré" ne proviennent pas uniquement de l'extérieur, ils peuvent aussi naître du choc des points de vue entre la qualité exigée par l'organisation (représentée par les décideurs, les managers, les responsables) et celle que définissent les opérateurs (Falzon, 2013b ; Falzon, 2016). La qualité telle que l'exige l'organisation ne coïncide pas toujours avec les critères de qualité définis par le ou les opérateurs. Quand les deux points de vue coïncident, la recherche de qualité peut produire des effets positifs sur la santé, la réussite et l'apprentissage (Falzon, 2013a ; Miossec et Rouat, 2016). Mais si la qualité telle que la définit l'agent ne correspond pas celle que définit l'organisation, ou si les deux sont en contradiction, la quête de la qualité peut générer un conflit, voire être impossible en termes de performance, et/ou dommageable pour le bien-être des individus et de l'organisation.

Ainsi la qualité dépend certes de ce que réalisent les opérateurs, mais aussi de la conception du travail qu'ont les concepteurs et les organisateurs. Chacun a sa place dans le processus qui aboutit à sa production.

3.1.2. La place de l'organisation dans la construction de la qualité des soins

Des études récentes en ergonomie et facteurs humains ont mis en évidence le rôle de l'organisation dans la réalisation d'un travail de qualité au sein des établissements de soins (Gonon et al., 2009 ; McCulloch et al., 2010 ; Garcia et al., 2011 ; Raspaud, 2014 ; Hignett et al., 2015). L'organisation reste cependant assimilée à un organigramme définissant les responsables, les fonctions et les tâches à effectuer pour atteindre les objectifs fixés (Daniellou et al., 2010). Selon le point de vue défendu ici, cette représentation est trop simple pour rendre compte du processus de construction de la qualité, parce qu'elle assimile les individus à de simples "engrenages" à l'intérieur d'une "machine" organisationnelle (Arnoud et Falzon, 2013).

Toute organisation est un système complexe constitué de deux entités : une "structure" qui définit un cadre et un "*ensemble d'interactions entre les personnes et les groupes*" qui la constitue et la fait vivre (Petit et al., 2011 ; Petit et Coutarel, 2013). La structure ou "organisation formelle" est constituée de ce qu'il est possible de concevoir et de mettre en place, c'est-à-dire des règles formelles et des dimensions matérielles. Les activités individuelles et collectives et les interactions entre individus et collectifs

constituent l'activité sociale ou l'"organisation vivante" (de Terrsac & Lompré, 1996 ; Daniellou, 1999). Les échanges permanents entre les deux entités permettent de conserver l'équilibre organisationnel nécessaire à l'efficacité productive et à la santé des individus. Ils constituent un "travail d'organisation" (Terrsac & Lompré, 1996) transformant en permanence la structure organisationnelle, qui est un système auto-organisé (Petit et al., 2011). Ainsi, les opérateurs contribuent à la transformation de l'organisation en même temps que cette dernière les transforme elle-même.

Dans le cas du système hospitalier, ce rôle double de l'organisation devient fondamental pour produire la qualité. D'une part, le système hospitalier doit fournir les conditions matérielles et réglementaires nécessaires pour assurer un ensemble de composants et de processus organisationnels caractérisés par leur complexité technologique, qui forment la base de services et d'unités variées (clinique, laboratoire, administration, etc.), et ce dans un contexte social et économique exigeant et dans un cadre temporel limité (évolution de la maladie, processus de guérison, multiplicité des patients) (Catchpole et Jeffcott, 2016). Par ailleurs, le système hospitalier doit favoriser l'émergence d'espaces d'interaction contribuant à l'adaptation – au sein d'un cadre formel – à un groupe nombreux d'acteurs dont les statuts et les métiers diffèrent (médecins, personnel paramédical, administratifs, etc.), qui évoluent à l'intérieur d'une structure hiérarchique forte, où coexistent des cultures et des sous-cultures parfois antagonistes (Martin et Gadbois, 2004). La production de la qualité de la santé au sein du système hospitalier achoppe sans ces deux composantes.

Dans une perspective constructive en ergonomie (Falzon, 2013a), la mise en œuvre de ce double rôle de l'organisation ne suffit pas pour produire un travail de qualité. Pour ce faire, l'organisation doit favoriser aussi bien le développement du pouvoir d'agir des individus que la transformation des ressources potentielles (capacités) en ressources effectives individuelles et collectives (capabilités) (Six-Touchard & Falzon, 2013 ; Raspaud, 2013).

A ce sujet, certains travaux sur la fiabilité ont mis en évidence comment, même en présence d'"équipes habiles et de capacité d'adaptation", le système organisationnel lui-même peut empêcher le personnel soignant de mettre en œuvre ses ressources pour s'adapter à une situation de soins (Amalberti, 2013 ; Vincent et Amalberti, 2016). C'est le cas par exemple de la "surprescription" dans des services très réglés comme la pharmacie (Nyssen et Cote, 2010), et du morcellement des tâches et de l'isolement dans des systèmes plus gérés comme les unités d'hospitalisations (Garcia et al., 2011). Dans ce type de situations, les ressources potentielles peuvent être disponibles sans être exploitées, reconnues ou développées à leur maximum (Falzon, 2013a).

Pour finir, si l'organisation peut contribuer à la construction de la qualité à travers la prescription de règles, elle doit également accomplir une fonction de soutien pour l'activité des individus et des collectifs afin de favoriser leur capacité d'"agir" (Petit et al., 2011). Il n'est pas question de concevoir l'organisation comme une structure qu'il faut "adapter" aux opérateurs ; elle doit être celle "que l'on peut mettre à sa main", autrement dit, elle doit être conçue comme un artefact, mais aussi comme un instrument (Rabardel, 1995). En définitive, l'organisation doit être plus modulable à la variabilité du travail quotidien, mais aussi plus fiable dans sa capacité de résilience (Petit, 2005). Falzon (2013a) propose une idée similaire à partir du concept d'"environnement capacitant", qui définit des environnements de travail non délétères, non excluants et qui permettent aux personnes de réussir et de se développer tout à la fois.

3.1.3. La dimension personnelle de la qualité et la notion de “travail bien fait”

Alors que le concepteur définit la qualité en termes de règles formelles et de résultats attendus, l’opérateur, dans sa singularité et avec ses ressources, est celui qui fait la “qualité effective”. Dans les situations de soins, la production de la qualité du travail suppose de mobiliser une série de ressources dans le but de stabiliser ou de regagner l’état de santé d’une personne qui souffre (par exemple, réaliser des soins techniques, relationnels, d’hygiène, etc.). Ceci requiert un engagement subjectif dans l’activité, par lequel “ce que je fais” (mon action, mes résultats, mes critères de qualité) coïncide avec “ce que je suis” (mon corps, mes savoirs, mon initiative) (Van Belleghem et al., 2013). Cependant, l’engagement pour la qualité n’est pas convenu à l’avance ; il se construit à travers le développement d’un “rapport sensible au travail” (Davezies, 2006). Ceci met en lumière la consonance qui existe entre les caractéristiques des objets du travail et la personnalité propre du sujet à partir des résultats qu’il obtient. Ainsi, “bien travailler, bien agir” peut apporter un bénéfice subjectif aux individus (Daniellou et al., 2010).

L’idée que le travail a une résonance sur les individus peut se décliner dans un modèle de l’activité humaine (Leplat, 2000 ; Falzon, 2004 ; Falzon, 2013a). L’activité est le résultat d’un couplage entre les caractéristiques d’une tâche et celles d’un individu (ou d’un groupe d’individus) (voir figure n°1). Ce travail de couplage n’est pas automatique. L’opérateur y mobilise ses ressources (physiques, cognitives, psychiques et sociales) et incorpore à la tâche une série d’éléments qui lui sont propres (son expérience professionnelle, son histoire, ses critères de travail, son état du moment) pour produire un résultat original et unique. Le résultat de l’activité aura donc des effets sur l’opérateur (santé, compétences, bien-être) et sur le système (qualité, sécurité, efficacité). Si les effets sur soi ou sur la performance sont insatisfaisants (résultat de non-qualité, fatigue, risque), l’opérateur va réguler son activité (en changeant de mode opératoire par exemple). Les effets peuvent être à court ou à long terme sur l’opérateur comme sur le système.

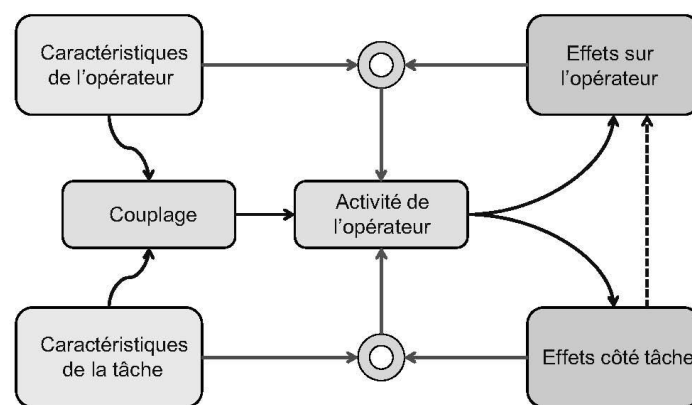


Figure 1. Schéma du modèle de l’activité de Leplat (adapté par Falzon, 2013a)

Si l’on se fie à ce modèle, quand les résultats produits s’ajustent à ce qui était prédéfini ou attendu par l’organisation, le système peut naturellement en tirer bénéfice. Cependant, les effets sur la tâche peuvent aussi avoir une résonance sur le sujet (d’où la ligne en pointillés sur le schéma) (Falzon, 2013a ; Falzon, 2013b). Réussir à faire un travail de qualité, aux yeux de l’opérateur, peut permettre de ressentir de la satisfaction, d’apprendre quelque chose de nouveau, de développer un mode opératoire inconnu jusqu’alors, etc. Dans ce cas, le bénéfice du résultat de l’activité ne revient pas seulement au système ; il constitue aussi un facteur de bien-être pour l’individu. A l’inverse, si les

résultats du travail ne génèrent pas une certaine satisfaction pour le sujet, ou s'ils s'avèrent conflictuels, un état de mal-être, un sentiment d'échec, une souffrance peuvent apparaître. Ainsi, du point de vue de l'opérateur le résultat du travail revêt une double orientation, l'une vers l'extérieur – le produit du travail –, et l'autre vers soi-même – la satisfaction, le sentiment de réalisation de soi et de progrès.

Pour comprendre cette double orientation des résultats du travail, il faut aborder la notion de “travail bien fait” et sa relation avec la construction de la qualité selon le point de vue de l'opérateur. Cette notion a surtout été explorée dans le domaine de la santé au travail, où l'on a démontré que la “désarticulation” des différentes dimensions de l'activité (efficacité, beauté du geste, éthique, sens du métier, etc.) provoquait une souffrance et des atteintes à la santé (Caroly, 2010 ; Clot, 2010 ; Davezies, 2006 ; Dejourn et al., 1994 ; Falzon, 2013b ; Falzon, 2016).

Selon Falzon (2013b), le “travail bien fait” est celui qui permet de parvenir à un résultat conforme à ses propres normes de qualité, qui donne l'occasion de mettre en œuvre ses compétences (en les mettant à l'épreuve et en permettant d'en faire le meilleur usage possible), et qui offre l'opportunité de développer de nouvelles compétences en faisant le travail en interaction avec d'autres (collègues, usagers, etc.). Cette notion est elle-même pourvue d'une double orientation externe et interne. Elle implique d'un côté de “faire un travail de qualité” (la qualité produite), et de l'autre d'“avoir un travail de qualité” (Falzon et al., 2012). Les deux dimensions impliquent la mobilisation subjective du sujet dans l'action et ont un impact sur celui-ci, même si au fond ils évoquent deux aspects entre lesquels il n'existe qu'une différence subtile (Cuvelier, 2016).

D'un côté, “faire un travail de qualité” consiste pour le sujet à arriver à faire ce qu'il avait prévu de faire alors qu'il aurait éventuellement pu échouer ou faire autre chose (Falzon, 2013b). Dans la situation de travail, les opérateurs inventent, produisent et négocient activement des solutions efficaces afin de réguler leur propre action, mais aussi les actions et les interactions des différents acteurs (collègues, responsables, bénéficiaires) et les éléments qui interviennent dans cette situation (de Terssac, 2011). Ils cherchent ainsi à définir un ordre productif, mais ils le font aussi en pensant aux bénéfices attendus pour les individus. D'une part, faire un travail de qualité permet de se reconnaître dans son propre travail et d'obtenir une reconnaissance sociale pour la beauté du geste (de la part des collègues, de la hiérarchie, des usagers). D'autre part, faire un travail de qualité donne une impulsion vers le progrès de la technique (Dejourn et al., 1994), le développement de nouvelles compétences (Delgoulet et Vidal-Gomel, 2013) et permet d'atteindre un sens “artisanal du métier” (Sennet, 2011).

Quant à la qualité vécue, elle a à voir avec le sentiment d'être juste, authentique et utile pour la société (Miossec et Rouat, 2013). Le “sentiment de faire un bon travail” est moins lié au résultat externe du travail, qu'à l'expérience subjective de celui-ci en lien avec les “critères de qualité” (Davezies, 2006 ; Dejourn et al., 1994). A l'inverse, la “qualité empêchée” (Clot, 2010) ou le sentiment de ne pas pouvoir bien faire son propre travail – après avoir tout essayé –, est l'une des principales causes de préjudice pour la santé au travail (Dejourn, 1998 ; Davezies, 2006 ; Daniellou et al., 2010).

Ainsi, la présence du patient au cœur de l'activité des opérateurs est la particularité essentielle du travail de soins (Davezies, 2006). La réalisation d'un travail de qualité est malaisée dans la mesure où le résultat du travail peut être jaugé sous différents angles (opérateur, collègues, responsables) en incluant le patient comme bénéficiaire (Cerf et al, 2004 ; Teiger et al., 2005). L'évaluation de la qualité du travail

sera ici l'évaluation de la qualité du soin presté tant du point de vue de l'organisation que de celui du patient et de ses proches. Ceci suppose l'articulation effective des aspects "techniques" (*cure* ou "traitement") et relationnels (*care* ou "prendre soin") des soins, en les adaptant de manière juste aux désirs, aux besoins et à la singularité de chaque patient (Molinier, 2000).

Enfin, la possibilité de réaliser un travail de qualité ou "travail bien fait" dépend également de la présence d'un "collectif de travail de qualité" (Caroly, 2010 ; Clot, 2010 ; Caroly et Barcellini, 2013). Le collectif est une ressource tant pour l'organisation que pour la santé des individus, et peut contribuer à la réalisation d'un "travail bien fait" de différentes façons (Caroly, 2016) : en aidant l'individu qui se trouve seul face à la tâche et aux conflits sur les finalités de la situation de travail ; en octroyant des marges de manœuvre individuelles et collectives ; en permettant à ses membres de mettre en débat les difficultés et d'élaborer des manières nouvelles de réaliser le travail. Dans ce sens, les collectifs de travail assurent une fonction de protection des individus, tout en étant porteurs et gardiens des règles du travail et des critères de qualité (Davezies, 2006 ; Caroly et Barcellini, 2013). Inversement, si les conflits sur les critères de qualité ne trouvent pas un lieu où être reconnus et débattus au sein du collectif, la qualité du travail et la santé des opérateurs risquent d'être fragilisées (Petit et al., 2011). Dans tous les cas, si l'organisation affecte les collectifs, elle affectera la qualité du travail (Clot, 2010).

3.2. Déterminants de la qualité du travail de soins dans les établissements hospitaliers

Nous avons évoqué jusqu'ici quelques principes ergonomiques sur la construction de la qualité du travail et sur les conditions qui contribuent à son renforcement, en essayant de les appliquer au travail de soins hospitaliers. Que nous apprend la littérature sur les déterminants de la qualité du travail dans ce domaine ?

Les sciences humaines et sociales se sont beaucoup intéressées au sujet ces dernières années, donnant le jour à une vaste littérature qui coïncide avec plusieurs points de vue façonnés par l'ergonomie. Deux idées essentielles émergent. A mesure que les structures hospitalières se complexifient, préserver ou faire baisser la qualité dépend beaucoup de la coexistence d'un certain nombre de facteurs qui permettent d'atteindre, par effet d'accumulation, une qualité optimale ou insuffisante, plutôt que d'un déterminant en particulier (par exemple, les caractéristiques du personnel, le type de protocoles, la qualité de l'infrastructure). L'enjeu sur ce point porte sur la possibilité d'élaborer des stratégies pour renforcer les défenses du système contre ses vulnérabilités. En outre, les études montrent que l'écart entre la prise en charge prévue dans les recommandations cliniques ou les protocoles et les soins réels s'est maintenu au cours du temps, et ce malgré les efforts en vue d'améliorer le système de soins, en particulier dans le contexte hospitalier (De Vries et al., 2008 ; Vincent et Amalberti, 2016). Le défi est ici de chercher comment réduire l'écart entre la prise en charge attendue et la prise en charge réelle. Certains auteurs invoquent la nécessité de reconnaître une différence irréductible entre l'idéal et le réel dans les soins de santé (Ibid, 2016).

Dans la suite de ce chapitre, nous présenterons une brève revue de la littérature en sciences humaines et sociales sur la qualité dans le travail de soins, en nous intéressant essentiellement aux apports de l'ergonomie et facteurs humains. Nous nous attacherons ici à identifier les facteurs spécifiquement liés à une détérioration de la qualité de la prise en charge. Nous pourrions ainsi nous faire une première idée des problèmes fréquemment rencontrés dans le contexte hospitalier.

a) Les conditions de travail

De nombreuses études menées dans le milieu hospitalier ont mis en évidence la relation entre les conditions de travail, la santé des soignants et la qualité des soins. D'une part, au sujet des conditions de travail des soignants, plusieurs enquêtes statistiques menées à l'échelle nationale concluent à des indicateurs négatifs pour presque tous les types de risques professionnels (horaires atypiques, charge mentale, risques physiques, risques environnementaux, risques psychosociaux, intensification des rythmes de travail). Ces résultats sont à mettre en relation avec un turn-over élevé, l'absentéisme, l'invalidité et l'abandon de la profession. (DGOS, 2008 ; Estryn-Béhar, 2008 ; Arnaudo et al, 2013).

La recherche en sciences sociales et sciences de gestion met en avant l'impact des réformes récentes et de l'évolution du système hospitalier sur le bien-être et les conditions de travail des soignants en France (Belorgey, 2010 ; Gheorghiu et Moatty, 2013, 2014). On a pu objectiver les effets de la tarification à l'acte (T2A) sur la charge de travail (Garcia et al., 2011 ; Bruan-Bisson et al., 2012) ; la dégradation des collectifs de travail (Douguet et al., 2005, Herreros, 2007 ; Zeggar et al., 2010) et la perte de sens pour les soignants (Detchessahar et Grevin, 2009 ; Mas et al., 2011) à cause des transformations de l'organisation ont également été décrites (par exemple, réorganisation en pôles, système de polyvalence).

Les études de fiabilité ont montré l'impact de ces conditions de travail sur la qualité des soins en termes d'indicateurs de santé attendus (Needleman et al., 2002 ; Gonon, 2007 ; Kane et al., 2007), de sécurité (Geiger-Brown et al., 2012 ; Thompson et al., 2015) et de satisfaction du patient (Compagnon et Ghadi, 2009 ; Duclay et al., 2014).

b) La charge de travail et la demande excessive liée à la prise en charge

Une demande d'assistance forte tend à dégrader rapidement la qualité des soins (Vincent et Amalberti, 2016). Bien que cela s'avère inévitable dans le contexte hospitalier, de nombreux services rencontrent des difficultés pour fixer des limites correspondant à leur capacité. On arrive à un point critique en termes de charge de travail, où les équipes ne peuvent plus assurer les soins de façon optimale. La qualité se dégrade quand les soignants doivent "faire plus avec moins" ("*to do more with less*") (Winters et Neville, 2012).

La littérature est unanime sur l'impact de la charge de travail sur la santé et la performance des soignants (Aiken et al., 2014). D'un côté, la charge de travail est liée à des problèmes comme le *burn-out* (Estryn-Béhar, 2008) et les TMS (Moisan et al., 2009), ainsi qu'à une dégradation des relations sociales avec les collègues et les responsables (Cummings et al., 2010). De l'autre, elle est également en cause dans les écarts par rapport aux standards de soins (Vincent et Amalberti, 2016), les erreurs ou quasi-erreurs (Rogers et al., 2004), la maltraitance vis-à-vis des patients (Compagnon et Ghadi, 2009), et la dégradation de la supervision des soins (Ods et Clarke, 2010).

c) Le travail en équipe et la coordination inter- et intraservices

Les soignants travaillent avec divers professionnels pour réaliser et coordonner différentes interventions au niveau inter- et intraservices (Martin et Gadbois, 2004). Plusieurs études en ergonomie ont mis en évidence le rôle positif du travail collectif pour la coordination des différentes actions et interventions

au sein d'un service (Jourdan et Theureau, 1993; Litim et Kostulski, 2006; Garcia et al., 2011). Ces travaux soulignent en outre l'importance du travail collectif pour la coopération et la collaboration effectives, et l'importance de disposer de référentiels communs sur le travail de chaque professionnel.

La coordination des interventions entre services tout au long du parcours de soins a été moins étudiée (Vincent et Amalberti, 2016). Des ruptures dans la coordination semblent avoir un impact sur la dégradation de pathologies chroniques ou évolutives (par exemple, la coordination des soins entre la prise en charge hospitalière, la réadaptation et l'hospitalisation à domicile) (Cordesse et al., 2013).

Il semble que la discussion et l'échange quotidiens sur le travail, les règles internes permises et la "connaissance du travail de l'autre" contribuent à l'amélioration continue des soins et permettent une réaction acceptable face aux événements difficiles qui surviennent dans ce type de contexte (Clot, 2010; Garcia et al., 2011 ; Cuvelier, 2016).

d) Les protocoles standardisés et les recommandations de pratique clinique

On élabore aujourd'hui dans les hôpitaux de nombreux protocoles et recommandations de pratique clinique qui contiennent une grande quantité d'information et ne sont pas toujours articulés au reste des procédures qui existent déjà (Vincent et Amalberti, 2016). L'analyse de guides cliniques menée par Carthey et Cols (2011) montre que, dans les 24 heures qui suivent l'hospitalisation d'un patient pour une chirurgie urgente après une fracture du fémur, 76 guides cliniques étaient applicables, ainsi qu'une centaine d'ordres contradictoires. D'autres études concluent que seule une petite partie des recommandations et des protocoles sont utilisés de manière intégrale par les équipes (McGlynn et al., 2003). Par ailleurs, les recommandations de pratique clinique fondées sur des preuves sont moins adaptées aux patients ayant des pathologies multiples, ce qui conduit à des excès de traitement et à des régimes d'évaluation et de surveillance complexes à l'excès (Taylor et al., 2008).

D'une manière générale, il apparaît nécessaire de réduire et de simplifier drastiquement les politiques non utilisées et les recommandations qui entraînent une charge démesurée pour le personnel, une perte de ressources considérable et une menace pour la qualité des soins (Green et al., 2016).

b) La communication et la transmission d'informations

Les moments de transition et de transmission (diagnostic, état du patient, soins réalisés, etc.) entre services, entre établissements, ou entre équipes de nuit et de jour sont des moments où la communication est fondamentale (Villate, 1993 ; Martin et Gadbois, 2004). Les problèmes de communication et de transmission d'informations sont une source majeure d'erreurs dans l'administration de médicaments et dans les soins techniques (Gawande et al., 2003 ; Thompson et al., 2015).

En clinique de l'activité, Kostulski (2000 ; 2011) a étudié les pratiques de transmission orale et écrite des infirmières dans différents services d'hospitalisation. Elle a montré à quel point les transmissions sont déterminantes pour le travail des soignants, parce qu'elles permettent de « *pallier, par l'usage d'activités langagières, à la discontinuité du roulement des équipes successives sur la continuité du soin* » (Kostulski, 2011, p. 14). L'auteur souligne en particulier l'importance des transmissions orales pour les soignants, qui sont l'occasion d'actualiser et de discuter les transmissions écrites. Loin d'être

du temps perdu, ce temps d'échange entre soignants complète les transmissions écrites et permet de relater les imprévus, de discuter et de partager sur des problèmes techniques et relationnels, et de réajuster d'éventuelles erreurs (Kostulski, 2000).

e) La formation et les compétences de l'équipe

Plusieurs études mettent en évidence l'importance de la formation personnelle et des compétences des soignants. Une étude comparative réalisée dans douze pays d'Europe (Aiken et al., 2013) s'est intéressée à la relation entre le niveau de formation/éducation des infirmières et le taux de mortalité sur trente jours, depuis l'entrée dans un service de chirurgie. Le taux de mortalité varie de 1 à 7 % ; il augmente quand la charge de travail est plus importante et diminue quand le niveau de formation est plus élevé. D'autres études montrent que le développement des connaissances et des compétences sur le terrain favorise la capacité des équipes d'anticiper et d'éviter les incidents possibles en matière de sécurité (Wears et Woods, 2007 ; Carthey et al., 2003). Gaudart et Thébault (2012) mettent en avant le rôle des espaces de débat et la place du "care" dans la transmission des savoirs entre les infirmières et les aides-soignantes anciennes et les jeunes.

Pour l'ergonomie constructive, l'interaction avec la situation de travail est une source fondamentale de construction de nouveaux savoirs, savoir-faire et stratégies opératives (Delgoulet et Vidal-Gomez, 2013). Ces apprentissages peuvent se faire de manière implicite à partir de la répétitivité des tâches, ou explicite grâce aux pratiques réflexives individuelles et collectives (Falzon et Teiger, 2011).

f) La place du patient et de sa famille

La participation et l'autonomie des patients et des soignants dans un système sanitaire toujours plus complexe créent des ressources autant qu'elles engendrent des risques. Ces dernières années, des interventions ont été mises en place dans le secteur hospitalier dans lesquelles on demande aux patients et/ou aux soignants de compenser certains problèmes de prise en charge, afin d'assurer une défense complémentaire contre le dommage potentiel (Davis et al., 2011). Certaines d'entre elles tentent de sensibiliser les acteurs impliqués afin qu'ils communiquent lorsqu'ils détectent des problèmes en lien avec les traitements, l'identification ou autre (Pittet et al., 2011 ; Pernet, 2013). Etant donné que les patients ont un point de vue privilégié sur leur propre prise en charge et sur leur maladie (Davis et al., 2011), et même si ces interventions ont pu faire la preuve de leur utilité, il convient de rester vigilant. En effet, les patients peuvent contribuer à la surveillance de leur propre prise en charge, mais ne peuvent pas détecter et compenser des problèmes qui ne sont pas de leur responsabilité (Vincent et Amalberti, 2016).

g) L'informatique et les nouvelles technologies

Les progrès de l'informatique et des nouvelles technologies ont eu un impact important sur l'assistance sanitaire, et commencent aujourd'hui à générer des risques nouveaux (Wachter, 2015). Ces outils peuvent réduire les risques pour les patients en procurant un appui efficace et opportun à la décision clinique (Jones et al., 2014), en améliorant la coordination et la communication, et peuvent avoir un rôle moteur, notamment dans le rendement et la qualité de l'assistance (Weiner et al., 2012). L'informatisation massive de l'assistance sanitaire a permis de réduire le nombre d'erreurs de médication dues au défaut de contrôle, à la difficulté d'interprétation et à une traçabilité faible

(Wachter 2015). Elle a également permis d'améliorer la communication et la coordination des pratiques pour l'application des protocoles cliniques (De Vries et al., 2010). Cependant ces bouleversements pourraient avoir des effets négatifs sur la qualité et sur la sécurité des soins s'ils ne sont pas organisés et expliqués aux professionnels et aux patients de façon adéquate ou s'ils ne sont pas accompagnés d'une mise en pratique prudente et contrôlée (Vincent et Amalberti, 2016). Les risques nouveaux générés par l'informatique sont d'ordre éthique (problèmes de confidentialité), ont à voir avec l'augmentation des inégalités entre les régions et les catégories sociales, et paradoxalement, avec une diminution du contact direct entre les patients et les professionnels (Taylor et al., 2014).

3.3. Comment comprendre la construction de la qualité dans les activités de soins à l'hôpital?

Au fil de ce chapitre, nous avons mis en évidence la complexité du travail de soins dans le secteur hospitalier. D'un côté, les soignants doivent prendre en charge un bénéficiaire malade afin d'améliorer l'état de sa maladie et ses conditions élémentaires de vie (Martin et Gadbois, 2004 ; Estryn-Béhar, 2011). De l'autre, les soignants doivent accomplir une série de tâches dans des conditions de travail très exigeantes, comportant notamment la réalisation combinée de gestes techniques et relationnels de haute complexité – parfois avec des instruments et des technologies particulières – (Caroly et al., 2009 ; Malet et Benchekroun, 2012), la coordination d'interventions auxquelles participent collectivement des professionnels aux métiers divers et provenant de services différents (Kostulski, 2000 ; Caroly et Weill-Fassina, 2007), la gestion d'une grande quantité d'informations et de tâches qui ne se font pas au chevet du patient (Terraneo et al., 2010), etc., et ce dans un contexte de prise en charge marqué par une demande élevée de soins, des contraintes temporelles fortes et des imprévus constants (Estryn-Béhar, 2011).

Ces contraintes font de l'activité de soins hospitaliers un objet d'analyse difficile pour l'ergonome. Les premières études menées dans les années 1970 et 1980 ont simplifié le problème en se concentrant sur l'analyse des conditions de travail et des tâches partielles (Villate, 1993 ; Martin et Gadbois, 2004 ; Vincent et Amalberti, 2016). Cependant, envisager la construction de la qualité comme un processus social global suppose d'utiliser des modèles qui permettent d'intégrer les différentes dimensions décrites plus haut (Caroly et Weill-Fassina, 2007). La question est alors : quel est le modèle adéquat pour comprendre l'activité de soins?

L'usage des notions de "cure" et "care" (Gilligan, 1982) est une première piste pour caractériser le processus de production de la qualité dans les activités de soins hospitaliers. Il peut renvoyer à au minimum deux significations.

La première, plus classique, envisage la production de la santé et des soins aux patients comme un arbitrage raisonné entre *cure* et *care*. La notion de *cure* (ou "traitement") correspondrait ici à l'application des protocoles – fondés sur les connaissances scientifiques universelles – afin de guérir les pathologies identifiées grâce aux thérapeutiques les plus reconnues. Le *care* (prendre soin), au contraire, ferait référence à la prise en charge de chaque patient dans sa globalité et sa singularité, c'est-à-dire en ne prenant pas seulement en compte sa pathologie (Daniellou, 2008). Molinier (2006) et Caroly (2010) ont expliqué que faire un "travail bien fait" pour le personnel soignant, consiste à parvenir et à articuler ces dimensions du *cure* et du *care* dans la situation de soins. Le cas de

l'infirmière qui doit décider de donner ou non un antalgique à un patient qui montre des signes laissant penser qu'il n'en a pas besoin en est un exemple classique.

La seconde signification, plus large, utilise la notion de care pour comprendre la production de la qualité au-delà du travail de soins avec le patient, en l'incorporant dans les situations de travail ordinaire (Daniellou, 2008 ; Clot, 2010). Ici la fonction du "care" serait de rendre visible la gestion de l'"ordinaire" et du "détail" du travail ; de reconnaître et prendre en compte le "singulier" et "ce qui paraît bon pour ceux dont nous devons prendre soin" (Raymond, 2010) pour faire "un travail bien fait" (Davezies, 2006). Faire un travail de qualité passe donc aussi par "prendre soin" des situations quotidiennes du travail (Clot, 2010). Ainsi, le soignant ne va pas seulement "prendre soin" du patient ; il va également "prendre soin" de son travail et de lui-même, "prendre soin" du travail des autres et des processus de travail (Muñoz, 2016).

Cependant, limiter la compréhension de la construction de la qualité des soins aux formes d'utilisation des notions de cure et care réduit la possibilité de penser l'activité à l'intérieur d'un contexte organisationnel complexe comme le système hospitalier. Ainsi, une seconde piste pour représenter le processus de construction de la qualité consiste à articuler les activités des soignants et les caractéristiques du système hospitalier sur un modèle intégratif à 4 pôles à partir desquels s'organiserait le travail de soins (Caroly et Weill-Fassina, 2007) ; chaque pôle serait associé à des exigences et à des ressources particulières, ainsi qu'à des principes et à des règles qui guident l'action des opérateurs. Ces pôles sont 4 "mondes" hétérogènes, mais connectés entre eux (Teiger et al., 1998) dans lesquels l'activité des soignants (y compris leur expérience et leurs compétences) se situe dans un contexte environnemental et social en évolution. Dans cette perspective, la qualité du travail de soins est le résultat de compromis entre (Caroly et Weill-Fassina, 2007) :

- un pôle "patient", qui correspond au bénéficiaire des soins et à son entourage (matériel, familial), situé dans la structure hospitalière et dans son milieu géographique et social immédiat (espace de prise en charge, professionnels en charge, membres de la famille). Le bénéficiaire implique des contraintes et des ressources spécifiques et mobilisants pour l'activité immédiate des soignants.
- un pôle "système", qui correspond à l'organisation – l'hôpital en l'occurrence – en lien avec ses objectifs et les moyens disponibles dans un contexte social et politique particulier. Plusieurs dimensions sont concernées : la structure hiérarchique, l'organisation du travail, les outils, le matériel, l'équipement, mais aussi les règles, les procédures, les consignes pour agir et tous les modes de régulation définis par l'entreprise pour atteindre les objectifs de performance.
- un pôle "les autres", en lien avec le monde social, qui se réfère aux participants et aux aspects collectifs du travail (relations avec les collègues du même bureau, équipe inter-bureau, communauté de professionnels) qui influencent les modes effectifs de répartition et de réalisation du travail.
- un pôle "soi", situé dans le "monde de la personne privée" du soignant, qui se réfère à ses propres buts, à sa formation, à ses connaissances dans le domaine et dans d'autres, à ses possibilités physiologiques et psychologiques, sa santé, ses besoins, ses valeurs, ses motifs/motivations, son implication, et tout ce qui oriente le sens qu'il donne à son travail, les choix qu'il fait et sa manière de redéfinir ses tâches et sa propre activité de régulation de la situation.

Chaque pôle obéit à une logique propre ; ses caractéristiques impliquent des contraintes, des exigences et des ressources différentes pour les agents qui participent à la situation de soins (patient y compris). En situation, les soignants ont la responsabilité de prendre en compte les exigences hétérogènes imposées par chaque pôle et d'appliquer les "règles d'action" et les stratégies – individuelles ou collectives – pertinentes dans chaque cas (Teiger et. al, 2002). L'existence d'un cadre prescriptif formel (prescription médicale, protocoles, etc.) et la disponibilité des moyens requis définissent un cadre de référence initial qui peut orienter l'action ; mais dans le cas où ils n'existent pas ou sont limités, les soignants réalisent de nouveaux arbitrages et mettent en œuvre des stratégies opératives afin de maîtriser la situation en fonction des marges de manœuvre dont ils disposent. Les soignants devront également "faire face" et gérer les contradictions provenant des impératifs de chaque pôle, qui peuvent dériver d'exigences incompatibles (par exemple, à partir d'"ordres paradoxaux") ou de conflits de critères de qualité. Ces contradictions peuvent émerger au sein de chaque pôle, mais elles peuvent aussi découler de tensions et de conflits entre les différents pôles. Les résultats en termes de performance dépendront de la possibilité pour les soignants de gérer la situation ; cette question aura des effets positifs ou négatifs pour le patient et/ou les soignants eux-mêmes.

Dans ce cadre, ce modèle est intéressant pour l'analyse de l'activité dans la mesure où il permet de connaître le résultat de la confrontation des agents avec les tâches exigées, mais aussi pour comprendre la manière dont ils interagissent – à la fois individuellement et collectivement – avec la situation, en tenant compte de la relation dynamique avec le système et des stratégies opératives utilisées (Caroly et Weill-Fassina, 2007).

3.3.1. Règles d'action et stratégies opératives dans la situation de soins hospitaliers

Eu égard à ce qui précède, nous allons à présent exposer les caractéristiques de la situation hospitalière, en prenant comme référence les 4 pôles décrits plus haut, ainsi que les données de la littérature sur les règles d'action et les stratégies déjà étudiées pour ce type d'activité par l'ergonomie et les disciplines connexes. Il convient de souligner ici que si le travail des infirmières et des aides-soignantes varie beaucoup selon la situation de soins dans laquelle il s'incarne (hospitalisation, urgence, pédiatrie, psychiatrie), il est possible d'identifier des éléments communs entre les différents contextes d'hospitalisation.

Commençons par le pôle système. En général, le système correspond à l'hôpital en tant qu'institution ou au service clinique d'hospitalisation ; cependant, dans le quotidien du travail, l'activité des soignants se situe au sein des salles (secteurs ou unités) d'hospitalisation (Estryn-Béhar, 2011). En tant que sous-système, la salle d'hospitalisation impose une série de prescriptions et de conditions (artefacts, instruments) pour permettre aux soignants de réaliser en permanence – et en parallèle – les tâches de soins (techniques, relationnels, d'hygiène), de supervision, entre autres (administratives par exemple) (Villate, 1993). Les prescriptions doivent être réalisées dans une situation dynamique, structurée par au minimum 3 temporalités sous-jacentes à un processus de traitement 24 heures sur 24 (Martin et Gadbois, 2004) :

- La temporalité déterminée par le caractère dynamique de l'évolution de la maladie et par le processus de traitement qui imposent une chronologie des actes à effectuer et des actes imprévus.

- Les différentes temporalités entre acteurs (médecins, personnel médical, administratif, etc.) et sous-systèmes (laboratoire, service de chirurgie, pharmacie, etc.) qui participent à la prise en charge. Chaque acteur et chaque sous-système est régulé par une temporalité propre.
- La temporalité déterminée par la pression assistancielle et les autres contingences (urgences vitales).

Les soignants confrontés à ce type de situation se trouvent exposés à la possibilité de commettre des erreurs ou de ne pas atteindre les résultats attendus en termes de qualité de soins (Vincent et Amalberti, 2016 ; Cuvelier, 2011). En mettant l'accent sur la question de la temporalité, les études d'ergonomie ont constaté en pratique que, dans les situations dynamiques comme celle-là, les opérateurs adoptent en général deux types de stratégies (Hoc et al., 2004) :

- Stratégies anticipatrices : elles permettent de prévenir la situation indésirable à partir de la planification et de la gestion préalables des problèmes potentiels d'un processus (Amalberti, 1995). De nombreux travaux montrent que les individus passent plus de temps à éviter les problèmes en les devançant qu'à les régler réellement (Amalberti, 2001).
- Stratégies réactives : elles sont souvent déployées dans des contraintes temporelles fortes, en réaction à un ou plusieurs événements à mesure qu'ils surgissent au long du processus (Van Daele et Carpinelli, 2001). Dans ce cas, comprendre la situation peut favoriser l'action, mais devant le manque d'informations ou de ressources, l'opérateur devra choisir entre "comprendre" et "agir" (Amalberti, 1996).

Concernant le pôle "patient", il convient de signaler que tout patient, en plus d'être malade – atteint d'une maladie plus ou moins grave, plus ou moins handicapante, etc. –, a son point de vue sur les soins dont il bénéficie et sur celui qui les lui octroie (Teiger et al., 2005). Ceci suppose de reconnaître que le patient participe de manière active ou passive aux soins. L'activité mise en oeuvre par les soignants peut donc être considérée ici comme une co-activité puisque le patient, selon son degré d'autonomie, participe plus ou moins en tant que co-producteur du soin (Cerf et Falzon, 2005). Ainsi, dans cette relation, le soignant devra interagir avec le patient pour évaluer en continu son état de santé (construire un modèle de l'autre en continu) afin d'anticiper et/ou d'ajuster les actions en cours aux réactions du patient (Teiger et al., 2005). Il devra également trouver des stratégies de contrôle et de gestion de la compréhension de l'autre et de son activité (Cerf et al., 2004). Cette co-activité oblige à combiner de manière simultanée des activités techniques (par exemple, poser une perfusion) et des activités relationnelles (par exemple, donner des informations) (Caroly, 2010). Pour gérer ces situations, avant et pendant la réalisation des soins techniques, les stratégies relationnelles (savoir-être, savoirs discrets) semblent importantes (calmer des angoisses, distraire le patient, changer le ton de la voix) (Molinier, 2006).

Le pôle "soi" est déterminé par les caractéristiques de l'agent en situation, ainsi que par les exigences des autres pôles. Ce pôle peut orienter l'activité tantôt vers l'implication dans la tâche, tantôt vers la préservation de soi (Caroly et Weill-Fassina, 2007). Le soignant se trouve donc en permanence au croisement de plusieurs axes : prendre soin de l'autre/prendre soin de soi, donner du temps/gagner du temps, se protéger/s'impliquer, être éthique/ne pas être éthique, etc. (Teiger et al., 2005). Les études ont mis en évidence des stratégies de préservation, qui peuvent tendre à la protection de la dimension physique aussi bien que psychique du sujet. Du point de vue physique, un soignant, avant de réaliser

un transfert de patient par exemple, va évaluer l'état de celui-ci (degré de mobilité, etc.) pour choisir son mode opératoire (Malet et Benckekroun, 2012). Sur le plan psychique, Pascale Molinier (2006) a décrit, dans la perspective de la psychodynamique du travail, différentes stratégies utilisées par les soignants pour se protéger de la souffrance au travail (peur, peine, dégoût) liée au contact régulier avec la maladie. La "compassion" est une stratégie défensive répandue qui permet de tolérer les sentiments négatifs ; la "confession de vulnérabilité" en est une autre, qui consiste à verbaliser ses propres situations de vulnérabilité (échecs, situations tristes ou difficiles) auprès du collectif de métier, à travers des échanges informels au travail.

Enfin, on trouve dans le pôle "autres" un grand nombre de professionnels de différents métiers. Ce pôle détermine doublement l'activité du soignant (Caroly et Weill-Fassina, 2007). D'un côté, les collègues peuvent être une ressource pour obtenir des informations ou un soutien collectif pour effectuer certaines tâches ; de l'autre, ils constituent aussi une source d'exigences et de requêtes qui interfèrent avec l'activité du sujet. Il faut souligner ici que l'activité est toujours dirigée vers d'autres (collègues, encadrement, etc.), quand bien même l'opérateur travaille sur un poste isolé (Clot, 1999 ; 2004). Quelle que soit la situation, les soignants ont souvent besoin de coordonner un grand nombre d'activités (soins, transmission d'informations), de manière synchronique ou anachronique (Caroly et Weill-Fassina, 2007 ; Cuvelier, 2011). Pour atteindre leurs objectifs, les soignants effectuent un travail collectif qui prend diverses formes (voir la section suivante). Ainsi, la connaissance du travail des collègues est également une donnée fondamentale pour la prise de décision et la sécurité des pratiques ("*le travail de tous dans le travail de chacun*") (Nascimento, 2013, p. 112), car elle permet de réaliser des interventions dans lesquelles les professionnels de métiers différents travaillent de manière coordonnée.

3.3.2. Dimensions de l'activité collective dans les activités de soins

Nous avons évoqué à plusieurs reprises le rôle fondamental de l'activité collective dans la construction d'un travail de qualité. En effet, dans la plupart des situations de soins sanitaires (et particulièrement dans les soins hospitaliers), l'activité peut être qualifiée de collective parce qu'elle dépend de l'activité d'autres personnes. En ergonomie, l'activité collective est analysée à partir de deux dimensions complémentaires (Caroly et Barcellini, 2013). La première correspond aux modalités de "travail collectif" entre différents sujets, la seconde s'intéresse aux manières dont le "collectif de travail" se manifeste dans l'activité de chacun.

Selon la première, la notion de "travail collectif" se réfère à "*la réalisation conjointe d'une même activité par plusieurs individus, dans des lieux et des temps qui peuvent être communs ou différents*" (Caroly, p. 90). Ces réalisations conjointes peuvent adopter des formes différentes en fonction des objectifs des opérateurs et de leur coordination dans le temps et l'espace. Le travail collectif du personnel soignant revêt différentes formes (Caroly et Weill-Fassina, 2007) :

- La "co-action" est la forme particulière de coordination par laquelle les opérateurs réalisent des actions parallèles qui confluent à un moment donné (Guérin et al., 1997). Les objectifs de chaque opérateur sont différents, mais ils sont intégrés dans une activité commune à long terme (Caroly et Weill-Fassina, 2007). Par exemple, deux infirmières se trouvent dans la même chambre, et pendant que l'une s'occupe de donner un traitement au patient, l'autre réalise des soins d'hygiène pour préparer sa sortie.

- La “collaboration” correspond à une situation dans laquelle les objectifs à court terme sont identiques et les actions distinctes pour chaque opérateur (Rogalski, 1994). Par exemple, pour installer le patient dans son lit pour manger, un soignant arrange le lit pendant qu’un autre approche la table ou installe le patient.

- La “coopération” se réfère à une situation où les opérateurs travaillent sur le même objet et où chacun d’entre eux tend vers un but qui peut interférer avec un autre (De la Garza et Weill-Fassina, 2000). Une infirmière et une aide-soignante réalisent ensemble la toilette d’une personne dépendante.

- L’“entraide” correspond à une situation dans laquelle un professionnel en aide un autre, sans que ce dernier ne le lui demande (Avila Assunçao, 1998). Une infirmière voit les difficultés d’une collègue pour installer un patient dans son lit et lui vient spontanément en aide.

Ces différentes formes de travail collectif montrent la diversité des relations existant entre le soignant et ses collègues. Selon Caroly et Weill-Fassina (2007), observer comment ces professionnels se coordonnent, permet de rendre compte de la qualité du service rendu au patient. Dans ce sens, le travail collectif remplit deux fonctions : la régulation de la production et la régulation de l’efficacité (Caroly, 2010). Les études en ergonomie montrent comment les régulations collectives contribuent à la réalisation d’un travail collectif de qualité (Caroly, 2010, 2016; Mouchet et al., 2017). L’existence d’espaces de discussion ou d’objets intermédiaires dans la situation de travail l’optimisent (Caroly et Barcellini, 2013). Ces deux ressources favorisent les échanges destinés à l’élaboration de synchronisations collectives permettant d’améliorer la coordination du travail (synchronisation opérative) et la compréhension de la situation (synchronisation cognitive). La construction d’un “cadre référentiel commun” fournit aux opérateurs une représentation fonctionnelle commune qui oriente et contrôle l’activité exécutée collectivement (Leplat, 1991).

Par ailleurs, la notion de collectif de travail se réfère aux “*manières d’être en relation dans une équipe et de vivre ensemble le travail*” (Caroly, 2010). Contrairement à ce que sous-tend la notion de travail collectif, l’activité des autres ici ne constitue pas un milieu d’“interférences possibles” pour l’activité individuelle, elle “traverse” plutôt les activités de chacun et les fait évoluer (Clot, 2010). Il faut donc souligner que “*tout travail collectif n’implique pas (nécessairement) de collectif de travail*” (Benchekroun et Weill-Fassina, 2000, p. 6). Selon Cru (2016), un collectif de travail rassemble un grand nombre de travailleurs réalisant une oeuvre en commun, en utilisant un langage commun et des règles de métier durablement respectées. Ces règles de métier ne sont pas des consignes formelles (règlements, procédures) ; il s’agit plutôt de connaissances particulières qui orientent les arbitrages des sujets pour faire face à ce qui n’est pas écrit (Davezies, 2005).

En ergonomie, un collectif de travail se construit entre des opérateurs et des opératrices partageant des objectifs tendant à la réalisation d’un travail de qualité. Trois conditions sont nécessaires pour qu’émerge un collectif de travail (Caroly, 2010 ; Caroly et Clot, 2004) :

1. Disposer de règles de métier issues d’espaces de délibération des individus au travail.
2. Disposer d’un espace de reconnaissance entre pairs en référence aux règles de métier et aux compétences.

3. Entretenir des relations de confiance réciproque permettant de découvrir et de comprendre le fonctionnement de l'autre.

L'existence d'un collectif de travail de qualité a une fonction protectrice, mise en jeu à travers la possibilité qu'a le collectif d'élaborer – réélaborer – les normes et les règles qui délimitent l'action – en lien avec les critères de qualité du travail –, de gérer les conflits et les tensions dans les relations de travail, et de donner un sens au travail (Caroly et Barcellini, 2013). Ce faisant, les membres du collectif peuvent avoir accès à ce sens, à ces règles et aux différents critères de qualité, qui ont été élaborés à partir d'une histoire collective d'échanges.

3.3.3. Les critères de qualité et les niveaux des soins

Nous avons évoqué le fait que construire un travail de qualité suppose une interaction entre une conduite disciplinée et régulée d'une part, une flexibilité et une capacité d'adaptation d'autre part, à travers des arbitrages raisonnés des critères de qualité. Cependant, du point de vue de l'analyse de l'activité, nous nous trouvons face à la difficulté de définir ce que nous entendons par "critère" dans la situation du soin, parce que la manière d'évaluer la qualité du travail de soins varie beaucoup selon le point de vue de l'acteur consulté (médecin, infirmière, aide-soignant, responsable), sa spécialité (neurologie, urgences, oncologie), et le contexte (flux normal, demande excessive, urgence vitale). Ceci nous amène à nous interroger sur les critères de qualité et leur application dans le champ de l'analyse de l'activité de soins.

Selon Leplat (2014), le terme "critère" est polysémique et peut avoir de nombreuses applications ; en ergonomie il est couramment utilisé sans avoir été défini au préalable. Dans le domaine des soins, Donabedian définit le critère comme "*une variable qui permet de reconnaître un composant ou un aspect de la structure d'un système de prise en charge sanitaire, ou du processus ou des résultats de la prise en charge, et qui entretient une relation avec la qualité des soins et de la prise en charge du patient*" (Donabedian, 2001, p. 69). Ainsi, un critère devrait permettre de rendre tangibles les objectifs à réaliser à travers les soins de façon plus ou moins pertinente.

La conception de catégories de critères peut être variée (Clot, 2010 ; Leplat, 2014). Certains critères de qualité sont relatifs à la réussite (à court et long terme), d'autres à la santé, la sécurité, l'hygiène, la précision, l'exécution, etc. (Ombredane et Faverge, 1958). Toutefois, quand on s'intéresse à l'activité des opérateurs, il apparaît essentiel de distinguer les critères relatifs aux conséquences de l'activité pour ceux qui l'exécutent (satisfaction, souffrance, fatigue, accident) des conditions externes (qualité du traitement, état du matériel, incident technique) (Leplat, 2014). Ces deux niveaux de critères sont interdépendants et s'entremêlent.

Dans une situation de travail ordinaire, les critères n'ont néanmoins pas tous la même valeur. Il peut exister une "hiérarchie des critères" (par exemple, lorsqu'un critère est plus pertinent qu'un autre) ou un "conflit de critères" (par exemple, quand l'accent mis sur un critère conduit à en négliger un autre). Pour Leplat (2014), ces situations surgissent naturellement dans le travail à cause des différences entre les règles officielles imposées par l'entreprise ("le réglé") et les règles acceptées par les opérateurs en pratique ("le géré"). Ces différences sont traitées par la négociation de compromis mobilisant des régulations de trois types :

1. La régulation de contrôle ou régulation officielle prescrite par l'entreprise.
2. La régulation autonome pratiquée par l'opérateur ou le groupe d'opérateurs (à l'aide de règles qui le plus souvent ne sont pas écrites).
3. La régulation effective résultant d'un compromis négocié et accepté par les deux parties.

Pour finir, la question des critères pose également le problème de leur application en fonction du contexte dans lequel se réalisent les soins. Les procédures formelles sont en général élaborées à partir d'un idéal de prise en charge et dans une situation "moyenne". Néanmoins, la réalité de l'assistance est variable et les critères de qualité peuvent grandement changer selon le type de service, la complexité de la prise en charge, le nombre de patients, le type de pathologie, les compétences disponibles, le matériel, l'effectif, etc. A ceci s'ajoute le fait qu'il est rare aujourd'hui que les équipes de soignants se trouvent dans des conditions optimales pour réaliser les soins. Dans ce sens, les appréciations sur la pertinence des critères de qualité sont-ils les mêmes lorsque les moyens et les conditions sont suffisants (effectif, matériel, nombre de patients) que lorsque ces derniers font défaut ? Les ajustements et les arbitrages qui ont pour but de maintenir la qualité lorsque le cadre est optimal (standards prescrits par les recommandations) sont-ils identiques à ceux qui sont appliqués pour préserver la qualité dans un contexte non-optimal ou de risque ? Evidemment non.

Compte tenu du fait que le personnel soignant se trouve en permanence face à un écart entre les soins préconisés dans les recommandations et ceux qui sont réellement réalisés auprès des patients, Vincent et Amalberti (2016) ont proposé de distinguer cinq niveaux progressifs de soins (*levels of care*) :

- Le niveau 1 correspond aux soins optimaux décrits dans les recommandations. Il entend établir une référence partagée de ce qu'est l'excellence dans les soins, bien qu'en réalité elle soit rarement constante au long du parcours du patient.
- Dans le niveau 2, les experts considèrent que le résultat pour le patient est bon et que l'exercice quotidien de la profession est possible.
- Dans le niveau 3, la sécurité des patients peut être mise en péril. Les écarts par rapport à la pratique optimale sont fréquents, leurs motivations diverses.
- Dans le niveau 4, l'écart par rapport aux pratiques optimales est suffisant pour produire un dommage évitable sans pour autant affecter de manière décisive le résultat général.
- Enfin, le niveau 5 s'applique à des soins qui sont déficients pendant une durée prolongée et qui mettent le patient dans une situation de risque important et à long terme.

Dans ce modèle, le degré de qualité des soins est dégressif. Les exigences sont plus grandes et les résultats plus optimaux (bénéfice optimal) à mesure qu'on remonte l'échelle des standards. Inversement, si la qualité des soins baisse, un risque pour le patient apparaît. Ces définitions permettent de mieux comprendre ce qui se passe dans les soins en situation réelle. En général, les normes et les protocoles sont établis en vue d'atteindre les niveaux 1 ou 2 (champ de la qualité), bien qu'au quotidien les opérateurs produisent de grands efforts pour maintenir un niveau 3 (champ d'infraction normale) et éviter les niveaux 4 et 5 (champ de l'insécurité). Cette échelle aide à la compréhension des critères et des stratégies mis en oeuvre par les soignants pour construire ou préserver la qualité du travail, en prenant en compte les ressources dont ils disposent et les caractéristiques de la situation de soins.

4. Problématique de recherche et objectifs du mémoire

Les études en ergonomie font apparaître la qualité du travail comme un processus construit dans une situation à partir de l'articulation entre des règles formelles (qualité réglée) et des initiatives individuelles et collectives mises en œuvre par les opérateurs (qualité gérée). Ceci implique de reconnaître que la contribution des opérateurs à la production de la qualité ne se limite pas à l'exécution d'une prescription ; elle se traduit plutôt par une mobilisation active des opérateurs et des collectifs pour réaliser un travail de qualité. Lorsque les conditions offertes par l'organisation sont propices pour que les opérateurs réalisent un travail correspondant à la fois aux objectifs de performance de l'organisation et des opérateurs, la qualité du travail constitue un bénéfice pour le système – en termes de résultats attendus – et pour l'opérateur – en termes de satisfaction, de bien-être et de santé.

Les études en ergonomie et facteurs humains ont mis en évidence le caractère multiple des facteurs à l'origine de la qualité dans le contexte des soins de santé, caractère qui nourrit l'écart entre la prise en charge attendue et la prise en charge réelle. A l'heure actuelle, ceci est patent dans le secteur hospitalier dont la complexité croissante a mené à de nouveaux défis en termes de qualité et de sécurité. Ces quinze dernières années, la majorité des défis auxquels a dû faire face le monde hospitalier à ce sujet avaient à voir avec l'amélioration de la qualité de performance de processus spécifiques complexes ; aujourd'hui, à l'inverse, les problèmes liés à un défaut de qualité des soins sont souvent dus à l'accumulation de failles quotidiennes et de déficiences mineures qui finissent par fragiliser le système dans sa globalité. Dans ce sens, comprendre comment est produite la qualité des soins au niveau global dans un système de soins constitue un défi majeur pour l'ergonomie, mais aussi pour les sciences sociales du travail en général.

Les modèles de compréhension intégrale de l'activité de soins permettent aujourd'hui d'en appréhender de façon plus systématique le processus, sans se limiter à l'étude d'une tâche ou à l'interaction avec le patient en général. La recherche a ainsi permis de mieux comprendre l'activité individuelle et collective de soins située dans un système global, notamment sur la sécurité (Nascimento, 2009 ; Muñoz, 2016), les horaires atypiques (Toupin, 2005), les soins à domicile (Teiger et al., 2005), entre autres (Mouchet et al., 2017), mais pas sur la question de la construction de la qualité dans le contexte hospitalier.

Ainsi, la demande et le terrain proposés pour cette étude permettent d'explorer et d'étudier cette problématique, et de découvrir de quelle manière les opérateurs mobilisent leurs ressources individuelles et collectives pour construire et préserver la qualité du travail de manière globale dans un système de soins. Cette étude nous offre l'occasion de répondre à cette problématique dans un contexte peu étudié en ergonomie jusque là, à savoir le travail de soins spécifique d'un service de neurologie, où les patients souffrent de handicaps physiques, cognitifs et comportementaux divers. Voici donc les questions que nous aborderons dans ce travail :

- Comment les opérateurs gèrent-ils les contraintes et les ressources pour réaliser et préserver un travail de qualité dans le contexte des soins hospitaliers ?
- Quelles sont les stratégies individuelles et collectives mises en œuvre pour préserver la qualité de la prise en charge au niveau global dans le contexte des soins hospitaliers ?

- Quels sont les déterminants pouvant favoriser et/ou fragiliser la qualité dans les soins hospitaliers en neurologie ?
- Qu'est-ce que faire un travail de qualité en neurologie ?

Par ailleurs, cette étude s'intéresse à deux unités d'hospitalisation dans lesquelles évolue une seule et même équipe d'opérateurs ; ceci nous fournit l'opportunité d'étudier une problématique peu explorée en ergonomie, à savoir la question de l'adaptation de leurs ressources individuelles et collectives par les opérateurs pour construire la qualité du travail dans deux contextes de soins différents. Cette problématique pose la question du rôle des règles d'action et des critères de qualité acquis dans la façon dont les opérateurs organisent et gèrent les exigences et les ressources de la situation de travail pour produire la qualité. En ce sens :

- Quel rôle les règles d'action et les critères de qualité acquis individuellement et collectivement jouent-ils dans la construction de la qualité dans ces deux unités ?
- Les arbitrages et les stratégies mis en œuvre pour construire la qualité sont-ils différents lorsque les mêmes opérateurs sont confrontés à deux situations de travail similaires (soins hospitaliers en neurologie) au sein du même système (l'hôpital) mais avec un objet de travail différent (prise en charge d'une pathologie A/prise en charge d'une pathologie B) ?

4.1. Hypothèses

A partir des antécédents fournis par la littérature et des premiers contacts avec le terrain de recherche, l'étude s'articule autour des hypothèses de recherche suivantes :

1. Pour faire un travail de soins de qualité, les opérateurs procèdent à des arbitrages et appliquent des règles d'action, dans un contexte donné, en fonction des ressources disponibles et des critères de qualité construits individuellement et collectivement.
2. Les soignants mettent en œuvre différentes stratégies individuelles et collectives afin d'atteindre une qualité de travail satisfaisante dans chaque salle. Ces stratégies visent non seulement à préserver la qualité des soins délivrés au patient, mais aussi à maintenir un équilibre et à préserver le système de soins dans sa globalité en incluant le travail des "autres".
3. la connaissance du terrain permet aux opérateurs de construire des critères de qualité individuels et collectifs qui orientent leurs propres objectifs, ainsi que les arbitrages et les stratégies mis en œuvre pour préserver le système et réaliser un travail de qualité dans les deux salles.
4. Le sentiment de faire un bon travail devient la possibilité de faire des arbitrages individuels et collectifs efficaces permettant de maintenir un équilibre entre les différents pôles qui déterminent l'activité de soins (pôles soi, autres, système et patient).

4.2. Objectifs

Ce mémoire de recherche a pour objectifs de comprendre comment une équipe d'infirmières gère, au niveau individuel et collectif, les contraintes et les ressources disponibles pour produire et maintenir un travail de soins de qualité, et de mettre en évidence les déterminants qui peuvent le fragiliser. En particulier, l'étude s'attachera à analyser les stratégies mises en œuvre par les infirmières de la grande

équipe pour réaliser des traitements et des soins de qualité dans deux unités d'hospitalisation en neurologie différentes, en rendant compte du rôle des critères de qualité dans les différents arbitrages et régulations effectués par les opérateurs.

5. Méthode et stratégie de recherche

Afin de comprendre le processus de construction de la qualité du travail dans le contexte des soins hospitaliers en neurologie, nous avons réalisé une étude de terrain de type exploratoire en adoptant une méthode clinique d'analyse du travail en ergonomie (Clot et Leplat, 2005). Conformément aux références exposées dans le cadre théorique, nous entendons par construction de la qualité la manière pour l'opérateur et pour le collectif de construire la qualité du travail dans l'interaction avec le système et dans l'action sur celui-ci. L'unité d'analyse retenue est l'activité individuelle et collective des opérateurs dans une "situation de travail" particulière. L'activité comme objet d'étude est entendue selon un point de vue holistique et pluridimensionnel³, qui considère l'opérateur comme un sujet engagé, singulier, capable et opératif, qui agit et interagit sur la situation de travail (Cuvelier, 2016).

Nous utiliserons la méthode de triangulation des résultats issus de trois techniques de recueil des données. La triangulation permet d'enrichir les résultats, et de faciliter leur validation et leur crédibilité (Cohen et Manion, 2000). Après la préparation de l'étude, on applique les trois techniques en deux étapes successives. D'abord, nous avons réalisé des observations ouvertes et des entretiens de terrain afin de connaître et de comprendre le terrain d'étude et l'activité des opérateurs d'une part, et de rassembler des éléments permettant de choisir et/ou d'élaborer les techniques à utiliser dans un deuxième temps de l'étude d'autre part. Ensuite, nous avons utilisé la technique des observations systématiques ainsi qu'un protocole d'entretiens semi-dirigés scénarisés, afin de valider les hypothèses et les questions posées.

Dans ce chapitre, nous décrirons chaque étape de l'étude, en détaillant les techniques que nous avons utilisées.

5.1. Préparation de l'étude

Avant de commencer, le Chef de pôle et le référent Qualité et gestion des risques ont envoyé une note au médecin Chef de service et à la Cadre supérieure de santé du Département de neurologie pour les informer des objectifs et de la méthodologie de l'étude, ainsi qu'aux médecins responsables et aux cadres infirmières de proximité des salles Guillain et Froment, qui en ont eux-mêmes informé les opérateurs.

Une réunion s'est ensuite tenue avec le médecin responsable des deux salles, afin de lui présenter plus en détail le projet et de lui en expliquer les objectifs et les principes déontologiques. Nous avons également évoqué les objectifs et principes généraux de l'ergonomie et ses méthodes. Cette réunion a également été l'occasion de recueillir des informations utiles (caractéristiques de chaque salle, enjeux actuels, histoire) et de définir certains aspects pratiques : nous avons prévu un moment pour

³ L'ergonomie de l'activité ou ergonomie constructive s'appuie en général sur un modèle multidimensionnel de l'homme (Daniellou, 2006 ; Darses et Montmollin). Elle s'intéresse à « la personne entière, prise dans le déroulement de son histoire et dans ses rapports aux autres, engagé dans l'activité par tout son corps » (Teiger, 2007) pour l'analyser dans ses multiples dimensions : physiologique, cognitive, psychique, sociale, etc.

présenter officiellement la démarche aux opérateurs, une date de début, on m'a confié une blouse pour travailler dans le service, etc.

La présentation officielle de l'étude aux opérateurs a eu lieu deux semaines plus tard pendant la réunion de staff hebdomadaire du mardi. Nous en avons exposé les objectifs, la méthodologie et le contexte. Des questions ont été posées relatives à ce qu'est l'ergonomie et à la finalité pratique de l'étude au sein du contexte institutionnel.

En parallèle, nous avons réalisé plusieurs entretiens exploratoires auprès d'acteurs stratégiques du département. Nous avons interrogé la Cadre supérieure de santé, la Coordinatrice paramédicale du pôle, la référente Ressources humaines, la Cadre administrative du pôle, le référent Logistique, et le référent Qualité et Gestion des risques. Nous leur avons présenté les objectifs de l'étude et nous avons pu recueillir des documents pertinents relatifs à l'organisation du département, qui nous ont aidé à comprendre le fonctionnement des deux salles.

5.2. Observations ouvertes et entretiens exploratoires

La première étape de l'étude a permis de mieux connaître les situations de travail des salles d'hospitalisation et de se familiariser avec la neurologie. Nous avons utilisé une méthode ethnographique de recueil de données combinant observations ouvertes et entretiens ouverts en contexte (Rabardel et al., 2014). La combinaison des deux techniques obéit à un triple objectif. Il s'agit avant tout de connaître et de comprendre le fonctionnement global des salles, les composantes de la chaîne de soins et les déterminants possibles de la qualité du travail ; ensuite, d'identifier et d'explorer les exigences, les logiques d'action, les arbitrages et les stratégies opératoires utilisés par les opérateurs pour produire et maintenir un travail de qualité dans les deux salles. Enfin, cette méthodologie permet de recueillir les données pertinentes pour l'élaboration des techniques utilisées dans la seconde étape de l'étude, à savoir les observations systématiques et les entretiens semi-dirigés scénarisés.

A cette étape, le travail de recueil de données a été réalisé dans les salles Guillain et Froment pendant quatre semaines :

- 100 heures d'observations ouvertes dans chaque secteur d'hospitalisation, 10 heures d'observation dans chaque secteur.
- Entretiens en contexte avec les soignants et les autres professionnels impliqués dans la prise en charge du patient, y compris les responsables des secteurs, les professionnels transversaux et les professionnels externes intervenant directement ou indirectement dans les secteurs d'hospitalisation (médecins, paramédicaux, référent qualité, brancardiers, etc.).

Les observations et les entretiens ont été réalisés pendant les horaires du matin (6h45-14h) ou de l'après-midi (13h45-21h), tous les jours de la semaine. Dans chaque secteur, on a réalisé quatre observations collectives (deux par salle, horaires du matin et horaires de l'après-midi) et six observations individuelles par métier (infirmière, aide-soignant, médecin pour chaque salle) sur une journée complète de travail. Dans les autres observations, on s'est concentré sur la réalisation de tâches spécifiques comme le tour de service, l'organisation des repas, les réunions de staff (équipe

médicale, paramédicale et sociale), ainsi que sur les visites médicales du chef de clinique (une observation pour chaque salle).

La stratégie adoptée pour ces observations consiste en l'observation de journées complètes de travail, afin d'avoir une perspective de l'organisation des soins au fil de leur déroulement, conformément aux recommandations d'Estryn-Béhar (2000) et Villete (1993). Selon ces derniers, les stratégies ou les régulations dans les situations de soins hospitaliers sont mieux comprises dans la mesure où on peut observer les décalages, les imprévus et les enchevêtrements qui ont lieu tout au long de la chaîne des soins.

Les entretiens en contexte ont été menés de manière libre auprès de plusieurs soignants lors des journées d'observation, en utilisant une grille d'entretien préalablement construite en tenant compte de la demande de l'étude et des contacts initiaux avec les opérateurs.

5.3. Observations systématiques

Après la phase initiale d'observations et d'entretiens, nous avons mené des observations systématiques de l'activité des professionnels infirmières et aides-soignants des deux salles. Ce type d'observation suppose de connaître au préalable la situation et le sujet à étudier (lieu et sujet), mais aussi les conduites ou les aspects de l'activité définis à l'avance comme des observables (Guerin et al., 1997; Norimatsu, 2008; Rabardel et al., 2014). Ceux-ci sont établis selon un protocole précis préalablement fixé. La technique permet de quantifier les observables, de les analyser et de les comparer en termes de fréquence, de variation et de durée des données.

Dans le champ de cette étude, cette technique a servi à systématiser et caractériser la variabilité et les différences de performance des infirmières de chaque salle sur les différentes journées (matin, après-midi, week-end), à partir des catégories d'observables (déplacements, type de soins, type de patient, etc.). Ceci a permis de valider une partie de données recueillies pendant les observations et entretiens ouverts au sujet des différentes contraintes, des flux de travail, actions, soins les plus fréquents, imprévus les plus courants, etc., et de vérifier ou faire apparaître les arbitrages et les stratégies individuelles et collectives utilisés par les infirmières au cours de leur activité.

Six infirmières ont été observées sur les treize que compte l'équipe, lors de journées de travail différentes (quatre heures d'observation au total). Chaque observation a consisté à suivre l'infirmière concernée du début à la fin de sa journée de travail. Quatre observations ont été réalisées dans chaque salle (huit au total, entre Guillain et Froment), selon le programme suivant :

	Mardi	Mercredi	Jeudi	Samedi	Nombre d'heures d'observation
Guillain	matin	après-midi	matin	matin	32
Froment	matin	après-midi	matin	matin	32

Figure n° 2 – Programme des journées choisies pour les observations systématiques

Ces choix méthodologiques découlent des informations recueillies lors des observations ouvertes et des entretiens en contexte. Pour aborder les différences et la variabilité d'une journée de travail à l'autre, on a comparé deux journées du "matin" – le mardi, considéré par les opérateurs comme journée la plus chargée de la semaine, et le jeudi, dont la charge de travail est jugée habituelle – avec une journée de l'"après-midi" (mercredi) et un "matin" de week-end (samedi). Le week-end, la moitié de l'effectif de la semaine travaille, avec uniquement les patients d'hospitalisation traditionnelle (patients atteints de pathologies plus graves et plus handicapantes) : d'où l'intérêt de mener des observations à ce moment particulier dans la semaine des deux salles.

Les infirmières volontaires étaient invitées à participer. Six infirmières (cinq de l'équipe fixe et une intérimaire) ont participé aux huit observations. L'opératrice la plus ancienne du service y travaille depuis quatre ans (infirmière C), et c'est également l'une des infirmières ayant le plus d'expérience professionnelle dans son métier ; la dernière arrivée y travaille depuis un an et demi (infirmière F). Deux opératrices ont été observées à deux reprises dans chaque salle distincte (infirmières A et F). Voici la typologie des situations observées :

N° Obs	Seteur concerné	âge	opératrice	Journée de travail observée	Statut et ancienneté dans le métier
1	Guillain	30	↗ IDE F	Matin	<ul style="list-style-type: none"> • 4 ans d'expérience professionnelle • 1 an et demi dans le service
2	Guillain	65	IDE B (intérimaire)	Après-midi	<ul style="list-style-type: none"> • 366 ans d'expérience professionnelle • 2 jours d'expérience à Guillain
3	Guillain	29	IDE C	Matin	<ul style="list-style-type: none"> • 4 ans d'expérience professionnelle • 4 ans dans le service
4	Guillain	28	↖ IDE A	Week-end	<ul style="list-style-type: none"> • 3 ans d'expérience professionnelle • 3 ans dans le service
5	Froment	31	IDE D	Matin	<ul style="list-style-type: none"> • 6 ans d'expérience professionnelle • 2 ans et demi dans le service
6	Froment	28	↖ IDE A	Après-midi	<ul style="list-style-type: none"> • 3 ans d'expérience professionnelle • 3 ans dans le service
7	Froment	27	IDE E	Matin	<ul style="list-style-type: none"> • 3 ans d'expérience professionnelle • 3 ans dans le service
8	Froment	30	↗ IDE F	Week-end	<ul style="list-style-type: none"> • 4 ans d'expérience professionnelle • 1 an et demi dans le service

↗ = opératrices ayant participé à une seconde journée d'observation

Figure n° 3 – Infirmières participant aux observations systématiques

Les observations systématiques se sont principalement intéressées aux actions de soins liées aux différentes tâches réalisées par les équipes sur la journée de travail du matin ou de l'après-midi. On s'est attaché à décrire les déplacements, les tâches, les communications et l'activité collective. Ces éléments constituent les catégories d'observables suivantes :

1. *Lieu* : le lieu dans lequel se trouve le soignant à chaque moment de la journée (chambre, poste de soins, réserve, pharmacie).
2. *Grande tâche* : les grandes tâches quotidiennes que les soignants doivent réaliser. (relève, tour de service, tour protocolaire, déjeuner, etc.).

3. *Action* : nature, durée et personnes concernées (collègue, patient) par les actions réalisées par l’infirmière à chaque moment de la journée. On distingue les six sous-catégories suivantes :

a) *Soins techniques* : actes liés aux procédures et aux gestes techniques, par exemple l’administration de médicaments, la pose d’une perfusion, les protocoles d’examen (prélèvements sanguins, ponction lombaire), les surveillances, etc. (par exemple, l’aspiration bronchique).

b) *Soins de base ou soins d’hygiène et de confort* : actes liés à l’hygiène de la vie quotidienne, comme la toilette, le nursing (installation du patient, aide au déplacement), l’alimentation, etc.

c) *Soins relationnels et éducatifs* : gestes relationnels, par exemple les informations et les explications sur la pathologie et les traitements, la prise en charge psychologique, et les autres gestes relationnels ayant rapport avec le rétablissement du patient.

d) *Soins indirects* : tâches liées aux soins et qui se font sans le patient, par exemple, l’envoi d’examens, la préparation d’une perfusion, la recherche de médicaments, etc.

e) *Autres* : réalisation de tâches qui font partie du travail de soignant, sans être directement liées aux soins, par exemple répondre au téléphone, brancher le chariot des repas, aller chercher du matériel de bureau, etc.

f) *Actes communicationnels* : actes de communication en lien avec le travail : transmissions orales et écrites, échanges sur les soins, échange sur les autres tâches.

4. *Activité collective* : toutes les formes de travail collectif réalisées par le soignant au quotidien (co-activité, collaboration, coopération et entraide), sans considérer les différences qui existent entre elles.

Nous avons ainsi défini 40 indicateurs de description de l’activité de soins, et nous avons attribué un code à chacun d’eux (voir annexe N° 1).

Ces données ont été recueillies à l’aide d’un crayon et de papier en temps réel sur une grille d’observation. Ces instruments ont été jugés plus judicieux qu’un enregistrement vidéo, car ils sont moins intrusifs pour le patient et ne sont pas soumis à un règlement particulier impliquant l’autorisation écrite du sujet⁴.

Heure	Lieu	Tâche	Patient	Actions	Acitivté collective	Communications		
						Qui	A qui	Type

Tableau n° 1 – Grille d’observation

⁴ La loi n°2002-30 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé. Le chapitre III du titre III expose les obligations déontologiques de professionnels relativement à l’information des usagers du système de santé. Il est interdit d’enregistrer et de diffuser des informations sans le consentement écrit du patient.

A la fin de chaque observation systématique, on demande à l’opérateur d’évaluer la qualité globale des soins réalisés sur sa journée de travail à l’aide de l’échelle de Vincent et Amalberti (2016) (figure N° 4), afin de savoir comment il perçoit la qualité de sa prise en charge, ce qui le motive et la variabilité au fil de la journée.


	Niveau 1: soins attendus selon les standards (soins optimaux)	Aire de la qualité
	Niveau 2: respect des standards : soins normaux avec des imperfections	
	Niveau 3: soins peu fiables/qualité déficiente (mais le patient échappe au dommage)	L’infraction normale
	Niveau 4: soins déficients, avec une bénéfice général malgré un probable dommage léger	Aire de la sécurité
	Niveau 5: soins dans lesquels le dommage est plus important que le bénéfice	

Figure n° 4 –Cinq niveaux progressifs de soins (*levels of care*) (Vicent & Amalberti, 2016)

5.4. Entretiens semi-dirigés et entretiens scénarisés

La troisième étape de la stratégie méthodologique consiste en la réalisation d’entretiens semi-dirigés. Cette technique d’entretien est mixte, alternant questions préparées sur des sujets précis et questions spontanées (Hernandez Sampieri et al, 2003). En ergonomie, ces entretiens permettent une compréhension fine de l’activité des opérateurs (Guérin et al., 1997). Il s’agissait d’enrichir et de nuancer les informations obtenues lors des observations ouvertes et systématiques, en identifiant les ressources individuelles et collectives (cognitives, subjectives, gestes, compétences) mobilisées dans l’activité, les représentations sur le travail de qualité, les stratégies, les logiques d’action et les critères (hiérarchie de critères, conflits de critères) à l’oeuvre dans la réalisation d’un travail de qualité. Cette technique nous a permis d’explorer les déterminants de la qualité du travail (de renforcement ou de fragilisation de la qualité), les critères – y compris hiérarchie et conflit de critères –, et les solutions de compromis les plus fréquemment utilisées par les opérateurs dans chaque salle.

Voici les trois axes thématiques qui ont guidé l’élaboration du protocole d’entretiens semi-dirigés :

1. *Travail de qualité, qualité des soins et performance* : approfondir les perceptions, représentations et jugements sur la qualité du travail, ainsi que les dimensions non observables de l’activité individuelle et collective. Certaines des questions abordées furent ainsi : “pour vous qu’est-ce que faire un travail de qualité ?”, “Qu’est-ce que faire une administration de médicaments de qualité ?” “Qu’est-ce qu’un travail collectif de qualité?” “Qu’est-ce que faire un soin technique de qualité?”
2. *Déterminants de la qualité des soins* : explorer les facteurs et les déterminants favorisant ou fragilisant la production de la qualité des soins ; par exemple, “quels éléments vous semblent

indispensables pour pouvoir faire un travail de qualité dans les deux salles ? Ou “quels éléments ou incidents peuvent empêcher la réalisation d’un travail de qualité?”

3. *Effets de la qualité des soins* : explorer les effets et les résultats de la qualité du travail. Nous nous sommes centrés sur la question de la performance au niveau individuel et groupal, et sur le sentiment de “faire un bon travail”. Par exemple, “quelle est votre opinion sur la performance du point de vue de la qualité ?”, “Vous sentez-vous en mesure de faire un travail de qualité ?”, “Quelle est votre opinion sur la performance de l’équipe du point de vue de la qualité du travail ?”

Nous avons ajouté au protocole de questions une deuxième partie proposant deux “situations de soins scénarisées” (voir Annexe N° 2) pour simuler l’activité de travail des infirmières, de façon fictive mais réaliste. Ce scénarios d’action ont été imaginés en tenant compte des trois exigences formulées par Van Belleghem (2012): 1) le support doit permettre la représentation et l’évolution des éléments de prescription sous la forme de scénarios; 2) le support doit permettre la modification des scénarios; 3) le support doit permettre la simulation de l’activité.

Ainsi, pendant la seconde partie de l’entretien, nous avons présenté à l’infirmière interrogée deux situations sous forme de scénarios, leur demandant de “se mettre en situation” et de simuler ce qu’elles feraient si elles se trouvaient dans cette situation. L’un des scénarios correspondait à une journée de travail à Guillain, l’autre à Froment. L’infirmière a expliqué comment elle organiserait et réaliserait son travail, en explicitant les ressources mobilisées, les conditions et les contraintes spécifiques dans chaque situation. L’objectif était d’analyser l’activité réalisée par les infirmières participant aux entretiens.

Il s’agissait tout d’abord de présenter chaque scénario d’action sous la forme d’une feuille de planification de prescriptions pour chaque patient à prendre en charge (figure N° 5). Ce document mentionnait le diagnostic de chaque patient, l’ensemble des traitements et des soins à réaliser. En donnant le document, l’interviewer expose la consigne suivante:

Vous êtes du matin à XXXX (Guillain ou Froment) et vous devez faire votre tour de service. Vous avez 8 patients à votre charge et vous devez réaliser les prescriptions suivantes pendant le premier tour.

L’opératrice dispose ensuite d’un temps pour lire la feuille de planification et imaginer une représentation de la situation.

Patient	Prescription	Patient	Prescription
P1 Autre	<ul style="list-style-type: none"> • Constantes • Ttt x 3/j • Bilan sanguin 	P5 Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan sang (8 h) • Constantes • Ttt. Tous les 2 ou 3h • Surveillance mobilité • Injection ss/cut le soir + hydrata^o s/cut
P2 Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Ttt toutes les 2/3h (per Os) • Surveillance mobilité • Pompe /s cut (Apakinon) à 20h + Injet^o /s-cut 	P6 Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place cassette + pompe duodopa • Pansement sonde jéjunostomie • Ttt per Os 3x/j • Constantes • Injections /s cut
P3 T. Comportemental	<ul style="list-style-type: none"> • Constantes • Bilan Sanguin • Examens externes • Surveillance comportement 	P7 Autre	<ul style="list-style-type: none"> • Constantes • Tt 3x/J • Bilan sanguin
P4 T. Comportemental	<ul style="list-style-type: none"> • Constantes • Bilan Sanguin • Examens externes • Surveillance comportement 	P8 Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Constantes • Ttt tous les 2 ou 3 heures • Injection /s-cut • Surveillance mobilité (blocage dyskinésie)

Figure n° 5 – Feuille de planification des prescriptions utilisée lors des entretiens (salle Guillain)

Après avoir compris le scénario et la consigne, on demande à l’infirmière : “comment vous organisez-vous pour faire un travail de qualité dans cette situation ?” l’infirmière explique – en inscrivant l’ordre des prises en charge au stylo sur la feuille – comment elle organiserait les soins de chaque patient et comment elle administrerait les ressources disponibles en fonction de la situation de la salle. Pendant que l’opératrice se prête au jeu, l’enquêteur explore les logiques d’action sous-jacentes possibles, les stratégies, règles d’action, raisonnements, représentations, critères de qualité, arbitrages, gestion de conflit de critères, etc. Quand l’infirmière a fini de “jouer” la situation, on lui pose la question : “qu’est-ce qui pourrait vous empêcher de réaliser un travail de qualité ?” Ensuite, les questions posées à l’infirmière sont libres et ont pour but de faire apparaître les facteurs qui peuvent contribuer à la construction ou à la dégradation de la qualité de la prise en charge dans chaque salle ; par exemple, “que se passerait-il si une collègue était absente ce jour-là ?”, “Que se passe-t-il si votre collègue infirmière est intérimaire et ne connaît pas la salle ?”, “Que se passe-t-il s’il y a une urgence vitale ?” Ces questions libres ont permis de mettre en évidence la variabilité des arbitrages, des critères et des modes opératoires pour faire un travail de qualité dans chaque salle, en fonction des formes que prend la dégradation du contexte (manque d’effectif, de matériel, défaut de coordination, charge de travail, etc.).

On a réalisé en tout cinq entretiens, avec cinq des six infirmières ayant participé aux observations systématiques (IDE A, C, D, E et F). La sixième infirmière n’a pas participé à cette dernière étape parce qu’elle était intérimaire et n’est plus revenue dans le service (IDE B).

5.5. Traitement et analyse des données

Les données recueillies ont été traitées et analysées de manière indépendante à chaque étape de l’étude.

Les observations ouvertes et les entretiens de terrain ont été traités de façon descriptive, en fonction des informations recueillies dans chaque salle. L’une des limites des observations ouvertes étant la difficulté d’exprimer de façon synthétique le déroulement temporel des faits, nous avons organisé

l'information en fonction des exigences et des contraintes auxquelles doivent faire face les opérateurs dans la situation de travail, ainsi que des stratégies mises en œuvre. Les informations issues des entretiens de terrain ont permis d'enrichir ces descriptions, en explorant les logiques d'actions, les raisonnements et les représentations des situations décrites. Des situations d'arbitrage et de mise en œuvre de stratégie recueillies au fil des journées ont ainsi complété les observations.

Dans le cas des observations systématiques, les données recueillies ont été compilées dans un tableau Excel et présentées sous la forme d'un graphique d'activité classique (Guérin et al., 1997). A cause de la grande quantité de données rassemblée, nous avons choisi de ne représenter que le premier tour de service de chaque journée observée (Annexes N°3 à N°10). Le reste des données est présenté sous la forme d'une chronique écrite et d'une chronique en images, toutes deux résumées et mettant en avant les événements marquants et les principales situations de la journée.

Les entretiens semi-dirigés scénarisés ont été retranscrits et analysés avec l'objectif de systématiser les différents thèmes traités et d'identifier des catégories et sous-catégories.

Dans la première partie, soit les questions d'entretien, nous avons cherché à explorer les représentations, les règles d'action et les stratégies, en approfondissant les motivations et les finalités. Pour les scénarios, l'analyse des données s'est attachée à faire apparaître la manière qu'a chaque infirmière d'organiser son travail et à catégoriser les critères et les déterminants de la qualité du travail. Une grille différente a été utilisée pour chaque partie des entretiens (voir Annexe N° 11).

Pour finir, l'ensemble des données recueillies avec les techniques détaillées plus haut, l'information issue des premiers contacts avec les opérateurs et l'exploitation de plusieurs documents ont été utilisés pour élaborer une description de l'organisation théorique et de l'organisation réelle du travail des deux salles.

6. Résultats de l'étude

Ce chapitre présente l'ensemble des données traitées, soit les résultats de l'analyse des observations ouvertes et des entretiens de terrain, des observations systématiques et des entretiens semi-dirigés scénarisés. Cet ordre correspond à l'ordre chronologique dans lequel ces méthodes ont été appliquées lors de l'étude.

Nous nous attachons ici à décrire, comprendre et interpréter les données principales issues séparément de l'application de chaque méthode, sans discuter la validité ni la cohérence des résultats, ni de problèmes théoriques en ergonomie. Ceci sera l'objet du dernier chapitre du mémoire, qui s'intéressera précisément à la discussion des résultats.

Pour mieux comprendre ces données, nous proposons pour commencer une description du travail prescrit et du travail réel du terrain d'étude, afin de montrer comment est organisé le travail et les tâches des infirmières et de l'équipe plus générale qui évolue dans les deux salles étudiées.

6.1. Le travail prescrit et réel dans les salles Guillain et Froment

6.1.1. Le travail prescrit : tâches et organisation formelle du travail

6.1.1.1. Salles Guillain et Froment : les locaux

Les salles Guillain et Froment occupent tout le cinquième étage du bâtiment P. Castagne. A chacune de ces salles incombe la prise en charge de pathologies particulières.

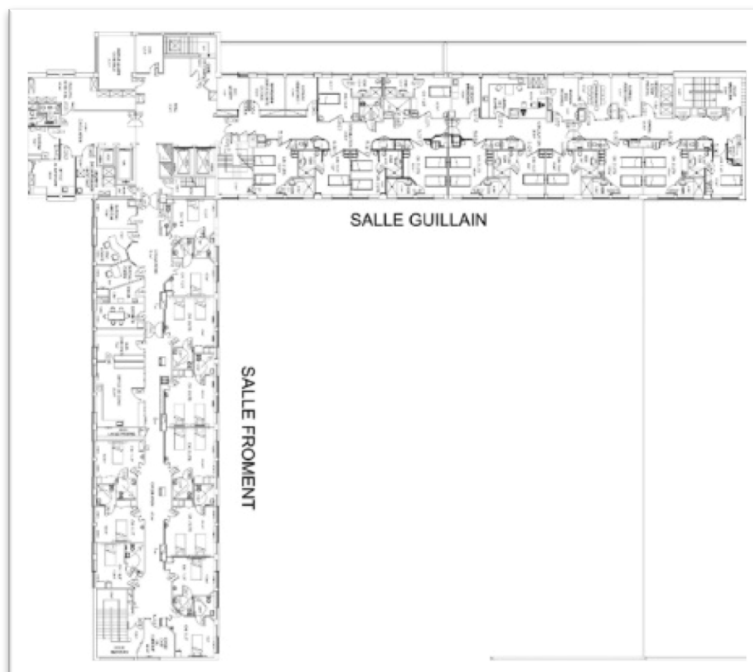


Figure n° 6 – Plan des salles Guillain et Froment

Les patients atteints de pathologies neurodégénératives et comportementales sont hospitalisés en salle Guillain ; les pathologies de référence sont la maladie de Parkinson et les troubles comportementaux. Cette salle est dotée de 17 lits, 8 lits d’hospitalisation traditionnelle et 9 d’hospitalisation à la semaine. 4 lits d’hospitalisation à la semaine sont dévolus aux patients atteints de troubles comportementaux ; le reste (5 lits à la semaine et les 8 lits d’hospitalisation traditionnelle) sont réservés aux patients atteints de maladie neurodégénérative, notamment la maladie de Parkinson.

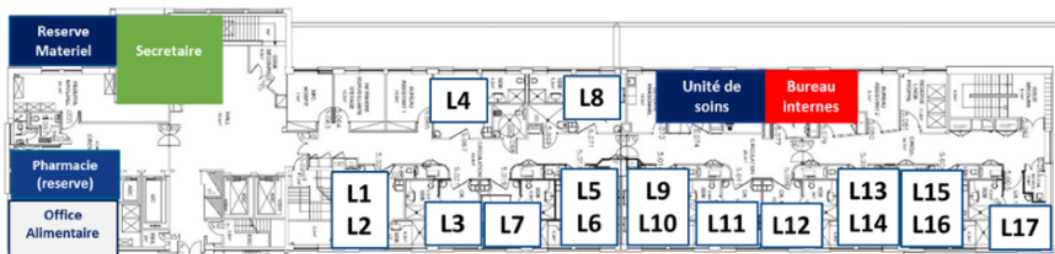


Figure n° 7 – Salle Guillain

La Salle Froment est destinée à la prise en charge des pathologies neuroinflammatoires, essentiellement la sclérose latérale amyotrophique (SLA). Elle dispose de 16 lits, 8 lits d’hospitalisation traditionnelle et 8 lits d’hospitalisation de semaine.

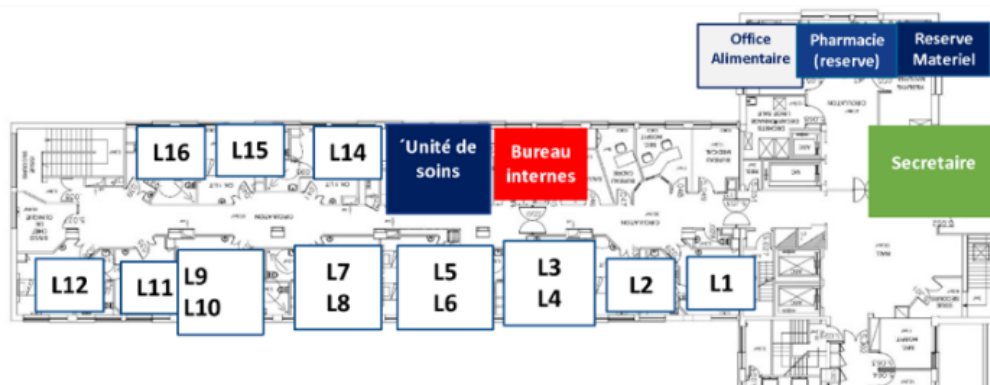


Figure n° 8 – Salle Froment

Chaque salle dispose d’une unité de soins où travaillent les infirmières, et un bureau des internes. Les bureaux des secrétaires, la petite pharmacie et la réserve de matériel de soins sont communs aux deux salles.

6.1.1.2. Journée de travail type et fonctionnement en “grande équipe”

Les salles Guillain et Froment, comme toutes les autres à l’hôpital, fonctionnent sur un mode de travail continu 24h/24, 7 jours sur 7. Pour cela, 3 équipes se succèdent pour assurer la continuité du travail, week-end compris : celle du matin (6h30-14h00), de l’après-midi (13h30-21h00), et l’équipe de nuit (21h00 à 6h30). La relève se fait lors des “transmissions orales”, où une équipe communique à celle qui lui succède les informations et consignes ad hoc.

L'équipe complète de jour (matin + après-midi) constitue la "grande équipe". Une grande équipe est composée de 2 infirmières et 2 aides-soignantes le matin et l'après-midi, et d'un médecin chef de clinique⁵, de deux médecins internes⁶ et d'une secrétaire pour la journée. Elle collabore avec le personnel paramédical transversal et les brancardiers, chargés du transport des malades et du matériel. L'administration de la majorité des traitements et la plupart des soins réalisés chaque jour auprès du patient incombent à la grande équipe.

L'expression "grande équipe" implique également que les infirmières et les aides-soignants alternent tous les 15 jours les postes du matin et de l'après-midi, et changent d'unité tous les mois (alternance Guillain/Froment)⁷. Seule une moitié de l'équipe travaille le week-end, où ne sont occupés que les lits d'hospitalisation traditionnelle. Quant à l'équipe de nuit, elle est responsable de la surveillance et de l'administration des soins qui lui incombent. Elle travaille selon un horaire fixe. Il n'y a pas d'alternance entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit.

Les médecins et la secrétaire ont des horaires fixes du lundi au vendredi de 9h à 17h ; au cours de leur journée de travail, ils sont donc en contact à la fois avec l'équipe soignante du matin et celle de l'après-midi. Les médecins travaillent soit à Guillain, soit à Froment, sans alterner. Les brancardiers et les paramédicaux sont des professionnels externes transversaux, travaillant dans tout le bâtiment, appartenant à une équipe ayant sa propre organisation. Leurs interventions dans les 2 salles ont lieu à la demande de l'équipe médicale ou soignante, entre 8h et 17h (la nuit, les professionnels font appel à un service spécial de brancardage). Voici un graphique reprenant les horaires de travail de différents professionnels intervenant dans les 2 salles :

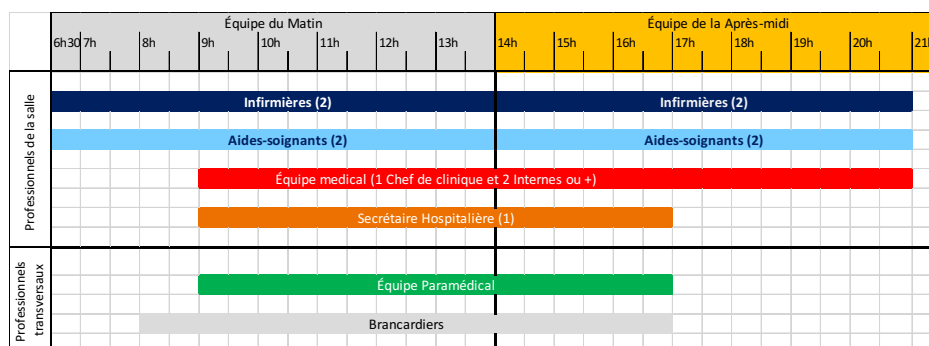


Figure n° 9 – Horaires de travail

Le week-end, les urgences médicales (urgences vitales ou ajustement de traitement) sont assurées par un médecin de garde qui a la charge de tout le bâtiment. La nuit et quand le médecin de garde est indisponible, ces tâches sont assurées par un médecin d'astreinte.

⁵ Le chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux (CCU-AH, souvent abrégé en CCA) est en France un personnel médical exerçant une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche au sein des centres hospitaliers universitaires.

⁶ L'interne, plus exactement interne des hôpitaux, est un personnel médical en formation, accomplissant sa formation clinique en étant intégré à temps complet au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire. Il participe au service public hospitalier en prenant en charge des patients avec une autonomie relative, peut prescrire des traitements sous l'autorité et par délégation d'un médecin titulaire.

⁷ C'est une particularité de l'équipe étudiée, puisque tous les autres soignants du département de neurologie évoluent sur 8 à 10 secteurs ou unités différents.

6.1.1.3. Tâches spécifiques et distribution des tâches du personnel infirmière

Les infirmières ont pour rôle de délivrer des soins hautement spécialisés aux patients des 2 salles. On peut regrouper les soins qui y sont réalisés en 3 catégories :

- *Soins techniques* : ce sont les actes liés à l'administration de médicaments, à la mise en œuvre de protocoles d'examen, à des gestes techniques comme les injections sous-cutanées, l'aspiration bronchique, la supervision et autres protocoles de techniques de soins spécifiques.

- *Soins de base* : il s'agit des soins d'hygiène et de confort, y compris la toilette, l'habillage et le déshabillage du patient, l'alimentation, l'aide à la marche, etc.

- *Soins relationnels* : ils comprennent toutes les actions réalisées par les soignants ayant pour finalité l'éducation et la transmission d'informations sur les traitements et la pathologie, ainsi que la prise en charge psychologique, l'accompagnement et le soutien moral, etc.

Dans le système hospitalier français, les soins de base sont essentiellement réalisés par les aides-soignants. Les soins techniques incombent aux infirmières. Les soins relationnels sont dispensés lors de la réalisation des autres soins, aussi bien par les uns que par les autres :

	Soins techniques	Soins de base	Soins relationnels
Infirmières	+	0	+
Aides-soignants	Non habilités	+	+

+ soins sous la responsabilité propre

0 soins autorisés à responsabilité partagée

Tableau n° 2 – Distribution des tâches

Les infirmières doivent consigner tous les actes effectués pour la prise en charge du patient dans les dossiers patients, réaliser des transmissions orales au moment de la relève, ainsi que préparer et envoyer les échantillons prélevés pour examen. Une partie du travail infirmière consiste donc à enregistrer des actes et des informations pertinentes sur le patient.

Les infirmières doivent également effectuer des tâches moins directement liées aux soins (commande de médicaments, approvisionnement du matériel, bionettoyage des chambres), voire sans lien avec les soins (tâches administratives, réponse aux appels téléphoniques, rangement du matériel, etc.).

6.1.1.4. Grandes tâches du personnel infirmière

La journée de travail des infirmières de la grande équipe, du matin comme de l'après-midi, s'organise autour de 5 grandes tâches :

	Équipe du matin	Équipe de l'après- midi	Description
Relève	6h30 → 7h00	13:30 → 14h00	Transmission d'informations sur les soins entre l'équipe qui termine et celle qui prend le poste.
Organisation/préparation	7h00 → 8h00	14h00 → 15h00	Préparation des soins (tour de service, médicaments, procédures techniques, approvisionnement de matériel, etc.) et organisation du travail.
Tour de service 1	8h00 → 9h00	15h00 → 16h00	Tournée des chambres pour y réaliser les soins techniques (traitements, examens, constantes) et relationnels.
Tour protocolaire	9h00 → 12h00	16h00 → 18h00	Réalisation de soins spécifiques selon la prescription médicale.
Tour de service 2	12h00 → 13h00	18h00 → 19h00	Deuxième tournée des chambres pour y réaliser les soins techniques et relationnels afférents.
Transmissions écrites	13h00 → 13h30	20h00 → 20h30	Report des informations pertinentes dans les dossiers patients.
Relève	13h30 → 14:00	20h30 → 21h00	Transmission d'informations sur les soins entre l'équipe qui termine et celle qui prend le poste.

Tableau n° 3 – Les grands types de tâches infirmières de Guillain et Froment

A ceci s'ajoute la participation aux tâches accomplies par les aides-soignants et par les médecins, variable en fonction du temps sont les infirmières disposent. Elles doivent collaborer au tour de soins de base des aides-soignants, qui a lieu de 8h à 11h le matin, puis de 15h à 16h et de 18h à 19h, à la distribution des repas (petits-déjeuners de 9h à 10h, déjeuner de 12h à 13h, dîner de 18h à 19h). Les infirmières collaborent avec les médecins dans la réalisation de procédures techniques spécifiques pour lesquelles ces derniers requièrent une assistance (ponctions lombaires par exemple).

6.1.1.5. Organisation théorique du travail dans les salles Guillain et Froment

En théorie, le travail des infirmières est organisé de la manière identique dans les 2 salles. 2 aides-soignants travaillent avec 2 infirmières, le matin, l'après-midi et la nuit. La salle est divisée en 2 secteurs ; chaque secteur est sous la responsabilité d'une infirmière et d'un aide-soignant. Les 2 professionnels doivent organiser leur travail en fonction des prescriptions du jour et des besoins éventuels de chaque patient. Le week-end, l'effectif est réduit de moitié (1 infirmière et 1 aide-soignant), les patients en hospitalisation de semaine ayant quitté la salle.

Si la prestation de soins auprès du patient est le rôle propre de l'infirmière, tous les membres de l'équipe sont amenés à accomplir des tâches faisant partie de la chaîne de soins. L'équipe médicale de chaque salle réalise des évaluations cliniques, prescrit des traitements, des soins et des examens pour chaque patient, rédige des comptes rendus, fait des entretiens, sélectionne les patients à hospitaliser et donne les autorisations de retour à domicile. Les équipes paramédicales se rendent auprès des patients pour réaliser une évaluation ou dispenser les soins prescrits par le médecin. La secrétaire est chargée de la dimension administrative de l'hospitalisation des patients, coordonne les heures d'examen et de consultation ayant lieu dans d'autres services, commande le matériel administratif, les dossiers de soins, etc. Enfin, les brancardiers transportent les patients qui doivent passer un examen dans l'enceinte de l'hôpital ou à l'extérieur.

Pendant la semaine, le matin ou l'après-midi, les infirmières réalisent leurs tâches simultanément avec les autres professionnels de la grande équipe. L'organisation des grands tâches de l'équipe est la suivante :

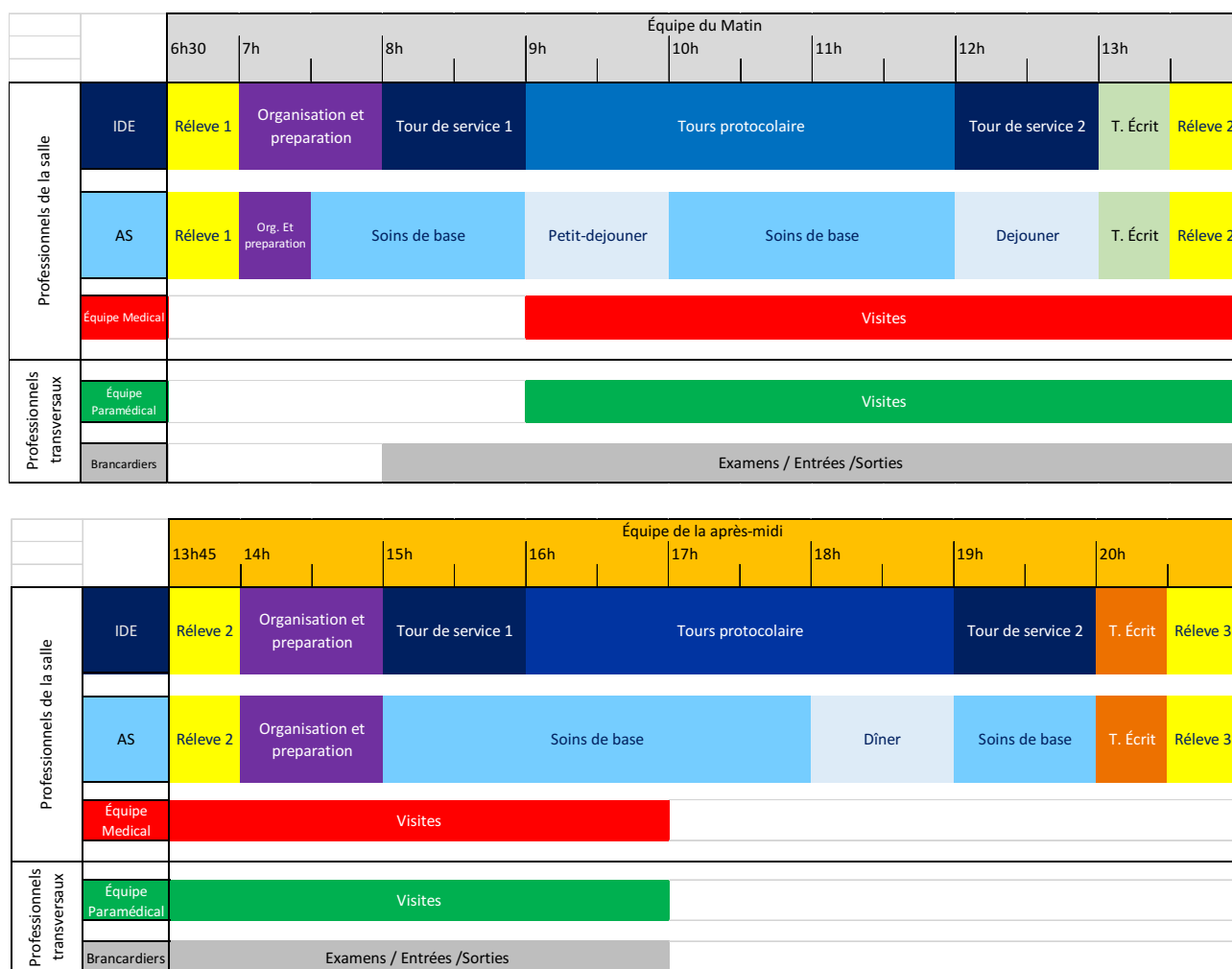


Figure n° 10 – L'organisation des grandes tâches de la grande équipe

6.2.2 Le travail réel : tâches et organisation réelle du travail

6.2.2.1. Le travail réel des infirmières dans les salles Guillain et Froment

Les observations ouvertes et systématiques et les entretiens de terrain ont permis de mettre en évidence les différences existant entre l'organisation théorique et l'organisation réelle du travail des infirmières.

Au début de leur journée, les infirmières procèdent à la "relève" en faisant des transmissions orales avec l'équipe qui les précède sur le poste de soin. Ces transmissions orales permettent de connaître l'état de chaque patient et ce qu'a fait ou n'a pas fait le soignant en termes de soins, de traitement, etc. C'est un espace valorisé par les infirmières : c'est là qu'elles peuvent "*se faire une première représentation du patient pour planifier les soins qu'elles doivent faire*". Les infirmières consultent également le dossier de chaque patient et les examens programmés (notés sur un tableau dans le poste

de soins). A partir de ces informations, les infirmières imaginent la planification des soins sur la journée en tenant compte de tous les patients qui leur incombent.

Une fois sa planification réalisée, l'infirmière consulte l'autre infirmière et les deux aides-soignantes pour coordonner le travail. L'organisation dépend surtout du type de traitement et d'examen prescrits, et aussi du diagnostic du patient et de son niveau d'autonomie. Les tâches concernées par cette planification collective sont d'une part les soins de base, pour ce qui est de la coordination entre infirmières et aides-soignantes, et certains soins techniques d'autre part, qui intéressent la coordination des deux infirmières entre elles. L'objectif est d'anticiper autant que possible les imprévus éventuels de la journée. On définit alors par quels patients il convient de commencer, quels sont les malades plus ou moins prioritaires, quels sont ceux qui sont dépendants et doivent avoir une toilette au lit, quel régime doit avoir tel patient, etc. D'une manière générale, les aides-soignants organisent leur planification en s'adaptant à celle des infirmières, afin que ces dernières puissent plus facilement prendre du temps pour aider les aides-soignants.

Dans une deuxième étape, les infirmières doivent préparer le matériel de soins et les traitements prescrits par le médecin pour toute la journée ; en réalité, elles préparent alors essentiellement ce dont elles auront besoin pour le premier tour de service ; les temps de préparation du travail sont ainsi fractionnés au fil de la journée. Les prescriptions médicales sont transmises informatiquement par l'intermédiaire du logiciel informatique centralisé Phédra. Les infirmières y ont accès sur l'ordinateur portable qui se trouve sur leur chariot de soins. La nature de la préparation dépend du type de soin : dans les deux salles, les poses et l'entretien de voies d'abord (perfusions), les prélèvements sanguins, les traitements oraux et injectables sont les soins techniques les plus courants. Chaque préparation a sa propre complexité : par exemple, la préparation des traitements oraux requiert de la concentration de la part des infirmières, qui doivent vérifier qu'il s'agit du bon médicament et de la bonne dose ; la préparation des injectables exige de la concentration et une certaine habileté motrice pour préparer la dose correcte. Le chariot de soins est muni d'étagères sur lesquelles sont disposés des petits bacs où les infirmières disposent les traitements prêts à l'usage ; chaque bac correspond à un patient de la salle désigné par son numéro de chambre.

Lors des observations, nous avons pu constater que ce travail de préparation est fréquemment interrompu parce que le stock de matériel ou de médicaments dans lequel puisent les infirmières est vide. Selon les informations recueillies dans les entretiens de terrain, les infirmières de nuit ont tendance à ne pas réapprovisionner les stocks après leur travail, en particulier les intérimaires. Le personnel de jour doit en conséquence faire des allers-retours à la pharmacie et à la réserve de matériel pour y remédier. Les infirmières de la grande équipe ont adopté une stratégie d'anticipation pour éviter ce problème : elles réapprovisionnent et rangent le poste de soins pendant les temps morts de la journée pour que les stocks soient suffisants jusqu'au lendemain. Ce travail s'effectue surtout l'après-midi. Néanmoins, une autre stratégie quand un médicament vient à manquer consiste à se rendre dans l'autre salle du même étage pour s'approvisionner. L'infirmière commande alors le produit concerné auprès de la pharmacie générale après son tour de service.

Les tours de services sont des étapes primordiales de la journée : les infirmières y administrent la majeure partie des soins et des traitements. Elles doivent se rendre dans la chambre de tous les patients faisant l'objet de prescriptions à horaire fixe, qui vont de la prise des constantes aux soins techniques les plus complexes (soins de plaie, pose de sonde, examens). Les infirmières parcourent le couloir en

transportant le chariot de soins qu'elles laissent près de la porte de la chambre dans laquelle elles entrent réaliser des soins. Leur objectif est de parvenir à administrer les soins et les traitements à tous les patients à l'horaire approprié, en respectant les règles d'hygiène et de sécurité. Après chaque soin, l'infirmière confirme la réalisation de la tâche concernée dans le logiciel Phédra, sur la feuille où elle a consigné sa planification personnelle et dans le dossier patient. L'ordre des visites fait l'objet d'une planification par l'infirmière, et ne respecte pas nécessairement l'ordre des chambres dans le couloir. Cette planification est toujours particulière et unique. Elle est faite en fonction de plusieurs données : prescriptions (nombre, horaire, type, degré de complexité), diagnostic (Parkinson, SLA, TC, etc.), état du patient (degré d'autonomie, mobilité, état de santé général), nombre et type d'exams, jour de la semaine, caractéristiques des collègues de travail (personnel travaillant la journée, ayant de l'expérience ou pas dans le service, affinité dans le travail, etc.), visites à prévoir pour chaque patient (médecin, personnel paramédical, famille), conditions et moyens de travail, etc. Si les patients ne doivent pas recevoir de soin prioritaire (traitement à horaire précis, examen à jeun, aspiration, etc.), les infirmières organisent leur tour selon l'ordre des chambres. Dans le cas contraire (prescriptions de prélèvements sanguins ou traitement oral pour patient parkinsonien), les infirmières réalisent des arbitrages individuels et collectifs dans le but d'être le plus efficace possible.

Pendant le tour, les infirmières adaptent en permanence la prescription et la nature du soin en fonction de l'état du moment du patient. En effet, les patients atteints de maladies neurologiques handicapantes et évolutives hospitalisés à Guillain et Froment peuvent présenter des symptômes très variables (sur le plan physique, cognitif, psychique et comportemental), voire opposés (rigidité/tremblements, tristesse/phase maniaque, problèmes respiratoires), et rapidement fluctuants. En outre, les infirmières doivent également adapter le déroulement des soins au degré d'autonomie du patient, également fluctuant au cours d'une journée. Par exemple, l'administration orale d'un traitement peut consister pour l'infirmière à simplement délivrer le médicament au patient autonome qui saura l'ingérer seul, ou à préparer d'une manière spéciale le médicament pour qu'il soit ingérable par un patient incapable de l'avaler normalement. Cette préparation particulière peut consister à faire fondre le médicament dans un verre d'eau tendu au patient, introduire le médicament dans la bouche du malade et lui approcher un verre d'eau de la bouche pour l'aider à l'avaler (cas d'un patient souffrant de mouvements involontaires), mélanger le médicament à un yaourt, faire fondre le médicament dans de l'eau et l'administrer par la gastrostomie, etc. La même variabilité concerne les soins techniques (pose et entretiens de perfusions, de sondes ou gastrostomies). Par exemple, pour un patient souffrant de dyskinésies (mouvements involontaires), le geste technique devra être plus rapide ; pour un patient sensible à la douleur, l'infirmière exécutera le soin avec plus de douceur. L'infirmière tient également compte de l'état mental ou psychique du patient : un patient atteint de trouble de la mémoire ou ayant un jugement altéré de la réalité (handicap psychique), peut ne pas avoir conscience de la personne qui se trouve en face de lui, peut ne pas comprendre l'intérêt de prendre son traitement, voire ne pas être capable de construire une représentation mentale de ce qu'est un traitement.

Lors du tour protocolaire, les infirmières vont voir les patients ayant besoin de traitements spécifiques. Quand les infirmières disposent de suffisamment de temps, c'est le moment privilégié pour aider les aides-soignants dans la réalisation des soins de base (hygiène et alimentation), pour ranger et réapprovisionner le poste de soins, et pour échanger des informations avec les médecins et les autres professionnels. En général, c'est le moment de la journée où les patients reçoivent le plus de visites de différents professionnels. Les transmissions sont plus fréquentes, essentiellement à cause

des nombreux imprévus qui surgissent au cours de la journée (urgences, décalages dans les visites, retards, etc.). Les infirmières et les autres professionnels utilisent les différents espaces formels (poste de soins, réunion de staff social, transmissions) et informels (cuisine, couloir, etc.) pour coordonner et gérer les aléas qui apparaissent, afin de pouvoir réaliser tous les soins en temps et en heure.

Enfin, la dernière partie de la journée est consacrée aux transmissions écrites puis à la relève avec l'équipe suivante. Il s'agit de transcrire les données pertinentes concernant tous les actes de soins réalisés pour chaque patient dans son dossier de soins. En réalité, chaque infirmière s'organise à sa manière pour réaliser cette tâche : certaines remplissent le dossier en sortant de la chambre du patient, d'autres pendant les temps morts de la journée.

6.2.2.2. Organisation réelle des salles Guillain et Froment

L'organisation générale du travail théorique est également différente de l'organisation réelle.

Cela concerne d'abord les journées de travail : la journée de travail des médecins (internes et chefs de clinique) est plus longue que ce qu'elle devrait être en théorie. Lors des observations, aucun des médecins n'a quitté le service avant 17h, et à plusieurs reprises des médecins sont venus travailler lors d'une journée de repos. De même, les paramédicaux, les secrétaires et les brancardiers sont amenés à travailler plus d'heures que prévu.

D'autre part, il peut arriver que soient hospitalisés des patients atteints de pathologies peu courantes dans la salle concernée. Des patients SLA peuvent se trouver à Guillain, des parkinsoniens à Froment⁸. Ceci permet d'optimiser l'occupation des lits : on cherche à éviter de laisser une place d'hospitalisation inoccupée. Les chefs de clinique et le médecin responsable de la salle et du choix des patients à hospitaliser essaient d'équilibrer la charge de travail des soignants : il ne doit pas y avoir plus de huit patients "lourds" en même temps dans le service, soit des patients dont la pathologie nécessite une grande quantité de soins que le handicap physique ou les difficultés relationnelles rendent plus difficiles à réaliser. Ce point est important dans la mesure où, comme nous le verrons plus loin, la charge et le flux de travail varient dans chaque salle en fonction du type de patient et de son degré d'autonomie.

Les exigences et le flux de travail varient tous les jours et sont imprévisibles. Comme dans tout service de soins, le flux de travail dépend des besoins en termes de prise en charge ; cependant, à Guillain et à Froment, les besoins varient aussi en fonction des prescriptions de tâches et de la journée de travail. En général, la mobilisation des ressources individuelles et collectives est plus importante le matin, quand sont réalisés la plupart des soins, des visites et des consultations externes ou internes. Les mardis et mercredis en particulier (parce que les patients entrent en général à l'hôpital le lundi), les soignants font face à des exigences de travail plus intenses, avec davantage d'interruptions et des marges de manœuvre plus étroites. L'après-midi, les exigences et la quantité de soins à effectuer diminuent, ce qui laisse la possibilité aux soignants de communiquer avec les patients, leur famille, de surveiller les soins, faire les commandes et l'entretien courant du matériel, etc. Le vendredi après-midi, les professionnels doivent gérer les sorties et la préparation des chambres. Le samedi et le dimanche, la charge de travail physique est plus importante dans les deux unités : la moitié de

⁸ Ce n'est pas le cas des patients souffrant de troubles comportementaux qui sont toujours soignés à Guillain, où quatre lits leur sont réservés.

l'effectif est présente (soit une infirmière et un aide-soignant) et doit prendre en charge les patients d'hospitalisation traditionnelle, qui sont dans un état plus grave et sont plus dépendants. Cependant, dans les deux unités les imprévus sont fréquents, de même que les moments où la charge de travail est difficile à gérer. Nous aborderons ces points plus en détail dans la section suivante.

L'organisation du travail des aides-soignants est un autre aspect important. Les deux aides-soignants travaillent en binôme pour réaliser les toilettes et les transferts de patients, sans se répartir chacun un secteur du service comme c'est le cas pour les infirmières. Les patients sont physiquement lourds, en particulier ceux d'hospitalisation traditionnelle : la plupart des patients parkinsoniens ou atteints de SLA sont des hommes dont le poids varie de 50 à 90 kg.

Une autre particularité de ces deux salles réside dans le fait qu'elles accueillent de nombreux patients qui peuvent déambuler dans le service voire dans l'hôpital. Ceux qui jouissent d'une certaine autonomie peuvent sortir aux heures où ils n'ont pas de visite médicale ou d'examen (en marchant, en fauteuil roulant ou avec l'aide d'un membre de la famille). Les patients en hospitalisation de semaine sont les plus concernés, car ils sont souvent hospitalisés pour des examens diagnostiques et sont dans un état relativement moins grave. Certains patients, en général ceux qui souffrent d'un trouble du comportement, sont également à risque de fugue. Ainsi, il peut arriver que le patient ne se trouve pas dans sa chambre au moment où l'infirmière s'y rend pour lui administrer un soin. Les infirmières doivent aussi être vigilantes aux allées et venues dans les salles. L'accès des proches est moins restrictif, certains patients ont même la possibilité d'être assistés d'un membre de leur famille pour toute la journée (c'est le cas des patients SLA en phase terminale, des patients ayant un TC ou des parkinsoniens dont l'état psychologique le requiert). Ces proches contribuent à l'administration des médicaments, à la réalisation ou à la surveillance de certains soins ; toutefois, ils peuvent parfois être une source de contrainte. D'une manière générale, les patients de Guillain sont ceux qui font le plus d'allées et venues (à Froment, les patients SLA sont le plus souvent alités), et les patients SLA de Froment ceux qui reçoivent le plus de visites de proches.

6.2. Observations ouvertes et entretiens de terrain

Nous présenterons ici les résultats des observations et des entretiens ouverts sur les postes de travail des salles Guillain et Froment. Nous nous intéresserons surtout aux principaux déterminants de la qualité du travail des infirmières, en décrivant les différents arbitrages et stratégies individuelles et collectives mis en jeu par les opérateurs pour faire un travail de qualité.

6.2.1. Observations en salle Guillain

Bien que l'organisation et la répartition prescrite des tâches soit identique à Guillain et à Froment, le travail de soins et son organisation réelle, l'activité de soins des infirmières, et de l'équipe en général, se trouve fortement déterminée par la spécificité de la prise en charge et par la variabilité des patients. A Guillain, il s'agit de prendre en compte les particularités des soins aux patients atteints de maladie de Parkinson ou de troubles du comportement (TC).

D'un côté, les parkinsoniens présentent une mobilité réduite et un handicap physique qui, en fonction de son évolution, limite la réalisation des gestes de la vie quotidienne. Les symptômes fluctuent selon l'état du patient et selon le moment de la journée, avec toute la gamme allant de la rigidité musculaire

et/ou altération de la marche (à différents degrés) à des mouvements involontaires saccadés (dyskinésies). L'état de ces patients peut fluctuer au fil de la journée, passant d'une phase "on" à une phase "off"⁹. Ces patients présentent souvent des troubles cognitifs (mémoire, sommeil, raisonnement logique, etc.) qui altèrent la capacité à s'orienter et à s'exprimer au sujet de ce qui se passe dans son environnement ou pour soi-même. La prise en charge comporte une grande quantité de traitements oraux, d'examen internes et externes. Les traitements oraux doivent être administrés à heure fixe toutes les heures, ou toutes les deux ou trois heures. Au-delà de quinze à vingt minutes de retard sur l'horaire prévu pour le traitement, le patient peut avoir un blocage¹⁰.

A cause des nombreux examens externes (jusqu'à deux par jour), l'organisation et l'anticipation des soins sont primordiales : les patients doivent être prêts tôt pour pouvoir sortir du service et aller faire ces examens.

Par ailleurs, les patients ayant un TC sont en général plus autonomes, mais ils présentent souvent des maladies psychiatriques, qui peuvent comporter une altération de la perception (hallucinations), de la pensée (délires), de l'humeur (dépression, phase maniaque), etc. Ces patients peuvent donc avoir des comportements exigeants, imprévisibles, agressifs ou inadéquats, ou présenter une décompensation de leur état psychologique. Ils peuvent fuguer ou avoir un comportement auto-agressif (tentative de suicide par exemple). A la différence des patients atteints de Parkinson, leur prise en charge est moins complexe du point de vue de l'administration des traitements et des soins ; la quantité de médicaments est moindre, les soins techniques moins complexes. La plupart sont hospitalisés pour établir un diagnostic ou pour recevoir un traitement spécialisé qui dure deux à cinq jours. Cependant, la complexité de la prise en charge réside dans le soutien psychologique et la surveillance attentive qu'ils requièrent, à cause des décompensations émotionnelles et des tentatives de fugues. Ces soins peuvent prendre un temps variable, allant de quelques minutes à plusieurs heures¹¹.

L'ensemble des éléments décrits ici sur ces pathologies et leur prise en charge induisent des exigences et/ou des contraintes imposant aux infirmières de mobiliser et d'adapter leurs ressources individuelles et collectives pour mener à bien les soins. Les prescriptions des patients parkinsoniens imposent de strictes contraintes temporelles limitant la marge d'action, essentiellement à cause de la quantité et de la répétitivité des traitements oraux. La difficulté dépend du nombre de patients devant recevoir un traitement à la même heure. Les arbitrages et les régulations d'activité réalisés par les infirmières dans ce type de situation sont nombreux (en termes d'organisation, de geste, de coordination, etc.). La marge de manoeuvre se réduit davantage si les patients ont besoin d'assistance pour ingérer le médicament (par exemple, le médicament doit être administré mélangé à du yaourt), et pour s'installer correctement. Par ailleurs, les contraintes psychiques inhérentes au soin des patients atteints de TC sont importantes à cause des exigences émotionnelles liées à leur prise en charge lorsqu'ils sont en

⁹ Ces phases correspondent aux fluctuations de l'état du patient parkinsonien au fil de la journée. En période « on », le contrôle des symptômes est relativement satisfaisant et une activité motrice normale est possible. En phase « off », les symptômes réapparaissent et la fonction motrice s'en trouve altérée. Le traitement actuel a pour objectif d'augmenter les phases « on » du patient

¹⁰ Le délai d'administration des traitements antiparkinsoniens dépendent du stade de la maladie. Au début, le délai est plus souple, le risque de blocage est moindre et l'administration peut supporter un décalage de 20 à 30 minutes. A un stade plus avancé, la marge temporelle se réduit et 10 minutes de retard peuvent entraîner un blocage. De plus le traitement est plus efficace s'il est administré à l'heure exacte.

¹¹ D'après les entretiens de terrain, il se produit une fugue de patient pendant quelques heures au minimum une fois par mois. Certains malades sont retrouvés dans l'enceinte de l'hôpital, d'autres dans la rue ou à leur domicile. Cette situation constitue un risque pour la sécurité du patient.

décompensation ou qu'ils sont anxieux. Il arrive alors fréquemment qu'ils refusent leur traitement et les soins, ou qu'ils deviennent anxieux en cas de retard de ceux-ci. Dans le cas de ces patients, les infirmières utilisent au quotidien leurs ressources et leur temps pour co-gérer et soutenir émotionnellement ces malades pendant leurs périodes de crise. Leur tendance à fuguer oblige les infirmières à une certaine vigilance. Les soignants vont réaliser des surveillances rapides et répétées en se rendant dans leur chambre, ou en jetant un coup d'oeil dans les couloirs. Les interruptions et déviations du travail sont donc nombreuses et obligent à réorganiser en permanence le travail et à s'adapter.

Au quotidien, ces exigences se présentent souvent simultanément, ce qui rend difficiles les arbitrages. Par exemple, au moment où une infirmière s'apprête à délivrer un traitement oral à un patient parkinsonien, un patient atteint de TC présente une crise émotionnelle ou fait une fugue. D'autres fois les infirmières se voient forcées de donner la priorité aux patients dont l'état est plus grave ou qui sont moins autonomes, au détriment des autres auxquels elles consacrent moins de temps. Les contraintes temporelles et la rigueur des prescriptions qui ont pour effet d'accélérer les arbitrages produisent des contradictions ou des conflits de critères de qualité. Par exemple, l'un des points les plus fréquemment évoqués par les infirmières lors des premiers contacts était le sentiment de ne pas avoir le temps d'établir un contact avec le patient. Une infirmière expérimentée explique que "même si tu souhaites bien faire ton travail, consacrer à chaque patient le temps qu'il faut, pour établir un contact avec le patient, tu n'as pas d'autre option que d'aller vite pour faire ton travail à cause des prescriptions".

Les observations ont permis de mettre en évidence que les infirmières mettent en oeuvre certaines stratégies individuelles et collectives pour se conformer à ces exigences tout en réalisant un travail de soins de qualité. Ces stratégies ne visent pas seulement à préserver la qualité des soins d'un patient en particulier, mais plutôt la qualité des soins à l'échelle de toute la salle. Certaines d'entre elles ont pour but d'anticiper les problèmes et les imprévus, d'autres de faire face aux aléas en situation. Dans certains cas (en particulier avec les patients TC), ces stratégies impliquent de ne pas respecter les horaires des traitements et l'ordre des chambres tel que prescrits. Dans le tableau suivant, nous exposons quatre cas d'exemples de stratégies fréquemment mises en oeuvre :

Cas N° 1. Stratégie individuelle pour l'administration de médicaments à des patients parkinsoniens.

Une infirmière expérimentée prend en charge cinq patients parkinsoniens qui doivent tous recevoir leur traitement à 8h. Elle doit planifier son tour de manière à réaliser ces 5 prescriptions dans une marge de 15 à 20 minutes, sous peine de blocage d'un patient. Pour respecter cet horaire, au lieu de faire son tour en réalisant l'intégralité des soins des patients les uns après les autres, l'infirmière commence par aller voir les 5 patients concernés uniquement pour leur donner leur traitement oral. Elle administre les traitements rapidement en 10 minutes au total (1 à 2 minutes par patient). Cette stratégie garantit l'efficacité du traitement et évite le risque de blocage. L'infirmière reprend ensuite son tour de manière classique.

Cas N° 2. Stratégie individuelle d'anticipation pour l'administration des médicaments et des soins pendant le tour de service.

Une infirmière expérimentée arrive chaque jour avec 30 à 45 minutes d'avance quand elle travaille du matin. Ceci lui permet de commencer tous les bilans sanguins, les examens internes et les constantes à 7h15 (soit une heure avant le début du tour tel que prescrit), et de se consacrer aux traitements et aux soins quotidiens

lors du tour de service. Le temps passé auprès du patient est ainsi plus long et permet de faire face aux imprévus.

Cas N° 3. Stratégie collective d'anticipation pour la prise en charge des patients atteints de trouble du comportement

Lors de la préparation des soins (le matin), une infirmière expérimentée s'accorde avec l'aide-soignant concerné pour ne pas réveiller et repousser en fin de matinée les soins (techniques et d'hygiène) d'un patient atteint de trouble du comportement qui fait fréquemment des tentatives de fugue. Les exigences liées à la surveillance de ce patient sont ainsi moindres, les soins aux autres patients peuvent être faits plus tranquillement, en étant moins souvent interrompu, quitte à ne pas respecter strictement l'horaire de certains traitements de ce patient, ce qui est sans conséquence.

Cas N° 4. Stratégie collective pour éviter le refus des soins et des traitements

Une patiente atteinte de trouble du comportement souffre d'un délire de persécution et refuse les traitements que veut lui administrer une infirmière expérimentée parce qu'elle « n'a pas confiance » en elle. L'infirmière en question confie cette patiente à sa collègue et prend en charge l'un de ses patients. La patiente a plus confiance dans cet autre soignante et accepte le traitement.

Parce que les visites auprès des patients sont courtes et à cause de l'intensification du travail en semaine (en particulier le matin), les infirmières de Guillain consacrent peu de temps à l'interaction avec les patients et aux soins relationnels¹². Ce manque de temps rend difficiles les tâches liées à la surveillance de l'état du patient (mobilité, fonctionnement mental, escarres). Les infirmières donnent la priorité à l'administration des traitements et réduisent le temps consacré aux autres activités, ce qu'elles vivent comme très insatisfaisant. Elles mettent aussi en oeuvre des stratégies pour compenser ou récupérer du temps auprès du patient :

Cas N° 5. Stratégie individuelle pour assurer la surveillance du patient et établir un lien de confiance avec lui

Le week-end, une infirmière expérimentée se coordonne avec l'aide-soignant et l'étudiante infirmière de dernière année pour organiser le tour de service. Le fait de travailler à trois permet de réaliser le tour de soins de base en même temps que le tour de soins techniques. Néanmoins, l'infirmière doit choisir entre :

- faire le tour de service et tous les soins techniques, qui constituent sa tâche propre, et laisser l'étudiante faire les soins d'hygiène avec l'aide-soignant (travail de *cure*) ;
- faire les soins d'hygiène avec les aides-soignants et superviser l'étudiante qui se charge du tour de service (travail de *care*).

L'infirmière opte pour la deuxième solution. Quand on l'interroge sur son arbitrage, elle explique que la réalisation des soins d'hygiène lui donne l'occasion d'évaluer l'état clinique du patient grâce au temps passé à son chevet. Elle obtient ainsi davantage d'informations sur son patient et peut contruire un lien plus étroit avec lui à long terme, chose impossible au cours de la semaine à cause de la charge de travail.

L'activité des infirmières dépend aussi de la possibilité de faire un travail collectif coordonné et synchronisé avec tous les professionnels impliqués dans la prise en charge (aides-soignants,

¹² Comme nous le verrons dans la section suivante, la situation s'inverse à Froment, où les infirmiers passent plus de temps et ont un lien plus étroit avec le patient.

médecins, paramédicaux, brancardiers, etc.). L'interaction avec les collègues peut être une ressource pour la réalisation du travail, mais peut aussi constituer une contrainte quand elle génère des interruptions ou quand le travail collectif est mal coordonné. Les collègues infirmières sont en général une aide lorsque l'un d'entre eux ne parvient pas à réaliser un soin ou a une charge de travail excessive ; ils deviennent une exigence quand ils interrompent leur collègue de manière répétée pour poser des questions, quand ils sont désordonnés avec le matériel de travail, ou quand ils ne savent pas réaliser certains soins techniques spécifiques d'une pathologie, événements fréquents quand il faut travailler avec un collègue intérimaire.

L'interaction avec les aides-soignants constitue aussi une ressource quand ces derniers peuvent collaborer en administrant un traitement oral dans un yaourt ou en aidant à déplacer un malade lourd ; elle peut devenir une contrainte et une source d'empêchement pour l'activité des infirmières, par exemple quand un aide-soignant interrompt le soin technique d'une infirmière parce qu'il a un grand nombre de toilettes au lit à faire. Il en va de même avec les médecins et les professionnels paramédicaux, qui représentent une contrainte dans l'exécution des prescriptions, mais qui peuvent être une ressource pour entrer en contact avec un patient en décompensation (lorsqu'un parkinsonien est bloqué par exemple) ou pour trouver de l'information.

A Guillaud comme à Froment, la coordination et l'entraide caractérisent le travail entre collègues infirmières, et entre infirmières et aides-soignants. Lorsque la charge de travail le permet, les professionnels s'efforcent de rester en communication permanente. Ils ont l'habitude de s'entraider et de collaborer, aussi bien pour les soins auprès du patient (entraide, déviation de tâches) que pour les autres (recherche de matériel, approvisionnement du poste de soins, etc.). Dans les espaces de transmission informelle (couloir, cuisine, chambre de patient), les infirmières coordonnent et discutent du déroulement du travail, et partagent leurs pratiques et leurs connaissances. Il en va de même pour les aides-soignants. Les infirmières et les aides-soignants s'entraident et coopèrent ; cela est même indispensable pour travailler le week-end à cause de l'effectif réduit.

Le travail collectif avec les médecins est moins fréquent et moins synchronisé. L'activité des médecins à Guillaud, et en neurologie en général, consiste essentiellement en explorations et en évaluations cliniques du patient, pour ses symptômes physiques et moteurs, mais aussi pour ses symptômes cognitifs et psychiques. Une grande partie de leurs tâches se fait hors de la chambre du patient (analyse d'examens, prescriptions, comptes rendus, entretiens avec les proches, recherche), n'a pas de relation directe avec le travail infirmière et se déroule dans un espace séparé (bureau des médecins). Depuis quelques années, les prescriptions sont réalisées informatiquement ; les médecins peuvent donc les faire sans être en contact direct avec les infirmières. Cependant, de cette manière les infirmières n'ont pas toujours connaissance des objectifs ou des fondements du traitement. Par exemple, lors d'une observation, un médecin prescrit "soutien moral pour le patient X" ; sans connaître les raisons ayant motivé cette prescription, l'infirmière ne sait pas ce qu'elle doit réellement faire. Les prescriptions sont souvent faites pendant le tour de l'infirmière voire à la fin de celui-ci, sans qu'elles en soient informées oralement, ce qui peut entraîner des erreurs. A tout ceci s'ajoutent les décalages d'horaire et la charge de travail de chacun, qui ne favorisent pas non plus la transmission d'informations ni la collaboration. Les objectifs de chacun peuvent entrer en conflit comme ce fut le cas dans l'exemple suivant :

Cas N° 6. Arbitrage difficile entre la réalisation de son propre travail et l'aide à autrui pour accomplir le sien

Une infirmière expérimentée en plein tour de service du matin est sollicitée par un médecin pour l'assister dans la réalisation d'une ponction lombaire. L'infirmière lui indique qu'elle est dans l'impossibilité de le faire parce qu'elle doit continuer son tour. Le médecin insiste, la ponction ne pouvant être faite à un autre moment et l'autre infirmière étant également indisponible. L'infirmière ne cède pas et poursuit son tour, ce qui dérange le médecin.

Il existe aussi des décalages et des obstacles rendant complexe la coordination des différentes activités avec les brancardiers et les paramédicaux. D'une manière générale, les brancardiers ne sont pas ponctuels, arrivent en retard pour emmener à un patient à un rendez-vous externe, ou arrivent très en avance alors que le patient n'est pas prêt pour partir. Ils sont aussi fréquemment en retard pour ramener un patient dans le service, alors que celui-ci a besoin de son traitement à une heure précise. Quant aux paramédicaux, ils s'organisent en fonction de l'ensemble des visites qu'ils doivent faire dans le bâtiment, sans nécessairement tenir compte du flux de travail de chaque salle ni du travail des autres professionnels. De cette façon, en certaines occasions, en particulier le matin, il arrive que de nombreux professionnels externes soient présents au même moment dans la salle et interfèrent avec le déroulement du tour de service. Une infirmière de pool, en commençant le deuxième tour de service, a dû modifier sa planification de soins parce que les quatre patients dont elle voulait s'occuper au début du tour étaient occupés avec d'autres professionnels (médecin, kinésithérapeute, ergothérapeute et orthophoniste).

Les soignants mettent en oeuvre diverses stratégies opératives pour répondre aux exigences induites par les interactions avec les autres professionnels et améliorer la coordination des ressources collectives. D'une manière générale, ces stratégies ont aussi une action positive sur la performance et la préservation parce qu'elles permettent de faire face à la charge de travail et aux imprévus.

Cas N° 7. Stratégie collective consistant à combiner l'administration des médicaments et les soins de base

Pendant son tour de service, une infirmière expérimentée doit délivrer un médicament à 9h à trois patients parkinsoniens. L'un d'entre eux doit le prendre mélangé à un yaourt et a besoin d'aide pour ce faire. Pour alléger sa charge de travail et aussi pour éviter au patient de manger à deux moments distincts, pendant la préparation du tour, l'infirmière s'arrange avec l'aide-soignant pour que celui-ci lui administre le médicament avec son petit-déjeuner à 9h.

Cas N°8. Stratégie collective d'anticipation d'éventuels décalages dans la coordination des examens externes

Un mardi matin, pour éviter les visites du médecin et les interruptions du brancardier chargé d'amener le patient à son examen externe pour 10h30, une infirmière expérimentée se coordonne avec le binôme d'aides-soignants pour faire les soins techniques au même moment que les soins de base (toilette au lit) du patient P. Les professionnels se coordonnent pour réaliser les soins combinés en binôme (un aide-soignant, une infirmière) à 8h30. Cette stratégie vise un double objectif : permettre au patient d'être prêt tôt, au cas où le brancardier arriverait en avance, et libérer l'un des aides-soignants qui peut s'occuper d'une autre tâche (préparation du petit-déjeuner par exemple).

Enfin, au fil des observations, on a pu constater que la préservation de la qualité des soins dépend aussi des conditions d'organisation du système. On a en effet pu identifier à chaque observation une imperfection ou une défaillance au niveau organisationnel : manque de personnel, de matériel, panne informatique, panne d'ascenseur, etc¹³. Par exemple, l'ordinateur de l'un des chariots de soins est tombé en panne pendant deux semaines. Les infirmières devaient utiliser l'ordinateur qui se trouve dans le poste de soins, ce qui implique de nombreuses allées et venues entre les chambres et le poste pour vérifier les prescriptions et les valider. Un autre jour, le glycomètre était cassé, les soignants devaient donc emprunter l'appareil de la salle Froment, ce qui interférait aussi avec le travail de cette salle. D'une manière générale, les conditions matérielles réelles ne correspondent pas aux conditions considérées comme optimales par l'institution. Voici deux exemples de stratégies mises en place par les infirmières pour pallier les défaillances du système :

Cas N°9. Stratégie collective pour éviter les erreurs lors de modifications de prescriptions de dernière minute

En commençant son second tour de service du matin, une infirmière expérimentée va voir l'interne pour lui demander directement s'il a modifié une prescription.

Lorsque celui-ci lui demande pourquoi elle n'a pas simplement regardé sur le logiciel, la soignante répond : *“le logiciel ne te prévient pas automatiquement quand il y a une modification, en plus, souvent la connexion Wifi est mauvaise dans ce secteur. Comme je sais que les médecins font souvent à cette heure des modifications de dernière minute, je préfère aller leur demander directement s'ils ont changé une prescription ou s'ils ont l'intention de le faire.”*

Cas N° 10. Stratégie individuelle pour garantir l'acheminement des prélèvements biologiques au laboratoire

Une infirmière expérimentée fait une prise de sang particulière à un patient atteint de TC. Ce prélèvement doit être acheminé au laboratoire dans les deux heures qui suivent sa réalisation. D'habitude, les soignants envoient les examens par l'intermédiaire du pneumatique. Dans ce cas, les tubes de prélèvement sont plus fragiles et peuvent se briser en passant dans les tuyaux du réseau pneumatique. En théorie, ce sont les brancardiers qui sont chargés de transporter les examens quand ceux-ci ne peuvent être envoyés par pneumatique. L'infirmière prévient son collègue et apporte elle-même les tubes au laboratoire. Ce faisant, elle transgresse une règle (il est interdit de quitter son poste de travail) dans le but de préserver la qualité des soins.

6.2.2. Observations en salle Froment

Nous avons pu observer des différences réelles entre la prise en charge des malades atteints de SLA et celle des parkinsoniens ou des patients souffrant de TC. Les patients SLA présentent une paralysie musculaire progressive et des troubles ORL, qui entraînent des difficultés importantes pour se mobiliser, avaler, s'alimenter et respirer. A Froment, les patients se trouvent souvent à un stade avancé de la maladie, et ont besoin d'assistance pour se nourrir (par l'intermédiaire d'une sonde nasogastrique ou d'une sonde de gastrostomie) et/ou pour respirer. Ils restent alités la plupart du temps. Avec l'aggravation de la maladie, ces patients sont connectés à un appareil d'assistance respiratoire non-invasif en permanence et/ou doivent recevoir régulièrement des soins d'aspiration des sécrétions bronchiques. Ces patients ne présentent aucun trouble mental ; ils ont une conscience claire

¹³ Ces problèmes sont souvent transversaux, concernent les deux salles étudiées ; ils peuvent néanmoins avoir un impact différent sur chacune à cause des différences au niveau de la prise en charge.

de leur état. Petit à petit, avec l'évolution de la maladie, les difficultés pour communiquer apparaissent.

Ces malades reçoivent de nombreux soins techniques : perfusions, soins de plaie, bilans particuliers, et peu de traitements oraux. La surveillance de l'état respiratoire et des difficultés de déglutition est primordiale pour éviter des crises qui relèvent de l'urgence vitale. En parallèle, la prise en charge vise à permettre de préserver la qualité de vie au fil de l'évolution de la maladie, et à accompagner le patient et ses proches vers la fin de la vie.

Les horaires de prescriptions ne sont pas stricts comme dans le cas des patients parkinsoniens ; la plupart supportent un décalage d'une ou deux heures. Les infirmières disposent donc d'une plus grande marge de manoeuvre pour planifier leur travail. A un stade de la maladie avancé, les patients ont des crises respiratoires et peuvent s'asphyxier. L'infirmière doit donc surveiller étroitement l'état respiratoire du malade (saturation du sang en oxygène) et procéder à des aspirations bronchiques (opération réalisée en binôme avec l'autre infirmière) si le patient a les voies respiratoires obstruées.

Ces caractéristiques sont à l'origine d'exigences particulières pour les infirmières. Les gestes techniques liés à l'exécution des soins sont longs, complexes, et requièrent l'utilisation d'instruments coupants ou pointus. Un soin de perfusion peut durer cinq à dix minutes et un gaz du sang, fréquent pour ces malades, vingt à trente minutes. Une prise en charge complète en chambre pour un patient SLA peut donc prendre jusqu'à quarante minutes. Par ailleurs, manipuler ces patients demande une certaine force physique qui peut nécessiter la présence de deux professionnels. Les difficultés de communication obligent l'infirmière et le patient à élaborer un système d'échange à l'aide d'artefacts (tablette informatique, tableau, cahier). Enfin, l'infirmière apporte un soutien émotionnel à ces patients et à leurs proches, affectés par l'évolution rapide de cette maladie.

Les arbitrages réalisés pour préserver la qualité sont donc différents de ceux qu'on peut observer à Froment. Les stratégies mises en oeuvre pour y répondre visent à préserver la qualité des soins, mais aussi à accroître la marge de manoeuvre dont les infirmières disposent pour avoir plus de temps à consacrer aux soins techniques. Certaines stratégies mettent à profit la souplesse possible quant aux horaires de prescription :

Cas N° 11. Stratégie collective réactive pour garantir un soin technique de qualité

L'infirmière C se rend dans la chambre d'un patient pour lui poser une voie d'abord veineuse dans le bras. Après deux essais infructueux, pour éviter un nouvel échec douloureux pour le patient, l'infirmière demande à sa collègue de tenter de poser le cathéter à sa place. La collègue réussit au premier essai. Deux heures plus tard, cette collègue échoue à son tour pour le même soin technique auprès d'un autre patient et demande de l'aide à C, qui parvient également au premier essai à poser le cathéter.

Cas N°12. Stratégie individuelle visant à élargir la marge de manoeuvre pour la réalisation de soins techniques

Ce matin-là, le patient Z (SLA à un stade avancé) doit avoir plusieurs soins techniques dont un gaz du sang. La veille, Z a été très algique et a eu besoin d'être ventilé et aspiré à plusieurs reprises ; l'infirmière qui le prend en charge décide donc de s'en occuper en premier dans la planification de son premier tour de service. Pour ce faire, elle décale à la fin du tour les soins techniques prescrits à d'autres patients et qui tolèrent un certain délai ; elle exécute un soin prioritaire (bilan sanguin d'un patient à jeun) et quelques soins courts

(trois prises de constantes et un traitement oral quotidien). L'infirmière peut ainsi, après quinze minutes utilisées pour des soins courts administrés à trois patients différents, consacrer quarante-cinq minutes à la prise en charge globale du patient Z.

Cas N° 13. Stratégie individuelle d'anticipation pour prévenir les décompensations lors du tour de service

Une infirmière doit prendre en charge un patient SLA qui pourrait avoir besoin d'une aspiration bronchique au cours de la matinée. Pour éviter d'avoir à l'assister en plein tour de service, l'infirmière se rend au chevet du malade avant de commencer son tour. Bien que le patient ait un taux de saturation en oxygène correct, l'infirmière, en accord avec le patient, réalise une légère aspiration bronchique qui lui évitera une décompensation dans les heures à venir.

Les objectifs du travail de soins à Froment ont un retentissement sur les interactions entre professionnels. Les urgences vitales des patients SLA obligent les infirmières à travailler ensemble et de manière coordonnée sur un même tâche. Les infirmières et les aides-soignants doivent réaliser des coopérations augmentatives pour diminuer les contraintes et mener à bien le travail. Dans les deux cas, si la collègue n'est pas disponible, l'infirmière doit empêcher son activité, la suspendre ou la réaliser dans de mauvaises conditions. La coopération avec les médecins n'est pas non plus la même à Guillain et à Froment. Ici, les médecins consultent fréquemment les infirmières pour obtenir des informations fondamentales pour ajuster le traitement et les soins prescrits. Ces échanges, bien que valorisés par les infirmières, constituent une exigence supplémentaire. Enfin, les interactions avec les paramédicaux et les brancardiers sont plus fluides qu'à Guillain, parce que les examens et consultations externes sont plus rares.

Les arbitrages individuels et collectifs permettant de coordonner les activités collectives conjointes sont partagés et reconnus par les soignants et les médecins de la salle. Les obstacles et les imprévus dans la journée de travail de chaque professionnel rendent la coordination plus difficile. Il est par exemple fréquent qu'une infirmière soit sollicitée par les aides-soignants pour des toilettes au lit au moment où elle allait entreprendre la réalisation d'un soin technique complexe. D'autres fois, une infirmière a besoin d'un collègue (aide-soignant ou infirmière) pour installer un patient, mais personne n'est disponible. Il en va de même dans les transmissions avec les médecins.

Les opérateurs adoptent des stratégies pour favoriser la coordination efficace des soins. Elles visent à préserver la santé et la performance dans leur propre activité, mais aussi à ne pas entraver l'activité de leurs collègues :

Cas N° 14. Stratégie collective de coopération dans la manipulation des patients atteints d'un handicap physique total

Au cours d'un week-end, un matin, une infirmière souhaite transférer un patient SLA de 95 kg de son lit au fauteuil afin de lui administrer des soins techniques et de prévenir le risque d'escarre. Pour ce faire, elle utilise le lève-personne. L'aide-soignant (le seul autre soignant présent dans la salle puisque l'effectif est réduit à deux personnes le week-end) est occupé et a une charge de travail importante. Pour ne pas l'interrompre dans son travail, l'infirmière sollicite l'aide-soignant de Guillain pour lui venir en aide. Elle peut ainsi réaliser son soin au moment où elle le souhaite, obtenir de l'aide pour l'installation de son patient, sans déranger son collègue aide-soignant de la salle.

Cas N° 15. Stratégie collective de coordination et de transmission d'informations avec les internes

Afin de préserver un espace de transmission informel avec l'interne au moment de l'arrivée de celui-ci dans le service à 9h, une infirmière organise son tour de service de manière à être disponible à ce moment. Elle planifie les soins les plus longs en tenant compte de ce temps informel.

Comme à Guillain, les défauts du système entraînent des exigences particulières pour préserver la qualité de soins. Certains dysfonctionnements se retrouvent dans les deux salles, de même que les stratégies pour en prévenir les conséquences (par exemple le problème d'envoi des tubes de prélèvement par le pneumatique), d'autres sont spécifiques. C'est le cas de la prescription de stupéfiants, médicaments antalgiques couramment utilisés dans ce service pour les patients SLA en phase terminale. Pour des raisons de sécurité, ces traitements ne sont pas en accès libre et doivent faire l'objet d'une ordonnance spéciale signée par un médecin titulaire (chef de clinique ou autre). Une fois prescrits, les stupéfiants sont commandés par la cadre à la pharmacie centrale. Cette procédure n'est pas réalisable le week-end, où médecins et cadres sont absents. Voici les stratégies mises en oeuvre par les infirmières pour pallier ce problème :

Cas N° 16 . Stratégie individuelle pour la commande de stupéfiants

Une infirmière expérimentée prend en charge un patient très algique qui n'a pas de stupéfiant prescrit dans son traitement. Les internes ne parviennent pas à joindre le médecin titulaire pour qu'il prescrive le médicament. La cadre de proximité n'est pas disponible non plus, elle est en réunion. Avec l'autorisation des internes, l'infirmière décide de faire signer l'ordonnance à un neurologue de la consultation à un autre étage. Elle prévient sa collègue infirmière qu'elle quitte le service pour se rendre en consultation et à la pharmacie centrale. Elle revient au bout de 20 minutes avec le médicament.

6.3. Observations systématiques

Nous allons à présent exposer les résultats des huit observations systématiques réalisées lors de journées de travail dans les salles Guillain et Froment.

Nous présentons une chronique de chaque cas, regroupés par salle (quatre cas pour Guillain et quatre pour Froment), avec une description chronologique résumée de la journée et un graphique mettant en évidence les aléas et les décalages entre le travail prescrit et le travail réel. A la fin de chacune est reportée l'évaluation du niveau de soins faite par l'infirmière concernée sur son propre travail, d'après l'échelle de Vincent et Amalberti (2016). En annexe, on trouvera les graphiques d'activité des tours de service de chaque opératrice observée¹⁴ (Annexes N° 3 à 10). Nous terminerons ce chapitre avec une synthèse des résultats.

¹⁴ Sa localisation est indiquée à chaque fois qu'il est fait allusion au graphique.

6.3.1. Observations systématiques en salle Guillain

6.3.1.1. Observation systématique n°1 (mardi matin)

Opérateur IDE F

Age : 30 ans

Expérience : 4 ans dont 1 an et demi dans le service

Evaluation de la qualité des soins : niveau 2 (aire de la qualité)

Il s'agit de la première journée de la semaine pour l'infirmière F qui a eu 3 jours de repos. Elle prend en charge 9 patients (lits 9 à 17 ; 5 Parkinson, 2 TC et 2 SLA), dont près de la moitié qu'elle ne connaît pas encore parce qu'ils ont été hospitalisés la veille. L'infirmière du pool qui a fait la nuit fait les transmissions. F travaille avec une étudiante infirmière de troisième année et une collègue infirmière du pool habituée au service.

A 7h50, F doit aller chercher des médicaments à la pharmacie lors de la préparation du tour, parce que le stock n'a pas été refait par l'équipe de nuit. Elle revient à 8h07 et commence son tour avec l'étudiante. Elle donne donc son traitement au premier patient parkinsonien avec 7 minutes de retard sur l'horaire prescrit (8h).

F suit l'ordre des chambres dans un sens décroissant, en commençant par le patient 17 jusqu'au patient 9. Comme le montre le graphique en annexe N° 3, le temps passé auprès du patient est court, la visite la plus longue dure 13 minutes auprès du patient 17 (Parkinson, non autonome), la plus courte 2 minutes, auprès du patient 14 (TC, semi-autonome). Les soins techniques qui lui ont pris le plus de temps sont les prises de sang (9 minutes en moyenne), qui concernent surtout les patients récemment entrés dans le service¹⁵ (patients 12, 13 et 17). Le temps pris par la distribution des traitements oraux aux patients parkinsoniens est court, 2 minutes en moyenne par patient, sauf pour les patients 15 (non autonome) et 16 (non autonome) qui doivent prendre leur médicament mélangé à du yaourt pour éviter une fausse route (respectivement 5 et 8 minutes). Ainsi, le temps réservé aux soins relationnels, consacré pour l'essentiel à donner des informations aux patients nouveaux dans le service, est plus important que celui dédié à l'administration de médicaments.

A 8h58, alors que F s'occupe du patient 14, l'ambulance qui doit ramener le patient 11 (Parkinson, autonome) à son domicile arrive avec une heure d'avance, puisqu'elle était programmée à 10h. F se coordonne donc avec l'interne pour qu'il rédige le compte rendu d'hospitalisation pendant qu'elle accomplit les démarches administratives de sortie. Elle se coordonne également avec l'étudiante afin que celle-ci la remplace pour donner son traitement oral mélangé à du yaourt au patient 10 (Parkinson, non autonome) et pour prendre ses constantes. Cette stratégie de redistribution des tâches constitue la réponse de F à cet aléa, lui permet de ne pas interrompre le tour – poursuivi par l'étudiante – et de respecter les horaires de prescription des antiparkinsoniens. F termine son tour avec 41 minutes de retard sur l'horaire attendu (1h41 avec 9 patients en charge).

¹⁵ D'une manière générale, les patients récemment arrivés dans le service doivent réaliser de nombreux examens internes et externes.

F n'a pas rencontré de problème majeur pendant le reste de sa journée, elle a pu accomplir les prescriptions aux horaires prévus pour tous les patients dont elle avait la charge. A 10h15, elle prend une pause de 15 minutes avec ses collègues, après quoi elle commence son tour protocolaire : distribution de prescriptions fixes à des patients spécifiques, aide aux aides-soignants pour terminer les toilettes de 2 patients.

Le deuxième tour de service commence à 11h50 (10 minutes en avance) et se déroule sans problème, pour finir à 12h34 (44 minutes au total).

A 13h01, F s'installe dans le poste de soins pour terminer ses transmissions écrites et fait la relève avec l'infirmière de l'après-midi vers 13h20. Le staff social, auquel participent la grande équipe au complet et le personnel social, commence à 13h42.

L'infirmière attribue un niveau de qualité 2 (soins de qualité avec des imperfections) à sa journée de travail, en expliquant que malgré les imprévus et les problèmes de mauvaise coordination, tous les soins ont pu être faits en temps voulu, même dans les moments de forte charge de travail.

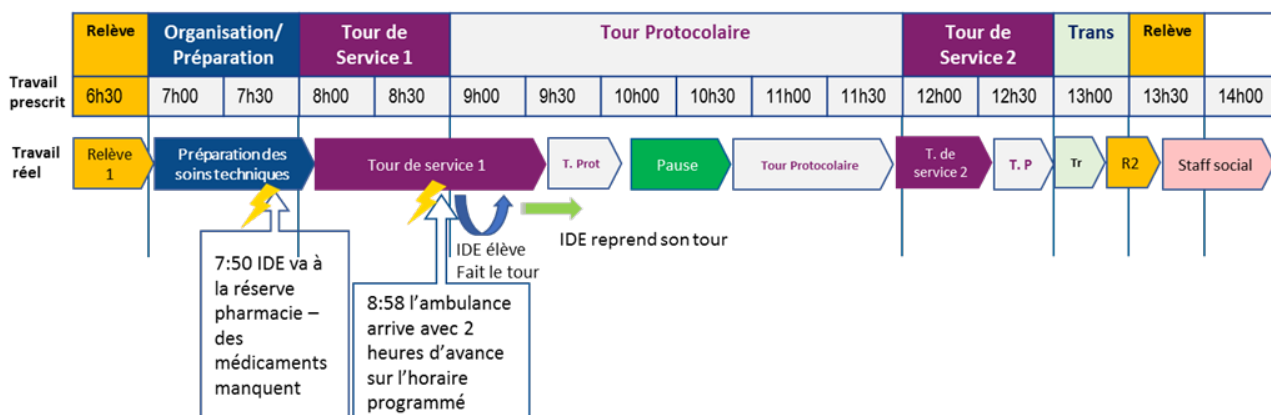


Figure n° 11 – Déroulement de la journée d'observation N° 1 à Guillain (mardi matin)

6.3.1.2. Observation systématique n°2 (mercredi après-midi)

Opérateur IDE B (intérimaire)
Age : 65 ans
Expérience : 35 ans don't 2 jours en salle Guillain
Evaluation de la qualité des soins : 4 (aire de la sécurité)

C'est la deuxième journée de B comme intérimaire à Guillain après 4 mois passés dans d'autres services. Elle s'occupe de 9 patients, des lits 9 à 17. Plusieurs patients étant entrés dans le service la veille, elle n'en connaît que la moitié (4 Parkinson, 2 TC, 2 SLA, 1 autre pathologie). B arrive avec 5 minutes d'avance dans le service, écoute les transmissions brèves de l'infirmière expérimentée du matin (13 minutes). Sa collègue de l'après-midi, malade, arrive à 13h40.

B commence à préparer son tour à 13h48. Elle doit interrompre à plusieurs reprises l'autre infirmière et les aides-soignants pour leur demander où se trouve le matériel ainsi que d'autres informations (par exemple, le mot de passe de l'ordinateur, le code de la pharmacie, etc.). Malgré tout, la préparation est courte (28 minutes pour préparer un tour de 7 patients).

B débute son premier tour de service à 14h18 avec de l'avance. Elle commence par les 2 patients dont elle peut retarder les soins : le patient 9 (autre diagnostic, autonome) qui doit recevoir un traitement oral – ne faisant pas l'objet d'un horaire de prescription strict comme les antiparkinsoniens –, et le patient 13 (TC, semi-autonome), qui doit avoir une prise de sang qui aurait dû être faite le matin. Comme le montre le graphique en annexe N° 4, le temps passé auprès du patient et la durée des soins techniques sont plus un peu plus courts que dans le cas n°1. Le patient auquel elle consacre le plus de temps est celui de la chambre 13 (TC, semi-autonome, 13 minutes), et le moins ceux des chambres 9 (autre pathologie, semi-autonome) et 11 (Parkinson, semi-autonome), pour qui les soins durent environ 1 minute. Le soin le plus long est le bilan de sang du patient 13 (11 minutes), le plus court l'administration de traitement oral aux patients 9 et 11 (1 minute environ). Bien que la durée du tour réalisé par B corresponde à ce qui est attendu, on observe qu'elle a passé beaucoup de temps à chercher du matériel de soins et des médicaments (environ 28 minutes sur les 60 qu'a duré le tour).

A 15h36, au moment où elle finit son premier tour de service, la cadre de proximité informe B que sa collègue infirmière a dû quitter son poste à cause de son état de santé. B doit rester seule jusqu'à l'arrivée de la remplaçante prévue à 18h. En attendant, elle doit s'occuper de tous les patients de la salle.

A 16h05, la cadre de proximité annonce à B qu'elle va devoir échanger son poste avec une infirmière expérimentée de la salle Froment qui connaît le service et la plupart des patients¹⁶, qui sera donc plus à l'aise pour s'occuper de la totalité des patients de la salle. A 16h07, B fait les transmissions orales à l'interne, puis à la collègue de Froment 5 minutes plus tard. Le remplacement dure de 16h15 à 17h45, heure à laquelle arrive la remplaçante. L'observation systématique a été interrompue quand B a quitté le poste de soins.

B attribue un niveau de soins 4 à sa journée de travail (soins déficients avec dommage probable), considérant que, même s'il n'y a pas eu d'incident majeur, l'absence d'un professionnel fait courir un risque important aux patients.

¹⁶ Pour préserver la qualité des soins et la capacité des équipes à faire le travail malgré le turn-over et l'absentéisme importants, la cadre de proximité adopte la stratégie de toujours faire travailler au minimum une infirmière expérimentée dans chaque salle. Ceci permet de compenser le manque d'informations ou de compétences potentiels de l'autre infirmière, qu'elle soit intérimaire ou du pool.



Figure n° 12 – Déroulement de la journée d’observation N° 2 à Guillain (mercredi après-midi)

6.3.1.3. Observation systématique n°3 (jeudi matin)

Opérateur IDE C
Age : 29 ans
Expérience : 4 ans dont 4 ans dans le service
Evaluation de la qualité des soins : niveau 2 (aire de la qualité)

C’est le deuxième jour consécutif sur le même secteur de la salle Guillain pour l’infirmière C : 8 patients de la chambre 1 à la chambre 8 (6 Parkinson, 2 autres pathologies). La plupart ont un certain degré d’autonomie (4 sont autonomes, 3 semi-autonomes, 1 non autonome). Les transmissions avec l’infirmière de nuit se déroulent sans problème (24 minutes). C travaille avec une étudiante infirmière de deuxième année qui n’était pas autorisée à réaliser des soins techniques hors de sa supervision, et avec une infirmière du pool ayant peu d’expérience à Guillain (6 jours).

La préparation du tour commence à 7h06 avec l’étudiante. Pendant cette étape, l’infirmière du pool lui demande de l’aide pour faire un gaz du sang au patient 15 (Parkinson, semi-autonome), dont les mouvements incontrôlés rendent le geste difficile, et pour poser une perfusion particulière au patient 12 (SLA, non autonome), pour laquelle elle ne connaît pas le protocole. Ensuite, C se coordonne avec les aides-soignants pour faire ensemble les soins de base et les soins techniques du patient 8 (pathologie autre, non autonome).

Le premier tour de service débute à 7h50, soit 10 minutes en avance, avec l’étudiante (voir Annexe N° 5). Elles commencent plus tôt pour pouvoir faire le gaz du sang du patient 15 demandé par l’infirmière du pool, et poursuivre ensuite en suivant l’ordre décroissant des chambres. Comme le montre le graphique d’activité, C doit réaliser ce jour-là 2 bilans sanguins, soit moins que sa collègue de l’observation n°1 ; en revanche, elle a davantage de traitements oraux à administrer et à une plus grande fréquence. Les 2 visites les plus longues sont celles des patients de l’infirmière du pool, les patients 12 (SLA, non autonome) et 15 (Parkinson, semi-autonome) : respectivement 10 et 9 minutes. Celles qui nécessitent moins de temps concernent les patients autonomes, à savoir le patient 1 (pathologie autre, autonome) et 6 (Parkinson, autonome) : moins d’une minute chacun. Le temps consacré aux soins relationnels est moindre que dans l’observation n°1 (10 minutes au total sur tout le tour), où les entrants étaient plus nombreux – ils demandent davantage d’informations –, ainsi que les patients atteints de trouble du comportement – ils ont besoin de soutien psychologique. Le premier tour de service termine à 8h49 (59 minutes pour 9 patients pris en charge).

Lors du tour protocolaire à 9h05, C quitte le service pour aller déposer les tubes de gaz du sang au laboratoire au rez-de-chaussée du bâtiment, pour éviter qu'ils ne se brisent en les envoyant dans le pneumatique. L'aller-retour lui a pris 13 minutes. Ensuite, à partir de 9h33, C et l'étudiante rejoignent les aides-soignants pour faire les soins de base et les soins techniques au patient 8 (pathologie autre, non autonome).

Après une pause avec ses collègues (de 10h07 à 10h45), C prend un moment (41 minutes) pour faire l'inventaire du contenu du chariot d'urgence parce qu'elle n'a pas de prescription à 11h. Cette opération doit être réalisée au moins une fois par mois par les infirmières à l'aide de la liste du matériel qui doit se trouver dans le chariot. Seules les infirmières du service connaissent la procédure et le font.

Entre 11h51 et 12h42, C fait son deuxième tour de service (51 minutes). A 12h53, l'infirmière aide les aides-soignants pour distribuer les repas et aider les patients à manger. A ce moment, à 13h13, une infirmière de Froment vient lui demander de l'aide pour s'occuper d'un patient parkinsonien dément qui tente de fuguer et a un comportement agressif. C se rend donc dans le couloir où se trouve le patient. Elle y reste 15 minutes, revient vers 13h30 pour terminer les transmissions écrites et faire la relève.

La relève a lieu vers 14h12, soit 45 minutes plus tard, à cause du retard de l'infirmière qui prend le poste. En l'absence de sa collègue, C a dû réaliser les prescriptions de 14h.

C attribue un niveau de qualité 2 à sa journée de travail (soins de qualité avec des imperfections). Elle explique qu'elle a pu faire tous les soins à temps, mais qu'elle a eu plusieurs aléas et imprévus à gérer, et une charge de travail importante.

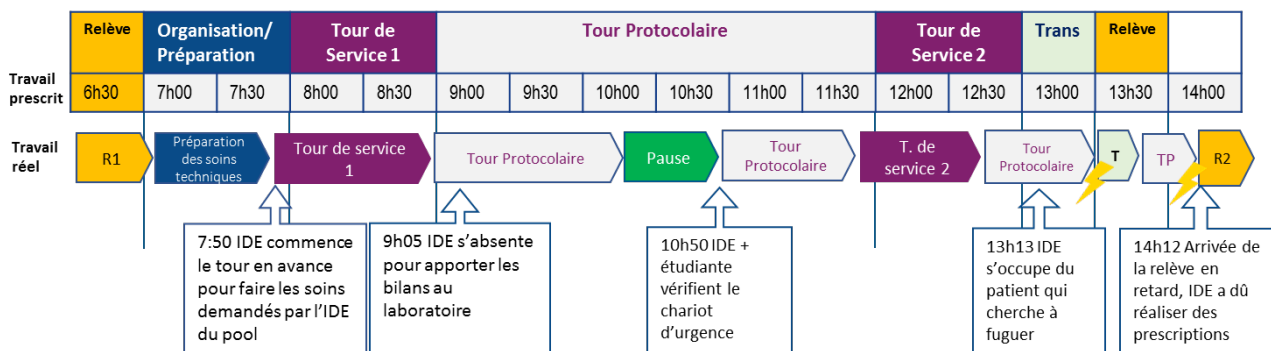


Figure n° 13 – Déroulement de la journée d'observation N° 3 à Guillain (jeudi matin)

6.3.1.4. Observation systématique n°4 (samedi matin)

<p>Opérateur IDE A Age : 28 ans Expérience : 3 ans dont 3 ans dans le service Evaluation de la qualité de soins : Niveau 2 (aire de la qualité)</p>
--

C'est la deuxième journée de la semaine pour A à Guillain, et la première de week-end. A et l'aide-soignante doivent s'occuper de 8 patients, tous en hospitalisation traditionnelle (7 Parkinson et 1 SLA). Tous les patients ont un degré de dépendance significatif (5 non autonomes et 3 semi-autonomes). A fait la relève à 6h46 avec l'infirmière de nuit (infirmière du pool), qui ne transmet pas d'information spéciale. Une étudiante infirmière de troisième année travaille avec A.

A 7h01, A commence la préparation du tour de service, tout en se coordonnant avec l'aide-soignante et l'étudiante pour organiser le travail de la journée. Selon la planification retenue, A fait les soins de base avec l'aide-soignante – toilettes au lit, principalement – pendant que l'étudiante fait le tour des médicaments.

Le premier tour de service commence à 7h54. Comme le montre le graphique d'activité (voir Annexe N° 6), A réalise une quantité moindre de soins techniques, mais une quantité importante de soins de base (toilettes et aide à l'alimentation) avec l'aide-soignante. Elle fait ses soins techniques en combinaison avec les soins de base. Chaque toilette dure entre 15 et 20 minutes, et le temps maximal pour réaliser tous les soins pour un patient est d'environ 20 minutes (patient 11 sur le graphique). Entre 9h et 9h25, l'infirmière participe à la distribution des petits-déjeuners et à l'aide à l'alimentation. Tout en faisant le tour, A supervise l'étudiante. Le tour de soins techniques et de base s'achève à 10h03 (2h09 au total, pour 8 patients en charge).

A 10h05, lors du tour protocolaire, A et l'aide-soignante se rendent au poste de soins pour préparer les prescriptions du deuxième tour de service et du premier tour de service du lendemain matin¹⁷.

Après une pause (de 11h30 à 11h50), A fait le deuxième tour de service avec l'étudiante. Elle termine à 12h23, soit 33 minutes au total. A 12h24, elle commence le réapprovisionnement du poste de soins en matériel et en médicaments.

A 12h50, A va aider l'aide-soignante à distribuer les déjeuners et aide les patients qui en ont besoin. A 13h11, A se rend au poste de soins pour terminer les transmissions écrites et faire la relève avec sa collègue de l'après-midi (la relève commence à 13h27).

A attribue un niveau de qualité 2 à sa journée (soins de qualité avec des imperfections). Elle argumente qu'elle a pu faire les soins attendus, mais en se hâtant plus qu'elle n'aurait souhaité – particulièrement les toilettes au lit.

¹⁷ Ceci constitue une transgression des protocoles de sécurité : une infirmière doit préparer les médicaments de la prescription elle-même et au moment où elle va l'administrer. Cependant cette pratique est acceptée dans la mesure où le bénéfice pour la sécurité du patient lié à l'anticipation est considéré comme plus important, en particulier le week-end où on travaille en effectif réduit. Pour limiter le risque, A conserve chaque traitement avec une fiche reprenant l'initiale du nom de chaque médicament dans un sachet en plastique individuel

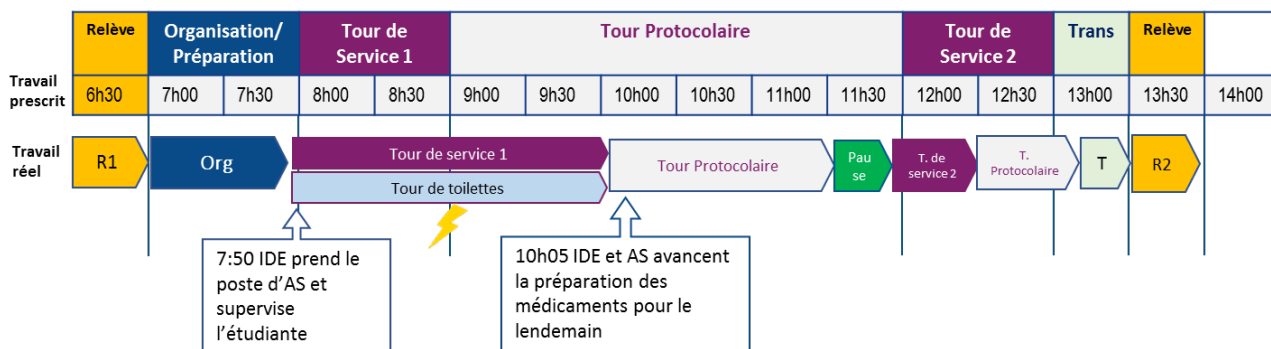


Figure n° 14 – Déroulement de la journée d'observation N° 4 à Guillain (samedi matin)

6.3.2. Résultats des observations systématiques en salle Froment

6.3.2.1. Observation systématique n° 5 (mardi matin)

Opérateur IDE D
Age: 31 ans
Expérience : 6 ans dont 2 ans et demi dans le service
Evaluation de la qualité des soins : niveau 2 (aire de la qualité)

L'infirmière D fait sa première journée de la semaine après 3 jours de repos. Elle a 8 patients en charge (du patient 9 au patient 16 ; 5 SLA, 1 Parkinson et 2 autres). Parmi eux, elle en connaît déjà 5 qui sont hospitalisés depuis plusieurs jours. Lors des transmissions, l'infirmière intérimaire de nuit lui indique que le patient n°12 (patient SLA non autonome) a eu des problèmes respiratoires à 2 reprises pendant la nuit. D travaille avec 2 étudiantes infirmières de deuxième année, et avec une collègue infirmière du pool ayant de l'expérience dans le service.

A 7h05, D commence à préparer sa journée avec les 2 étudiantes. Elle est plusieurs fois interrompue. Il manque du matériel et des médicaments dans le poste de soins, ce qui oblige D à se rendre à 2 reprises à la réserve et à la pharmacie. Elle doit aussi aller vérifier le taux de saturation en oxygène des patients SLA des chambre 14 (7h09) et 12 (7h35), qui ont un risque de décompensation respiratoire.

D débute son premier tour de service à 7h50 avec les 2 étudiantes. Elle commence par le patient n°12 (SLA, non autonome), qui présente des difficultés respiratoires. Comme le montre le graphique d'activité (Annexe N° 7), le temps passé auprès du patient est en général plus long qu'en salle Guillain. Les visites les plus longues concernent les patients 4 (SLA, non autonome) et 9 (SLA, non autonome) : elles durent respectivement 23 et 20 minutes. La plus courte dure 2 minutes, il s'agit d'une visite de surveillance au patient 14¹⁸ (patient non autonome avec risque de fugue). Les soins techniques les plus fréquemment réalisés sont les poses et entretien de voies d'abord veineux, l'administration de traitements intra-veineux, les gaz du sang, les surveillances et les aspirations. Le

¹⁸ Il s'agit du patient dont est allée s'occuper l'infirmière dans l'observation n°3 de Guillain (IDE C). Ce patient présente une pathologie neuro-inflammatoire et une démence de base. C'est pour cette raison qu'il n'était pas capable de reconnaître le personnel soignant, ni même de savoir qu'il se trouvait dans un hôpital.

graphique montre qu'un soin de perfusion dure environ 5 minutes (patient 12, SLA, non autonome)¹⁹. L'injection intraveineuse à travers un PAC²⁰ (ou chambre implantable) dure environ 23 minutes (patient 4, SLA, non autonome, sous la responsabilité de l'infirmière du pool). Pendant le tour, on observe que l'infirmière doit régulièrement installer ou manipuler des patients avec d'autres collègues (transfert lit-fauteuil, changement de position, etc.). Entre 9h16 et 9h46, l'infirmière doit s'interrompre pour aller chercher un stupéfiant manquant dans le service. Elle termine son tour à 10h (le tour a duré 2h10, prise en charge de 8 patients).

Pendant le tour protocolaire, D réalise plusieurs soins techniques programmés : entretien d'une sonde de gastrostomie²¹ (patient 13), administration de traitements, puis elle commence la préparation du second tour de service. Elle n'a pas pris de pause entre les différentes activités.

A 11h57, D commence son deuxième tour de service, sans problème notoire, et le termine à 12h27 (30 minutes au total). A 12h28, elle se rend à Guillain pour poser une perfusion à un patient parkinsonien.

Elle revient dans le service à 13h13 et coopère avec les aides-soignantes pour distribuer les repas. A 13h15, elle doit interrompre cette tâche (elle se trouvait auprès du patient 13, SLA non autonome, pour l'aider à manger) pour aller s'occuper du patient 12 (SLA, non autonome) qui a une décompensation respiratoire, et lui prodigue un soin d'aspiration bronchique. L'une des étudiantes prend le relais auprès du patient 13 pour l'aider à finir son repas. D retourne au poste de soins à 13h42 pour participer au staff social du mardi, et commence les transmissions orales de la relève et les transmissions écrites à 14h35.

D estime que la qualité de son travail ce jour-là relève d'un niveau 2 (soins de qualité avec des imperfections) ; elle explique qu'à cause de la charge de travail importante, elle n'a pas pu faire tous les soins avec tranquillité et s'est mise en retard à différents moments (transmission et relève).

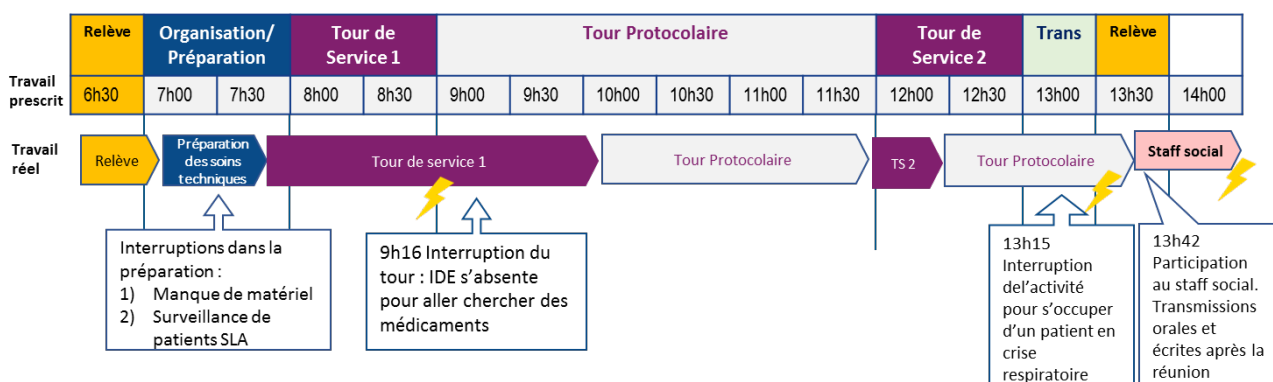


Figure n° 15 – Déroulement de la journée d'observation N° 5 à Froment (mardi matin)

¹⁹ Dans le cas de ce patient, l'infirmière n'a pas réussi à poser la voie d'abord et est allée demander de l'aide à une collègue.

²⁰ Le PAC se trouve sous la peau du patient, au niveau d'une clavicule, et permet de recevoir des traitements intraveineux répétés sur une longue période. La pose du PAC se fait sous anesthésie locale. Ce dispositif permet de limiter le risque d'infection.

²¹ Il s'agit d'un dispositif permettant l'alimentation d'un patient ne pouvant se nourrir par voie orale.

6.3.2.2. Observation systématique n° 6 (mercredi après-midi)

Opérateur : IDE A Age : 28 ans Expérience : 3 ans dont 3 ans dans le service Evaluation de la qualité des soins : niveau 2 (aire de la qualité)
--

Il s'agit du deuxième jour de travail de la semaine à Froment pour l'infirmière A. Elle doit s'occuper de 8 patients (n°1 à 8 ; 4 patients SLA, 1 Parkinson et 3 avec un autre diagnostic). A est arrivée avec 15 minutes d'avance à la relève avec la collègue du matin, la relève a duré 25 minutes. La collègue de l'après-midi était une infirmière expérimentée.

Entre 14h05 et 14h13 (38 minutes), la préparation et l'organisation du tour n°1 se déroule sans problème. A a dû aller une fois à la réserve chercher du matériel pour faire les soins techniques.

Elle commence son premier tour de service à 14h44 avec 15 minutes d'avance. Elle se rend au chevet de 5 patients (2 SLA, 3 autres). Comme le montre son graphique d'activité (Annexe N° 8), elle commence par le patient 1 (SLA, non autonome) et suit l'ordre des chambres. Le patient 1 est celui qui lui prend le plus de temps, elle reste 11 minutes dans sa chambre. La visite la plus courte est celle du patient 6 (autre, autonome), elle dure 3 minutes. Les soins techniques les plus longs sont l'administration de médicaments "autres" (environ 2 minutes) et la prise des constantes (entre 2 et 4 minutes). Le tour ne comporte pas de pose de perfusion ni d'administration de médicaments oraux. A a surtout dispensé des soins relationnels (18 minutes sur les 35 qu'a duré le tour). Le tour de service n°1 se termine à 15h19 (35 minutes au total, 5 patients pris en charge).

A 15h45, lors du tour protocolaire, A quitte son poste pour aller chercher un stupéfiant à la pharmacie générale (à l'extérieur du bâtiment) pour le patient 1. Elle revient au bout de 40 minutes. En son absence, l'autre infirmière prend sous sa responsabilité la totalité des patients de la salle.

A fait son tour de service n°2 entre 18h08 et 19h10 (soit 1h02). Elle y réalise essentiellement des soins techniques : distribution de médicaments oraux, injections, perfusions et pose de sonde urinaire au patient 8 (SLA, non autonome). En parallèle, A coopère avec les aides-soignantes pour l'aide à l'alimentation des patients qui en ont besoin.

Entre 19h23 et 20h10, A range le poste de soins et le réapprovisionne avec du matériel et des médicaments pour l'équipe de nuit et l'équipe du lendemain matin. A 20h10, A s'assoit dans le poste de soins pour terminer ses transmissions écrites. Pour finir elle procède à la relève avec sa collègue à 20h40, sans événement notable.

A estime que sa journée a été d'un niveau de qualité 2. Elle argumente en expliquant que le fait de devoir aller chercher des stupéfiants à l'extérieur du service est un facteur de dégradation de la qualité.



Figure n° 16 – Déroulement de la journée d’observation N° 6 à Froment (mercredi après-midi)

6.3.2.3. Observation systématique n° 7 (jeudi matin)

Opérateur IDE E
Age: 27 años
Expérience : 3 ans dont 3 ans dans le service
Evaluation de la qualité : niveau 1 (qualité optimale)

E commence son troisième jour consécutif à Froment à 6h12, avec 8 patients en charge (n°1 à 8). Parmi eux, 4 sont atteints de SLA (non autonomes, 1 autonome) et 4 d’une autre pathologie (2 semi-autonomes, 2 autonomes). Cette infirmière a l’habitude d’arriver avec 30 à 45 minutes d’avance dans le service afin de préparer sa journée de travail, et aussi pour faire les prélèvements sanguins. Il s’agit d’une stratégie individuelle particulière à cette infirmière (cf. cas n°2 à Guillain).

Après avoir fait la relève avec sa collègue de nuit entre 6h15 et 6h24, E prépare le matériel pour les bilans sanguins et pour le tour de service (entre 6h25 et 7h04). A 7h05, E fait les gaz du sang des patients 1 (SLA, non autonome) et 7 (SLA, non autonome). A 7h35, elle se rend au poste de soins pour se coordonner avec l’autre infirmière (du pool) et les aides-soignantes et planifier les soins.

Le tour de service n°1 commence à 8h. E commence par le patient 1 (SLA, non autonome), qui doit recevoir son traitement oral à un horaire précis, et poursuit avec le reste des patients sans suivre l’ordre des chambres. Dans son graphique d’activité (voir Annexe N° 9), on observe que les visites aux patients sont peu nombreuses mais longues : les plus longues concernent les patients 3 et 14 (SLA, non autonomes) et durent respectivement 23 et 32 minutes. La visite la plus courte concerne le patient 4 (pathologie autre, semi-autonome) et dure 7 minutes. Les visites longues aux patients 3 et 4 ont été réalisées en binôme avec l’aide-soignante pour pouvoir faire en même temps les soins de base (la toilette au lit) et les soins techniques. Les soins techniques ayant nécessité le plus de temps ont été un gaz du sang et un prélèvement de sécrétions broncho-pulmonaires pour le patient 14 (7 minutes chacun). Le soin le plus fréquent est la toilette au lit pour les patients atteints de SLA (entre 17 et 19 minutes à chaque fois). Comme dans les autres cas, les soins relationnels sont réalisés de manière combinée dans presque toutes les chambres. E termine son premier tour de service à 9h46 (soit une durée totale de 1h 46 pour patients).

Entre 9h47 et 10h25, E fait des soins protocolaires pour plusieurs patients : il s’agit d’administrer des traitements à horaire fixe (patients 3 et 5). Elle aide aussi les aides-soignantes pour une toilette à la

douche au patient 9 (pathologie autre, semi-autonome). A 11h25, elle réalise une aspiration bronchique pour le patient 14 qui a une crise respiratoire, ce qui lui prend environ 10 minutes.

E fait son deuxième tour de service entre 11h45 et 12h02 (17 minutes). Elle prend des constantes et dispense des informations.

A 15h46, alors que E est en train d'aider le patient 7 (pathologie autre, semi-autonome) à prendre son déjeuner, le patient 14 a de nouveau une décompensation respiratoire. E doit donc aller l'aspirer avec sa collègue infirmière du pool, ce qui lui prend 15 minutes.

A 13h03, E se rend au poste de soins pour terminer ses transmissions écrites. A 13h26, elle commence la relève avec l'équipe de l'après-midi.

A la fin de sa journée de travail, A lui a attribué un niveau de soins 1 (optimal selon les standards). L'infirmière signale que la journée a été calme, avec une charge de travail suffisante, qui lui a permis de réaliser tous ses soins sans se presser et d'aider les aides-soignants.

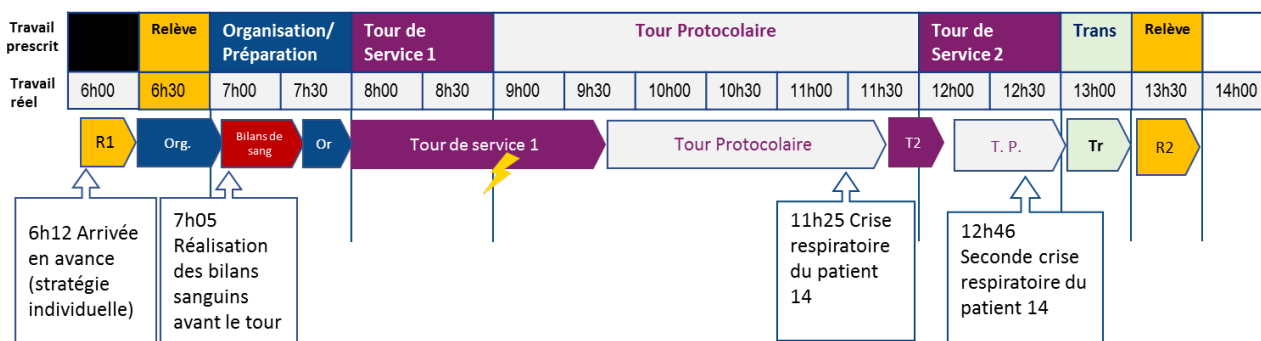


Figure n° 17 – Déroulement de la journée d'observation N° 7 à Froment (jeudi matin)

6.3.2.4. Observation systématique n° 8 (samedi matin)

Opérateur IDE F
Age: 30 ans
Expérience : 4 ans dont 1 an et demi dans le service
Evaluation de la qualité des soins : niveau 3 (aire de la qualité avec des infractions normales)

C'est la deuxième journée consécutive pour F à Froment, la première en week-end. Elle commence la relève avec l'équipe de nuit à 6h28. Les transmissions avec l'aide-soignante de nuit, qui travaille depuis 3 mois dans le service, débutent à 6h47. Elles durent 13 minutes, sans information spéciale sur les patients. Ce jour-là, l'infirmière et l'aide-soignante doivent s'occuper de 8 patients d'hospitalisation traditionnelle (6 SLA et 2 patients avec des pathologies autres). Tous les patients sont dépendants (4 autonomes et 4 semi-autonomes).

A 7h02, F commence la préparation et l'organisation de la journée de travail avec l'aide-soignante. Chacune a commencé son tour de service seule : l'infirmière fait ses soins techniques, l'aide-soignante les toilettes à la douche (qui peuvent être faites seule) et l'organisation du petit-déjeuner. Elles se sont coordonnées pour reprendre ensemble entre 9h30 et 10h les 4 toilettes au lit des patients non autonomes. Avant de commencer son tour, F a dû aller chercher des médicaments à la réserve, le poste de soins n'ayant pas été réapprovisionné par les infirmières de nuit.

Comme on le voit dans le graphique d'activité (voir Annexe N°10), le premier tour de service commence à 7h52 par le patient 12 (SLA, non autonome). Le tour a été interrompu à 4 reprises par des crises respiratoires de patients SLA (patient 12 à 8h06 ; patient 3 à 10h14 ; patient 1 à 10h26) et par des manques de matériel de soins techniques (le stock préparé pour le tour est insuffisant) (9h04). F doit modifier sa planification à plusieurs reprises. Les aspirations bronchiques ont duré entre 11 et 13 minutes, les réapprovisionnement 15 minutes. De plus les aspirations ont nécessité l'assistance de l'aide-soignante qui a dû interrompre sa propre activité. Finitement, F finit son premier tour de service à 10h39 (soit 2h47 pour 6 patients). A réalise les soins du tour protocolaire en même temps que ceux du tour de service.

A 12h05, l'infirmière commence son deuxième tour de service. Il s'agit essentiellement de mesure des constantes et de surveillance. Elle termine à 12h31 (25 minutes) et va aider les aides-soignantes à distribuer les repas (phase du tour protocolaire). Les repas se terminent à 13h20, l'infirmière regagne le poste de soins pour faire ses transmissions écrites (13h26) et fait la relève avec sa collègue de l'après-midi (13h48). La journée s'achève à 14h16.

F estime que sa journée a été d'un niveau de qualité 3 (soins de qualité avec des infractions). Elle explique que les soins étaient de qualité, mais que la charge de travail étant élevée, elle a eu du retard dans les soins techniques, dans les soins de base et pour les repas.

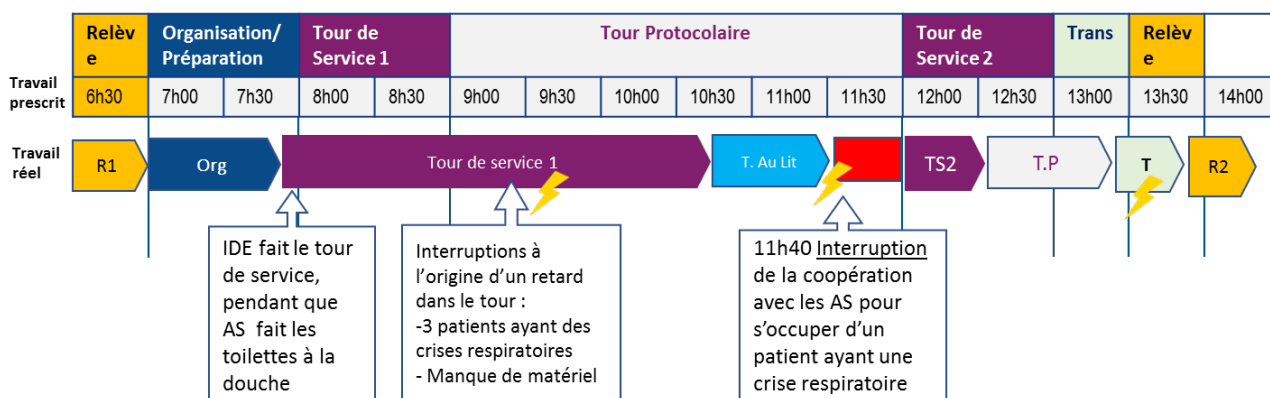


Figure n° 18 – Déroulement de la journée d'observation N° 8 à Froment (samedi matin)

6.3.3. Intégration et synthèse des résultats des observations systématiques réalisées dans les deux salles

Les caractéristiques et la complexité de chaque unité impliquent des soins et des exigences différentes pour les infirmières, donc une activité également différente pour atteindre des objectifs particuliers.

A Guillain, le soin le plus fréquent est l'administration de traitements oraux, particulièrement répétée dans le cas des malades de Parkinson. Nous avons pu observer que les infirmières doivent s'occuper d'un grand nombre de traitements dans une marge temporelle plus étroite qu'à Froment. L'observation n°1 (mardi matin), jour où le temps passé auprès de chaque patient est le plus long, se démarque par une plus grande quantité d'examen sanguins et de soins relationnels (en particulier la délivrance d'informations), ce qui peut s'expliquer par le fait que le mardi est le lendemain du jour d'admission des patients dans le service. On a également pu constater que la coopération avec les aides-soignants pour les soins de base est moindre qu'à Froment, sauf le week-end. A Froment, le temps passé auprès du patient à faire des soins est significativement plus long qu'à Guillain, surtout pour le cas des patients SLA. Les soins les plus fréquents y sont la pose de voies d'abord veineux, l'administration de traitements injectables et les aspirations des voies respiratoires ; les traitements oraux y sont moins courants. Les infirmières ont été régulièrement interrompues par des crises respiratoires (observations 5, 7 et 8) et par la nécessité d'aller chercher des stupéfiants (observations 5 et 6). Le temps dédié à la coopération avec les aides-soignantes pour les soins de base et la manipulation des patients (transferts, installations, changements de position, etc.) est plus important.

Les observations de terrain ont également permis de mettre en évidence la variabilité dans le flux de travail. D'une manière générale, dans les deux salles le nombre de prescriptions réalisées et le temps dédié aux soins est plus important le matin par rapport à l'après-midi. Dans tous les cas, le temps consacré au premier tour de service est plus long que prévu, le deuxième plus court que prévu. Ceci pourrait avoir un lien avec les stratégies d'anticipation et de régulation évoquées dans la section antérieure. A Guillain, les interruptions sont plus fréquentes, parce que les professionnels doivent se coordonner pour les examens externes et parce que le stock de médicaments oraux n'est pas suffisamment approvisionné. A Froment, les interruptions sont dues aux urgences vitales des patients SLA, au stock insuffisant de matériel et à la procédure particulière des commandes de stupéfiants.

La charge de travail varie en fonction des caractéristiques de la salle au cours de la journée de travail (nombre de patients, pathologies, prescriptions, etc.). Par exemple, même si les soins aux patients SLA nécessitent plus de temps que les soins aux parkinsoniens ou aux patients atteints de TC, dans les deux salles, les patients les moins autonomes requièrent un temps de soins plus long que les malades autonomes. S'il y a davantage de patients non autonomes, les toilettes au lit sont plus nombreuses, et ces soins de base interfèrent avec l'activité propre des infirmières. On a également pu constater que lorsqu'une infirmière expérimentée travaille avec une collègue moins ancienne, elle doit régulièrement l'aider pour ses soins, ce qui génère une charge de travail supplémentaire. A tout cela s'ajoute les interférences liées à la présence de nombreux professionnels autres dans les salles, aux allées et venues de patients pour les examens externes, et au risque de décompensation des patients SLA.

L'auto-évaluation de la qualité des soins par les infirmières observées à partir de l'échelle de Vincent et Amalberti (2016) permet d'élaborer une référence sur la qualité du travail telle que perçue par les infirmières. D'après les réponses, le niveau de soins est de qualité dans 7 des 8 journées de travail observées. Une journée a été jugée de niveau 3, soit dans l'aire de la sécurité. 5 journées ont été jugées de niveau 2, 1 journée de niveau 1 et 1 de niveau 3. Inversement, 1 journée a été jugée de niveau 4, dans l'aire de l'insécurité. Les résultats montrent que les professionnelles n'estiment pas que la qualité des soins est optimale et sans imperfection. Ceci nous permet de formuler l'hypothèse secondaire que, en situation réelle de soins (toujours variables et comportant des imprévus), l'activité mise en

œuvre par les infirmières (en termes de ressources, d'arbitrages, de stratégies, etc.) vise peut-être moins à atteindre un niveau de soins optimal (selon les standards définis par les protocoles et les recommandations) qu'à tenter de maintenir un niveau de soins de qualité 2 à 3 et éviter un niveau d'insécurité ou de dommage 4 à 5.

Aire de la qualité		Guillain				Froment			
		Mar (matin)	Mer (après-midi)	Jeu (matin)	Sam (matin)	Mar (matin)	Mer (après-midi)	Jeu (matin)	Sam (matin)
		IDE F	IDE B	IDE C	IDE A	IDE D	IDE A	IDE E	IDE F
	Niveau 1: qualité prescrite par les standards (soins optimaux)						X		
	Niveau 2: respect des standards : soins normaux avec des imperfections	X		X	X	X	X		
	Niveau 3: soins peu fiables/qualité déficiente (pas de dommage pour le patient)							X	
Aire de la sécurité	Niveau 4: soins défaillants, avec dommage léger probable, mais bénéfique général		X						
	Niveau 5: soins où le dommage supprime le bénéfice obtenu								

Tableau n° 4 – Evaluation de la qualité des soins d'après les niveaux de Vincent et Amalberti (2016)

6.4. Entretiens semi-dirigés scénarisés

6.4.1. Analyse des résultats des entretiens semi-dirigés (questions)

Nous présenterons ici les résultats des entretiens semi-dirigés scénarisés réalisés auprès des infirmières auxquelles nous nous sommes intéressés dans les observations systématiques. Seule l'infirmière B n'a pu être interviewée parce qu'elle est intérimaire, et nous n'avons pas réussi à reprendre contact avec elle.

Dans une première partie, nous exposerons les résultats des questions ouvertes sur certaines thématiques ciblées. Puis nous présenterons les résultats concernant les deux scénarios proposés aux professionnelles.

6.4.1.1. Définition d'un travail de qualité

A la question "selon vous, qu'est-ce que faire un travail de qualité ?", toutes les infirmières ont répondu qu'il s'agissait de réaliser tous les soins pour tous les patients de la salle, au moment adéquat, avant de terminer sa journée. Chacune a ensuite mis l'accent sur une dimension particulière de la qualité.

C (4 ans dans le service), l'une des infirmières les plus expérimentées de l'unité, a essentiellement souligné la qualité du travail de soins aux patientes, autant dans sa dimension technique que

relationnelle. Sa définition de la qualité du travail est proche de celle des instances officielles : *“pour moi, un travail de qualité, c’est répondre aux besoins, réaliser les soins nécessaires, c’est-à-dire ceux qui sont prescrits (donner les médicaments, faire les injections), mais aussi aider les patients, les accompagner dans les gestes de la vie quotidienne”*. C’est la seule infirmière à mentionner comme composante de la qualité le respect *“de l’asepsie, de l’hygiène et de la sécurité”*. C fait en outre une distinction entre la qualité des soins à court terme et à long terme en neurologie. A court terme, il s’agirait par exemple de réussir à faire tous ce qu’il y a à faire sur une journée de travail : *“réussir une prise de sang, réussir à perfuser quelqu’un, passer un antibiotique, c’est-à-dire donner une continuité aux soins”*. A long terme, il s’agirait plutôt de permettre que la chaîne de soins au niveau général ait un effet favorable sur le patient, par exemple permettre qu’*“un patient était dans un canapé et ne pouvait pas bouger, et aujourd’hui il peut marcher ou faire des petits pas”*.

A (3 ans et demi dans le service) et F (1 an et demi), quant à elles, s’inscrivent dans une perspective plus globale sur la qualité du travail, sans s’attacher aux aspects techniques de la prise en charge. Pour A, un travail de qualité, *“c’est réellement aller au fond de la prise en charge, pouvoir faire tous les soins associés au patient : soins techniques et traitements curatifs, soins de nursing et soins de confort et de bien-être”*. De son point de vue, un bon travail, c’est *“quand la journée a été fluide, qu’il n’y a pas de petites choses qui interviennent dans le travail de la salle”*. De son côté, F considère qu’un travail de qualité, c’est *“quand tu as pu gérer avec succès tous les soins et les imprévus qui arrivent pendant une journée sur la salle (...). Ce n’est pas seulement faire un soin à un patient, mais aussi savoir amener un équilibre dans la salle à tout point de vue, patients, matériel, coordination des examens, transmissions, etc.”*

Enfin, D (2 ans et demi dans le service) et E (3 ans) mettent l’accent sur la question de l’organisation et de la coordination du travail tant au niveau individuel que collectif. E explique qu’*“un travail de qualité part de l’organisation, c’est-à-dire, être organisé et rigoureux”*. Elle précise que le fait d’être organisé permet de *“passer plus de temps avec le patient”* et *“travailler en collaboration avec d’autres professionnels de santé”*. De même, D explique que pour elle, un travail de qualité, *“c’est quand tu as du temps au niveau de ton organisation pour faire tous les soins et passer du temps avec les patients”* ; inversement, *“on a l’impression de mal travailler quand on n’arrive ni à s’organiser ni à passer du temps avec chaque patient”*.

6.4.1.2. Qualité des traitements et soins au patient

Au sujet de la qualité des traitements et des soins, on observe aussi une certaine convergence dans les réponses des infirmières, avec des nuances sur certains aspects plus normatifs ou au contraire adaptatifs selon les professionnelles.

A propos de l’administration des traitements, A (3 ans et demi dans le service), D (2 ans et demi dans le service) et E (3 ans) décrivent l’importance de respecter les prescriptions fixées par les médecins. Pour A, une administration de qualité doit respecter cinq points : *“bon médicament, bonne dose, bonne voie d’administration, bon patient et bon moment”*. Quant à D, elle souligne que *“la finalité de l’administration des médicaments est de respecter les prescriptions médicales, en particulier en ce qui concerne les patients parkinsoniens”*. Cependant, cette infirmière explique aussi qu’une infirmière doit *“savoir quand manque une prescription, c’est-à-dire que quand on voit que quelque chose va mal, il faut savoir aller voir le médecin et lui dire : “on a besoin de ça, il faut soulager le*

patient”. E souligne l’importance de “*se baser sur la prescription médicale*”, qui est considérée comme “*un outil de travail*” qui “*donne les coordonnées du travail à réaliser*”. Au fil de leurs réponses, ces trois infirmières insistent sur l’importance de vérifier les prescriptions, surtout à Guillain, et de disposer d’un temps suffisant pour le faire à plusieurs reprises (pendant la préparation, au moment d’entrer dans la chambre du patient, etc.).

C (4 ans dans le service) et F (1 an et demi) évoquent non seulement l’importance de respecter la prescription, mais aussi de savoir comprendre les circonstances de l’administration et d’adapter les soins à l’état du patient. Pour C, “*une administration de qualité consiste à délivrer les traitements correctement, mais en comprenant pourquoi on donne le médicament, pourquoi le médicament est prescrit, si c’est à cause des antécédents du patient, de la douleur, etc*”. Quant à F, ici encore elle adopte une vision compréhensive, et s’accorde avec C pour dire que “*pour faire une bonne administration, il faut respecter la prescription, mais aussi tenir compte de l’état du patient (...), s’il est bloqué ou non à Guillain, s’il peut avaler ou non à Froment (...)*”.

Quant aux soins techniques, toutes les infirmières estiment que le respect des règles d’hygiène et de sécurité en est le premier critère de qualité, avant de mentionner la situation de soins et l’état du patient. Pour D, un soin technique de qualité est celui “*qu’on peut organiser en anticipant et adapter à l’état du patient*”. Elle signale que “*par exemple, pour les patients parkinsoniens, c’est important de considérer leur mobilité, s’ils ont une dyskinésie, c’est pénible pour eux de les mobiliser ; à Froment, tu dois savoir observer ce qui se passe au niveau respiratoire et dans la sphère ORL*”. Elle ajoute qu’”à Froment, c’est plus facile de changer l’organisation pour le confort du patient parce que les soins peuvent être décalés d’une demi-heure ou une heure ; à Guillain, c’est plus compliqué de s’adapter parce que les prescriptions sont à horaire fixe toutes les heures”. A partage cet avis ; un soin technique de qualité en neurologie est d’après elle “*celui où tu peux adapter ta technique, ta façon de travailler à l’état du patient qui change aussi*”.

C, E et F attachent de l’importance aux aspects liés à la performance et aux conditions matérielles des soins. Pour C, un soin technique de qualité est celui “*dont le résultat a été atteint de la bonne manière avec le bon matériel*”. Quant à E, elle estime qu’”*un soin de qualité est celui qui est bien fait, c’est-à-dire qui respecte les étapes techniques et les étapes d’hygiène du soin*”. Pour F, il s’agit d’”*un travail dans lequel le geste technique est précis ; par exemple faire un gaz du sang à un patient parkinsonien qui bouge, de manière efficace et sans lui faire mal*”.

Les infirmières s’accordent toutes sur la place importante des soins relationnels dans la prise en charge. Pour C, ce type de soins “*n’est pas indépendant des soins techniques ou des traitements, mais complémentaire. (...) Parce qu’au moment où tu fais une perfusion ou où tu donnes un médicament, c’est aussi important de prendre en compte la douleur ou l’état émotionnel du patient, tu essaies de t’en occuper (...)* ; avec les SLA, c’est important par exemple de prendre le temps de bien les installer, de les détendre, parce que si ces patients sont tranquilles, les soins techniques vont se passer beaucoup mieux, on a plus de possibilité pour faire des soins meilleurs”. D signale que “*le relationnel avec les patients est important, surtout avec les TC et les SLA ; les premiers parce qu’il faut les gérer sur le plan émotionnel quand ils font des crises ou décompensent ; les SLA parce qu’il faut les calmer et aussi les soutenir moralement, parce qu’ils dépriment*”. Enfin, A souligne l’importance de pouvoir passer du temps avec le patient pour “*le connaître, construire un lien qui leur permette d’avoir*

confiance dans le travail que nous faisons ; si les patients n'ont pas confiance en ce que nous faisons, ils peuvent refuser les soins".

6.4.1.3. Travail collectif et collectif de travail

Ici, on observe une certaine hétérogénéité dans les réponses des infirmières. Elles s'attachent à des aspects différents, qui ne sont cependant pas nécessairement incompatibles.

Selon E (3 ans dans le service), un travail collectif de qualité est celui *"dans lequel il y a une cohésion de groupe, une entraide, de la communication et où on partage les connaissances entre tous les professionnels"*. Elle ajoute que *"c'est quand tu as des collègues avec lesquelles tu peux te coordonner sans problème, avec lesquelles tu as des points communs sur les soins, et avec lesquelles tu sais que s'il y a un problème, elles vont t'aider à le résoudre"*. De même, C (4 ans dans le service), explique qu'*"un travail de qualité, c'est quand tu as une équipe qui travaille ensemble, avec des collègues sur qui tu peux compter pour passer la main si besoin et qui s'entraident pour une prise en charge compliquée"*.

De leur côté, A (3 ans et demi dans le service), D (2 ans et demi) et F (1 an et demi) mettent l'accent sur le sens de l'organisation de chaque professionnel et le respect du travail de chacun. D explique qu'*"un travail collectif de qualité, c'est un travail bien organisé entre collègues"*, et ajoute : *"quand tes collègues ne sont pas bien organisés, tu ne peux pas faire un travail de qualité, et à l'inverse, si toi-même tu n'es pas bien organisé, tes collègues non plus ne peuvent pas bien travailler"*. A insiste aussi sur ce point, en particulier sur le fait de *"respecter l'organisation de chacun"*. Pour elle, un travail collectif de qualité est celui *"où tous travaillent avec le même objectif, en respectant la manière de travailler de chacun, c'est-à-dire, sa vision des soins et sa technique"*. Enfin, F indique qu'*"un travail collectif de qualité est celui où l'organisation de chacun permet d'organiser de manière globale tous les soins de la salle"*.

A ce sujet, aussi bien D que E affirment que l'équipe qui travaille sur les deux salles fait *"un travail collectif de qualité"*. D englobe tous les professionnels, y compris les médecins et les paramédicaux. E en revanche, estime que c'est le travail collectif des infirmières et des aides-soignantes qui est de qualité, car le travail avec les autres professionnels *"n'est pas aussi fluide"*, et *"a empiré ces dernières années en termes de cohésion"*.

6.4.1.4. Déterminants de la qualité

D'après les infirmières, les facteurs qui déterminent la qualité de la prise en charge dans les deux salles sont nombreux. Parmi ceux qu'elle mentionne, certains font référence aux situations caractéristiques de chaque salle et aux exigences de chaque prise en charge ; d'autres à des aspects plus généraux et transversaux comme les facteurs organisationnels, la coordination des soins et/ou les compétences propres.

En premier lieu, les infirmières ont à plusieurs reprises insisté sur les contraintes et les obstacles qu'elles rencontrent dans chaque salle.

A Guillain, les infirmières s'accordent sur le fait que la pression pour respecter les modalités d'administration des traitements antiparkinsoniens et la surveillance des patients atteints de TC sont les principaux déterminants du travail. A, C et E expliquent que la course contre la montre pour respecter les prescriptions et les états très fluctuants des patients obligent à s'adapter en permanence à la situation. D souligne les difficultés qu'elle rencontre pour maintenir une planification et une organisation stables, car *“chaque fois qu'il y a un imprévu, tu dois changer toute l'organisation que tu avais dans la tête”*. F, de son côté, évoque les conflits générés dans l'activité par les états des patients ayant un trouble du comportement : d'après elle *“un patient psy demandeur ou qui veut fuguer (trouble du comportement), équivaut à 3 patients d'un autre type”*.

A Froment, les infirmières insistent sur la durée des soins en chambre et les urgences vitales des patients SLA comme facteurs déterminants de la qualité du travail, auxquels s'ajoutent les surveillances constantes et les efforts physiques dus à l'état des patients (installation, soins de base, etc.) Selon C, *“le problème dans cette salle, c'est les soins qui n'en finissent pas, avec en même temps les patients qui ont des crises vitales”*. E signale qu' *“en général, c'est la durée des soins qui empêche de faire bien le travail”*, et ajoute que *“la majorité des patients sont grabataires, aucun ne fait sa toilette seul, et nous sommes toujours obligées d'aider les aides-soignantes parce qu'elles sont en retard à cause de la charge de travail”*. Au sujet des urgences vitales, D signale qu' *“à chaque fois qu'un patient décompense, ça impacte tout le service, parce qu'on est occupé dans sa chambre et on y passe beaucoup de temps, tout le temps qu'il faut pour stabiliser le patient”*.

La question de la coordination et du travail avec les collègues est mentionnée un comme facteur déterminant pour la qualité du travail par toutes les infirmières. Pour E, *“le défaut de coordination organisée dans le travail”* est à l'origine d'empêchements pour réaliser les soins, de même que les interruptions fréquentes des collègues. Pour A et C, les oublis dans la transmission d'informations sur les soins, les horaires aléatoires des brancardiers pour les examens externes et les prescriptions médicales de dernière minute sont des défauts courants ayant un impact important sur la qualité du travail. F signale comme problématique *“le manque d'accessibilité de certains médecins pour discuter”* quand ceux-ci ont beaucoup de travail. D mentionne les problèmes qui apparaissent quand de nombreux professionnels interviennent dans la même salle.

Les cinq infirmières interrogées attachent de l'importance aux facteurs organisationnels et aux pannes des systèmes techniques. D, E et C citent plusieurs instruments du service qui ne fonctionnent plus, ce qui a entraîné des difficultés pour faire le travail, notamment : l'ordinateur, le glycomètre, le logiciel d'aide à l'administration des traitements, les lits de patients. E précise qu' *“en général, ce sont de petites choses, mais très nécessaires parce que quand tu ne les as pas, tu dois aller dans un autre service les chercher ou des fois tu ne peux simplement pas les avoir”*. C ajoute que le défaut de qualité de certains matériels impacte sur la réalisation de soins techniques de qualité.

A et F établissent une relation entre les dysfonctionnements de l'organisation et le rôle du collectif de travail dans ces problèmes. F met l'accent sur les omissions d'information et les défauts d'approvisionnements de matériel dont est responsable l'équipe de nuit. De son côté, A insiste sur l'absence de coopération entre collègues pour *“trouver une solution aux dysfonctionnements”* et *“préserver la salle”*. Elle signale que : *“nous sommes une équipe qui s'entend bien et qui s'entraide pas mal, mais je crois que chacun doit aller plus loin dans la prise en charge du patient, c'est-à-dire,*

chacun doit veiller à ce que le poste soit bien rangé, qu'il y ait du matériel de soins à disposition, que les ordinateurs soient chargés, qu'on ne laisse pas de soin inachevé, etc."

Pour finir, seules C et E évoquent explicitement les facteurs personnels comme déterminants de la qualité. Pour C, les compétences et l'expérience permettent avec le temps de faire *"un meilleur travail et de réduire les erreurs"*. Elle ajoute néanmoins que *"l'expérience améliore la prise en charge, mais elle doit être questionnée en permanence, parce que si on fait tout le temps les choses par habitude, on va commettre des erreurs ou mal faire les choses"*. Pour E, l'organisation de son propre travail est un aspect fondamental, car *"si tu n'es pas rigoureux, organisé, tu vas toujours faire des erreurs"*.

6.4.2. Résultats des entretiens semi-dirigés – scénarios

Les entretiens se composent d'une série de questions puis de deux scénarios qui remplissent la fonction de scénarios d'action. A partir d'une série de prescriptions de soins et des traitements qui concernent huit patients avec des diagnostics différents, il s'agit de proposer une planification de tour de service (horaires du matin, premier tour de service). Les opératrices doivent donc se mettre en situation et simuler comment elles organiseraient leur journée de travail. Deux simulations ont ainsi été réalisées, une pour chaque salle.

Il convient de signaler en introduction que la méthodologie a pu être appliquée sans problème par les infirmières. Elles ont bien compris ce dont il s'agissait et se sont montrées collaborantes.

6.4.2.1. Scénario n°1 : Guillain

Le premier scénario a lieu à Guillain et concerne 8 patients : 4 parkinsoniens, 2 patients ayant un trouble du comportement, et 1 une autre pathologie.


Toutes les infirmières ont indiqué qu'elles commençaient par prendre les transmissions, consulter les dossiers des patients, examiner le nombre d'exams externes programmés, avant de commencer le tour. Quatre d'entre elles (A, C, E et F) ont évoqué l'importance du fait qu'elles se soient déjà occupé des patients ou pas la veille ou la semaine passée, en fonction d'où elles en sont dans leur semaine de travail. Cet élément est considéré comme important pour la planification en situation réelle. A explique que quand elle ne connaît pas encore les patients, elle a besoin de faire une "macro-cible", soit un résumé de l'hospitalisation du patient (maladie, traitement, vécu, environnement et devenir).

Pour organiser le tour, en plus du diagnostic, cinq prescriptions parmi celles qui figuraient dans le scénario ont été utilisées comme critères pour planifier les prises en charge des patients : traitement oral (horaire fixe), bilan sanguin, examen externe et réglage de la pompe Duodopa²².

Le tableau N° 5 reprend les planifications proposées par les cinq infirmières. Dans chaque colonne figurent les numéros de chambre des patients dans l'ordre selon lequel la professionnelle organise son tour de service. La couleur de la case fait référence à son diagnostic, et les points de couleur aux prescriptions utilisées comme critères pour l'organisation.

²² La pompe Duodopa est un traitement de la maladie de Parkinson en stade avancé. Le Duodopa est une combinaison de 2 médicaments (Levodopa et Carbidopa) administrée directement dans l'intestin grêle par l'intermédiaire d'un dispositif alliant une cassette et une pompe portative connectée à une sonde. Les horaires sont programmés sur la cassette. Ce dispositif permet d'éviter les fluctuations de fin de dose et les retards dans l'administration du traitement.

Tableau N° 5 – Organisation du tour de service d’après la simulation (Guillain)

Guillain						
	IDE N° A	IDE N° C	IDE N° D	IDE N° E	IDE N° F	
	Visite 1	P5 ● ●	P5 ● ●	P5 ● ●	P5 ●	P5 ● ●
	Visite 2	P6 ● ●	P6 ● ●	P6 ● ●	P3 ●	P6 ● ●
	Visite 3	P2 ●	P8 ●	P2 ●	P4 ●	P2 ●
	Visite 4	P8 ●	P2 ●	P8 ●	P7	P8 ●
	Visite 5	P4 ● ●	P3 ● ●	P3 ● ●	P1	P4 ● ●
	Visite 6	P3 ● ●	P4 ● ●	P4 ● ●	P6 ●	P3 ● ●
	Visite 7	P1 ●	P1 ●	P7 ●	P2 ●	P7 ●
	Visite 8	P7 ●	P7 ●	P1 ●	P8 ●	P1 ●

■ Parkinson
■ T. Comportamental
■ Autre

● : traitement oral (horaires fixes)
● : bilan sang
● : examen externe
● : réglage de la pompe Duodopa

Toutes les infirmières commencent par le patient 5 (Parkinson, bilan de sang + traitement oral) et 4 d’entre elles (seule E adopte une autre organisation) continuent par le patient 6 (Parkinson, pompe Duodopa + traitement oral), 2 (Parkinson, traitement oral) et 8 (Parkinson, traitement oral). Ensuite, les infirmières s’occupent des patients 3 et 4 (trouble du comportement, bilan de sang + examen externe) selon un ordre variable, et terminent avec les patients 1 et 7 (autre pathologie, bilan de sang), toujours dans un ordre variable. Seule E continue d’adopter une autre planification de ces différentes étapes.

Au vu de ces résultats, on constate que même s’il n’y a pas deux infirmières qui aient adopté une planification identique, elles se sont toutes, à l’exception de E, organisées en utilisant presque les mêmes critères et en suivant le même ordre général par rapport à la pathologie des patients.

Au sujet de E, il faut comprendre qu’elle prend toujours son poste avec 45 minutes d’avance pour faire les bilans sanguins et les traitements (infirmière de l’observation systématique n°7 et cas n°2). Ainsi, dans la planification simulée, elle explique qu’à l’heure habituelle de débuter le premier tour de service, elle a déjà réalisé tous les bilans sanguins (patients 1, 3, 4 et 7) et le réglage de la pompe Duodopa du patient 6.

Lors de la simulation, les infirmières ont explicité les critères qu’elles utilisaient pour organiser leur tour, ainsi que la hiérarchie entre ces critères. Le critère le plus important est le respect des horaires des traitements antiparkinsoniens (traitements oraux et réglage des pompes Duodopa). Ce critère a pour finalité d’éviter le blocage des patients.

Le second critère par ordre de priorité est le nombre de prises de sang et d’examen externes. Pour les prises de sang, priorité est donnée aux bilans à faire à jeun, ce qui permet au patient de prendre son petit-déjeuner à un horaire correct, ou d’éviter le risque que le patient ne commence son petit-déjeuner avant d’avoir eu sa prise de sang. Pour les examens externes, on est attentif à leur horaire :

les patients doivent être prêts à temps en fonction de l'horaire de l'examen et en tenant compte des aléas dans les horaires de passage des brancardiers.

Il existe aussi une hiérarchie de critères liée à la pathologie du patient : ainsi, D s'occupe en priorité des patients ayant un trouble du comportement, parce qu'ils « ont toujours moins de patience (...), on ne peut pas venir les voir tard parce qu'ils commencent à angoisser et quand tu les prends en charge, tu dois faire tous les soins vite pour éviter qu'ils commencent à s'agiter ». F confirme : « les patients ayant d'autres pathologies moins graves ou qui sont plus autonomes peuvent attendre, à la différence de ceux qui ont un trouble du comportement ou des Parkinsoniens ».

Enfin, la question sur les imprévus et les facteurs qui peuvent empêcher la réalisation d'un travail de qualité permet de rendre explicites certains conflits de critères vécus par les infirmières à Guillain, et les arbitrages qu'elles sont amenées à faire. Toutes les infirmières ont ainsi répondu qu'à Guillain, les contraintes de temps limitent la marge de manœuvre et les obligent à prioriser les traitements oraux au détriment des autres soins. A, C, E et F considèrent aussi les sollicitations des aides-soignantes et des médecins pendant le tour de service comme une situation d'arbitrage conflictuel où elles doivent choisir entre aider leur patient et aider leur collègue de travail ; entre poursuivre son propre travail et venir en aide aux collègues en difficulté pour faire le leur.

La crise de décompensation d'un patient alors que l'infirmière est en train de réaliser des soins auprès d'un autre malade constitue une troisième situation où émerge un conflit de critères. Par exemple, C, D et F évoquent les tentatives de fugue ou les décompensations psychologiques que présentent régulièrement les patients atteints de TC. Les infirmières se trouvent alors dans une position où elles doivent choisir entre poursuivre leur tour ou la tâche qu'elles sont en train de réaliser, et l'interrompre pour s'occuper du patient en crise. A, D et E ajoutent que les blocages et les décompensations des patients parkinsoniens les mettent dans la même situation conflictuelle.

6.4.2.2. Scénario n°2 : Froment

Le scénario à Froment porte également sur 8 patients : 4 SLA, 1 parkinsonien et 3 malades atteints d'une autre pathologie.


Avant de commencer la simulation, les 5 participantes ont rappelé l'importance de consulter les dossiers et la liste des examens programmés. A, C et F tiennent à recueillir des informations dans les transmissions sur la qualité du sommeil des patients SLA et sur leur fonction respiratoire (par exemple, l'occurrence d'une crise respiratoire pendant la nuit ou la veille).

5 critères sont utilisés pour organiser la planification du tour : la pathologie du patient, la prescription de bilans de sang ou non, d'examens externes, de gaz du sang et d'un traitement oral. Toutes les infirmières ont imaginé leur planification en prenant en compte tous les soins prescrits, sauf E, qui a nouveau considère qu'au moment de commencer son tour de service, elle a déjà fait les bilans sanguins et les gaz du sang.

Comme le montre le tableau 6, toutes les infirmières commencent par le patient 1 (SLA, bilan sang + gaz du sang). A, D et F continuent ensuite avec le patient 11 (Parkinson, traitement oral), alors que B

choisit de s'occuper du 13 (SLA, bilan sang) et E du 14 (autre). A la différence de Guillain, on constate ici plus de variabilité dans les choix opérés par les infirmières. Par exemple, A, C et E priorisent les patients SLA qui constituent leurs 5 premières visites, alors que D et F privilégient les patients devant avoir des prises de sang et des gaz du sang. Les patients avec une pathologie « autre » qui ne doivent pas avoir d'examen sont vus en dernier (patient 10).

Tableau N° 6 – Organisation du tour de service d'après la simulation (Froment)

Froment						
	IDE N° A	IDE N° C	IDE N° D	IDE N° E	IDE N° F	
	Visite 1	P16 ● ● ●	P16 ● ● ●	P16 ● ● ●	P16 ● ● ●	P16 ● ● ●
	Visite 2	P11 ●	P13 ● ●	P11 ●	P14 ● ●	P11 ● ●
	Visite 3	P14 ● ●	P11 ● ●	P13 ● ●	P13 ● ●	P13 ● ●
	Visite 4	P15 ● ●	P12 ● ●	P9 ● ●	P9 ● ●	P14 ● ●
	Visite 5	P13 ● ●	P9 ● ●	P12 ● ●	P12 ● ●	P15 ● ●
	Visite 6	P12 ● ●	P14 ● ●	P15 ● ●	P11 ● ●	P9 ● ●
	Visite 7	P9 ● ●	P15 ● ●	P14 ● ●	P10 ● ●	P12 ● ●
	Visite 8	P10 ● ●	P10 ● ●	P10 ● ●	P15 ● ●	P10 ● ●

■ SLA
■ Parkinson
■ Autre

● : bilan sang
● : examen externe
● : gaz du sang
● : traitement oral

Toutes les infirmières s'accordent pour s'occuper en priorité du patient 16, à risque de décompensation respiratoire. D dit que *“bien que nous n'ayons pas d'information sur sa capacité respiratoire, le “combo” de prescriptions te permet déduire que c'est probablement le cas”*. Comme second critère, toutes s'accordent également pour prioriser les patients devant avoir un gaz du sang, non seulement parce que cet examen doit être fait à jeun, mais aussi parce qu'il peut prendre plus de temps que prévu. Les infirmières A, C, D et E expliquent qu'elles organisent leur prise en charge des patients SLA en fonction du degré de stabilité respiratoire qu'elles ont pu observer chez eux la veille ; si elles ne connaissent pas encore les patients, elles commencent par ceux qui sont susceptibles de présenter une crise vitale pendant la matinée. A, C et E précisent qu'elles ont besoin d'informations complémentaires figurant dans les dossiers ou transmises lors de la relève pour savoir s'il faut aller voir le patient 11 (Parkinson) en deuxième ou plus tard. Le degré d'avancée de la maladie du patient de la chambre 11 est une autre information à obtenir pour planifier les soins.

Dans les entretiens, toutes les infirmières affirment que les patients SLA ayant un problème respiratoire sont prioritaires dans la planification ; ceux qui sont plus stables peuvent être vus plus tard. Pour C, D, et F, la possibilité de reporter certains traitements pour les patients SLA permet d'avoir une plus grande marge de manœuvre pour organiser le tour et éviter les interruptions.

Les imprévus peuvent faire naître des conflits. D'abord, toutes les infirmières expliquent que les crises vitales des patients SLA sont un premier facteur d'empêchement du travail, puisqu'elles les obligent à suspendre toute activité. C, D et E considèrent qu'un objectif important du travail de soins à Froment est de pouvoir prévenir ce type de crise, ou au moins éviter qu'elles n'apparaissent de façon aiguë. De leur côté, C, D, E et F estiment que les sollicitations pour des transmissions ou des demandes d'information de la part des médecins ou de collaboration de la part des aides-soignantes

pour la réalisation des soins de base peuvent également générer des conflits et empêchent de poursuivre son propre travail. Enfin, A, C et F évoquent les conflits de critères apparaissant lorsqu'elles sont face à un patient algique ou en fin de vie. Elles essaient alors de passer plus de temps avec lui, ce qui peut être conflictuel lorsque d'autres patients requièrent également de l'attention.

Comme à Guillain, certains critères sont communs à toutes les opératrices, et d'autres sont personnels. La prise en charge des patients SLA est moins conditionnée au respect d'horaires précis qu'à la prévention des crises vitales, à la nécessité de surveiller les patients et à la possibilité de faire les soins techniques avec tranquillité, sans être interrompu ou sans imprévu. D'autre part, il semble qu'avec ce type de patient, l'organisation du tour requiert une plus grande quantité d'informations, par exemple savoir si le patient ressent de la douleur ou a des difficultés pour avaler ou pour respirer. En ce sens, il apparaît que le respect pour les prescriptions et leurs horaires est bien plus soumis à l'évaluation et aux autres critères des infirmières que dans le cas des patients parkinsoniens de Guillain.

7. Discussion

Les résultats que nous venons de présenter nous ont permis de montrer que le processus de construction de la qualité des soins à l'hôpital est un phénomène complexe, qui ne se réduit pas au fait d'administrer des soins et des traitements à une échelle individuelle pour un patient. Les acteurs qui y participent sont multiples et l'organisation joue un rôle fondamental en tant que support de l'activité, en particulier en neurologie.

Les trois techniques mises en œuvre nous ont permis de recueillir des données qui, prises ensemble, permettent de construire un point de vue sur le problème étudié. Nous pouvons mettre en avant trois déductions importantes.

Avant tout, nous avons pu constater que l'activité des infirmières est déterminée par des exigences et des contraintes d'origines diverses qui varient selon la salle. Parmi ces exigences, les plus influentes sont celles qui ont trait à l'interaction avec les patients. Nous avons observé à ce sujet des différences entre les patients de Guillain (Parkinson et trouble du comportement) et ceux de Froment (SLA), au sujet des soins, de leur durée, du handicap, etc. Il existe aussi des exigences provenant des collègues (interruptions, exigences de coopération, interférences) et du système (panne, absence d'un membre de l'équipe, etc.). Nous avons vérifié dans nos résultats que ces exigences peuvent fragiliser la qualité du travail, surtout lorsque les infirmières ont des difficultés à les gérer ou à les faire diminuer.

Nous avons également pu comprendre que les infirmières déploient des initiatives pour gérer chacune de ces exigences dans le but de préserver la qualité du travail. Pour cela, elles mettent en œuvre des actions et des stratégies – individuelles et collectives – afin de produire et de maintenir un travail de qualité dans les deux salles. Au cours de l'étude nous avons pu identifier près de quinze stratégies ; certaines visent à gérer la difficulté à réaliser les soins, d'autres à garantir l'efficacité du travail collectif, ou encore à préserver le système. Les opérateurs, à travers leurs initiatives actives et innovatrices, contribuent à donner un ordre au système dans son ensemble, et pas seulement au patient.

Enfin, les actions et les stratégies que nous avons évoquées se fondent sur des arbitrages qui découlent de règles d'action et de critères préalablement construits individuellement et collectivement. Elles s'appliquent et varient en fonction du contexte dans lequel travaillent les opérateurs. Des actions et des stratégies identiques peuvent être réalisées dans une situation de travail avec des finalités différentes selon le patient en présence. L'application de ces règles et de ces critères se fonde sur des connaissances spécifiques sur la pathologie ainsi que sur les composantes subjectives de l'activité relatives à l'expérience individuelle et collective. Les infirmières que nous avons observées semblent partager des règles d'action et des critères de qualité communs sur le travail, mais elles ont aussi des critères singuliers qui leur sont propres pour mener leurs arbitrages sur la qualité.

Pour comprendre la spécificité de l'activité de soins en neurologie, nous proposons d'interpréter les trois points qui viennent d'être évoqués – exigences, stratégies et critères de qualité – à l'aide du modèle quadripolaire de Weill-Fassina et Caroly (2007) sur les activités de soins. Ce modèle nous permet de concevoir la construction de la qualité du travail comme un processus global intégratif

déterminé par les exigences de différents pôles (patient, système, autres, soi) et par la possibilité de maintenir un équilibre entre eux. Cela nous permet de penser chacune des deux salles comme un système déterminé par ces quatre pôles. La qualité dépend de la possibilité et de la capacité des opérateurs à atteindre et préserver un équilibre entre chacune des exigences et des ressources de chaque pôle. L'ensemble des résultats peut être compris et discuté à partir de ce modèle.

6.1. Préserver la qualité des soins aux patients

Le patient neurologique, en tant qu'objet de travail, constitue bien sûr la principale préoccupation des infirmières évoluant dans ces unités. Comme l'ont montré les résultats, ils présentent différentes formes de handicap et des fluctuations importantes de leur état de santé – physique, comportemental, mental et psychique. Ces caractéristiques sont à l'origine d'une variabilité difficile à anticiper pour les soignants. Ainsi, différentes pathologies impliquent différents types et temps de soins, différents handicaps, qui déterminent aussi le type de contrainte, de ressources, de stratégies, etc.

Les résultats de l'étude montrent des différences importantes quant au type d'exigence associée à chaque prise en charge. A Guillaing, les observations ouvertes et systématiques ont montré que les soignants passent une grande partie de leur journée à distribuer des traitements oraux, à faire des examens internes et à coordonner les déplacements pour les examens externes, et ce dans des temps très brefs. Dans cette salle, le travail se caractérise par une forte contrainte temporelle et des marges de manœuvre limitées, qui obligent les soignants à passer peu de temps avec les patients. Il faut ajouter à cela les exigences émotionnelles et cognitives associées à la surveillance et à la prise en charge des patients souffrant de TC. A Froment, on constate que les soignants ont une plus grande marge de manœuvre temporelle, tout en devant réaliser des soins très longs – parce qu'ils comportent des soins techniques très complexes –, et des interruptions potentiellement fréquentes – à cause des urgences liées aux crises respiratoires. Les infirmières doivent de plus mobiliser d'importantes ressources physiques pour manipuler les patients.

Pour faire les soins programmés, les infirmières réalisent des arbitrages pour adapter au mieux les traitements et les soins à l'état variable du patient. En temps normal, dans toute situation de soin, le patient, selon son niveau d'autonomie, peut participer activement ou passivement à ce travail d'adaptation, accomplissant un rôle de co-producteur du soin (Teiger et al., 2005). Cependant, à cause du handicap des patients neurologiques et de son caractère fluctuant, les soignants peuvent rencontrer des obstacles dans ce processus d'adaptation et de construction des soins. En effet, comme nous l'avons montré dans les résultats, les infirmières sont souvent confrontées à des situations où cette adaptation des soins au patient s'avère difficile ou impossible, parce que le patient ne peut pas s'adapter ou parce qu'il s'y refuse (refus de traitement, incapacité à se mouvoir, à avaler). Ceci implique que l'infirmière, avant de donner un traitement ou d'appliquer un soin, devra chercher la meilleure manière d'agir pour compenser la situation de handicap du patient et faire un soin de qualité. A cette fin, les infirmières vont avoir recours à divers instruments (cuillère, aliments, lève-personnes), demander de l'aide à un collègue (pour installer le patient, aider à le perfuser, etc.) ou échanger le soins avec une collègue.

Nous avons pu constater au fil de l'étude que les infirmières doivent pouvoir gérer et arbitrer – au niveau individuel et collectif – une grande partie de ces exigences et variabilités de manière

simultanée ; c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas de construire la qualité pour *un* patient, mais pour tous les patients de la salle. Ainsi, les infirmières doivent planifier les soins en anticipant au maximum les aléas, et aussi réaliser une multitude d'arbitrages entre différentes exigences et critères de qualité (sécurité, confort, efficacité, etc.) en relation à tous les soins de la salle. Sur le plan collectif, ceci oblige les infirmières et les autres professionnels – essentiellement les aides-soignants – à réaliser diverses formes de synchronisation et de travail collectif (coopérations augmentatives, collaborations, entraide, etc.).

Les arbitrages et la gestion des exigences varient de manière importante selon la salle où se trouve l'opérateur et le type de patient. A Guillain par exemple, les arbitrages liés aux soins aux parkinsoniens sont fortement déterminés par le respect des règles théoriques de prescription (cf. cas n°1), même lorsque le résultat de ces arbitrages génère des conflits entre la rapidité et la qualité ou le *cure* et le *care*. A Froment en revanche, les prescriptions des patients SLA requièrent en permanence d'être complétées par les connaissances et par les évaluations réalisées par l'infirmière en situation (cf. cas n°12) ; dans certains cas, la transgression des horaires de prescriptions peut même être acceptée par l'organisation (cf. cas n°11). De cette façon, les opérateurs s'organisent et adaptent leurs critères et leurs règles d'action en fonction du contexte de soins.

Pour faire face aux exigences et aux arbitrages, les infirmières élaborent des stratégies individuelles et collectives orientées à préserver la qualité de soin aux patients. Ces stratégies – d'anticipation ou de réaction – permettent de gérer les ressources afin de dispenser les meilleurs soins possibles dans une marge temporelle n'empiétant pas sur le reste des soins programmés. Dans chacune des salles, les opérateurs élaborent et mettent en jeu des stratégies en fonction de critères de qualité construits et partagés.

6.2. Préserver la qualité du travail des autres

Comme l'ont montré les données recueillies dans les entretiens, il est fondamental de préserver la qualité dans le travail avec les autres pour atteindre un travail de qualité en neurologie. Il n'est pas question ici de réaliser un soin à plusieurs ni de collaborer dans la tâche de l'autre, il s'agit plutôt d'avoir la possibilité de se coordonner et de se synchroniser afin de préserver la qualité du travail de chacun. Ceci est particulièrement important en neurologie. En effet, de nombreux soins et actions auprès du patient doivent se faire avec l'aide d'un autre professionnel (manipulation, soin de base, soin technique, etc.). De plus, la qualité du travail d'un opérateur dépend de la qualité de celui des autres (par exemple, si une infirmière ne parvient pas à donner un médicament à un patient à jeun, l'aide-soignant ne peut pas lui donner son petit-déjeuner et le médecin ne peut pas faire sa visite).

Le patient neurologique reçoit des soins de nombreux professionnels différents, paramédicaux et médicaux. Ils doivent régulièrement sortir du service pour passer des examens externes. Le travail des autres professionnels interfère donc très régulièrement avec celui des infirmières. Nous avons pu l'observer à Guillain par exemple, où les nombreuses visites médicales, visites de professionnels paramédicaux et examens externes obligent très souvent les infirmières à empêcher leur propre activité ou celle des autres.

Au cours de l'étude nous avons identifié des stratégies visant à préserver la qualité du travail des autres (cas n°9, 10, 13, 14). Il ne s'agit pas de bénéficier de la performance de l'un ou de l'autre, mais de bénéficier de la performance des deux indépendamment. Ces stratégies peuvent dépendre du fait que les opérateurs disposent d'un référentiel commun (Leplat, 2000) et que chacun connaisse le travail de l'autre (Nascimento et al., 2013).

6.3. Préserver la qualité du système

Lors des observations ouvertes et des entretiens de terrain, on a pu observer des dysfonctionnements et des défauts du système empêchant le travail des salles en général et des infirmières en particulier. Les observations systématiques en ont également fourni plusieurs exemples (observations n°1, 2, 5, 6, 7). Les deux auto-évaluations négatives exprimées par les infirmières (observations n°2 et 7) avaient à voir avec ces problèmes.

L'ensemble des données met en évidence l'importance de l'organisation pour la réalisation d'un travail de soins de qualité. C'est elle qui fournit les moyens matériels et les conditions de travail. C'est également elle qui fixe le cadre formel avec ses normes et ses procédures. Les deux dimensions peuvent fonctionner comme un déterminant de la fragilisation de la qualité des soins.

Dans le chapitre antérieur, nous avons présenté plusieurs exemples décrivant le rôle actif des infirmières pour gérer ce type de dysfonctionnement, le plus souvent sans problème. Certaines initiatives, comme s'absenter du service pour apporter des examens au laboratoire ou pour aller chercher des médicaments, constituent des transgressions des règles en vigueur, mais sont admises par les pairs et par l'encadrement. Néanmoins, elles impliquent des arbitrages difficiles, par exemple quand l'infirmière doit quitter son poste, et particulièrement quand les marges de manœuvre sont étroites.

Les résultats nous ont montré différentes stratégies individuelles et collectives pour préserver le fonctionnement du système dans les deux salles. Cependant, en considérant que tout système de soins présente des failles et génère des décalages entre la prise en charge idéale et la prise en charge réelle (Vincent et Amalberti, 2006), on peut se demander si ces actions sont réellement des stratégies, ou si elles ne sont pas plutôt purement et simplement des réponses aux déficiences du système.

Quoi qu'il en soit, pouvoir évoluer dans un système non seulement adapté mais aussi et surtout adaptable (Falzon, 2013a) paraît fondamental pour la construction d'un travail de qualité en neurologie. A cause du type de patients, du nombre d'acteurs qui participent à la prise en charge et du nombre de processus associés, l'organisation doit être utilisable et doit favoriser une réaction efficace face aux différentes exigences.

6.4. Préserver la qualité en relation à soi-même

Pour faire un travail de qualité, les infirmières doivent mobiliser des ressources qui leur permettent d'agir sur les exigences qui surgissent au sein de chaque pôle. Cependant, chacune de ces exigences a un impact spécifique dans le monde interne des infirmières.

L'interaction avec le patient dépend de la pathologie dont il souffre et de l'état dans lequel il se trouve à un certain moment (handicap, fin de vie, douleur). En général, les infirmières tentent d'établir des critères d'équité pour administrer les traitements et les soins en fonction des patients qu'elles considèrent comme prioritaires, en articulant la prescription théorique et les critères incorporés. Ainsi, quand elles le peuvent, les infirmières décalent les traitements ou consacrent moins de temps aux soins des patients autonomes, au bénéfice des plus dépendants. Cependant, lorsque le temps est très limité et que presque aucun type d'interaction n'est possible, le travail est vécu comme très insatisfaisant par les infirmières.

Quant à la dimension émotionnelle de l'interaction, elle détermine les formes de co-pilotage et les stratégies de gestion avec le patient (Cerf et al., 2004), et elle peut être emprunte d'ambivalence dans certains cas (avec les patients atteints de TC par exemple).

La relation avec le système est un axe central pour mettre en oeuvre les ressources et organiser le travail. La plupart des infirmières perçoivent le système comme déficient, au sens où il présente des dysfonctionnements récurrents qui empêchent bien souvent de réaliser un travail de qualité. Une grande partie des déterminants de la qualité mentionnés par les opératrices ont à voir avec le système, à Froment comme à Guillaïn.

Enfin, l'interaction avec les "autres" varie beaucoup en fonction de qui on parle. Les interactions avec les infirmières et les aides-soignants sont considérées comme un recours lorsque ces collègues partagent une manière commune de faire le travail. Il existe un respect pour le travail de chacun. Dans le cas des médecins et des professionnels paramédicaux, dans les moments informels, les infirmières ont décrit la relation comme plus distante, et parfois comme une source de contraintes quand elle n'est pas fluide. En général, la relation avec les collègues est considérée comme de qualité quand elle contribue à l'organisation de tous.

8. Limites et perspectives

8.1. Limites de l'étude

La première limite de cette étude réside dans le biais lié à son auteur. N'étant pas francophone, les omissions, les mésinterprétations dues à sa compréhension limitée du français sont possibles, en particulier dans les observations ouvertes et les entretiens de terrain, qui n'ont été "enregistrés" qu'à l'aide d'un papier et d'un crayon. De plus l'auteur a eu une expérience professionnelle en milieu hospitalier pendant près de dix ans dans un pays étranger, où les conditions de travail et les ressources à disposition des professionnels sont bien plus précaires.

Concernant la stratégie de recherche, si elle a permis de montrer divers éléments aidant à comprendre comment se construit la qualité du point de vue des opérateurs et de l'organisation, l'approche s'avère limitée pour mettre en évidence les résultats objectifs de la qualité produite ainsi que la qualité selon le point de vue du patient. Nous pensons qu'il conviendrait d'élargir le point de vue sans se limiter à celui des opérateurs.

Un troisième aspect concerne le manque de cohérence dans les représentations théoriques existant dans différentes disciplines au sujet de la qualité. En ergonomie et dans les sciences sociales du travail, la notion de qualité du travail n'est pas homogène et est parfois abordée de façon très générale. La notion telle qu'elle est utilisée en ergonomie ou en clinique de l'activité ne coïncide pas avec l'usage qui en est fait dans d'autres disciplines ou dans des études réalisées à l'étranger. Dans certains cas, la notion de "qualité" est très liée à celle de "sécurité", dans d'autres à celle de "qualité du produit". Ainsi, de nombreux auteurs non francophones ne reconnaissent pas une dimension subjective à la qualité.

8.2. Perspectives

Cette étude a permis de développer une approche ergonome sur la qualité du travail au niveau organisationnel dans le milieu hospitalier. L'amélioration de la qualité et de la sécurité du patient dans les soins de santé constitue un grand défi à l'heure actuelle, néanmoins, la recherche s'y intéresse peu, et encore moins avec une approche globale.

Ce travail a également été l'occasion de s'intéresser à l'activité de soins dans un service de neurologie, terrain peu étudié par l'ergonomie et par les sciences humaines en général. La plupart des études sur les conditions de travail ou sur la sécurité du patient ont été menées dans des secteurs traditionnellement considérés comme à haut risque, comme la chirurgie, les urgences ou la radiologie. Il existe beaucoup moins de travaux sur des terrains liés à la santé mentale ou aux affections du système nerveux.

Enfin, cette étude apporte une contribution à l'ergonomie sur un sujet largement évoqué ces dernières années, mais ayant peu fait l'objet de travaux de recherche. Nous souhaitons donc qu'elle constitue le point de départ d'une ligne de recherche en ergonomie sur la qualité du travail.

9. Bibliographie

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Sermeus, W., & RN4CAST Consortium. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International journal of nursing studies*, 50(2), 143-153
- Amalberti, R. (1995). Chapitre Anticipation, dans Vocabulaire de l'ergonomie (de Montmollin, M., Éd.), pages 42–43. Toulouse (France) : Octarès.
- Amalberti, R. (1996). La conduite de systèmes à risques. Paris: PUF
- Amalberti, R. (2001). La maîtrise des situations dynamiques. *Psychologie Française*, 46 :107 –117.
- Amalberti, R. (2013). Piloter la sécurité: Théories et pratiques sur les compromis et les arbitrages nécessaires. Springer Science & Business Media.
- Arnaudo B, Léonard M, Sandret N, Cavet M, Coutrot T, Rivalin R, et al. (2013). Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs. *Dares Analyses 2013* ; (10).
- Arnoud. J. & Falzon. P. (2014). Favoriser l'émergence d'un collectif transverse par la co-analyse constructive des pratiques. *Le travail humain*, 77(2), 127-153.
- Arnoud. J. & Falzon. P. (2017). Intervenir "sur" l'organisation: vers un cadre méthodologique. *Ulmann. A. L. Weill-Fassina. A.. Benchekroun, H (Eds.) (2017). Intervenir – Histoires, recherches, pratiques*. Toulouse : Octarès, 2017.
- Avila Assunção, A. (1998). *De la déficience à la gestion collective du travail : les troubles musculo-squelettiques dans la restauration collective*. Thèse de doctorat d'ergonomie, Paris V: Ecole pratique des hautes Etudes.
- Belorgey, N. (2016). *L'hôpital sous pression: enquête sur le " nouveau management public"*. Paris: La Découverte.
- Benchekroun, T. H., & Weill-Fassina, A. (Eds.). (2000). *Le travail collectif en ergonomie: perspectives actuelles en ergonomie*. Toulouse (France) : Octarès.
- Bruant-Bisson A, Castel, P- (2012). Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé. *Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales..* <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article287>
- Caroly, S. (2010). *L'activité collective et la réélaboration des règles : des enjeux pour la santé au travail*. Habilitation à diriger des recherches mention ergonomie, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, France.
- Caroly, S. (2010). *Activité collective et réélaboration des règles: des enjeux pour la santé au travail* (Doctoral dissertation, Université Victor Segalen-Bordeaux II).
- Caroly, S. (2016) Collective du travail en Vallery, G., Bobillier-Chaumon, M. E., Brangier, E., & Dubois, M. (2016). *Psychologie du travail et des organisations: 110 notions clés*. Dunod. 101-104

- Caroly, S., & Barcellini, F. (2013). Le développement de l'activité collective. In *Ergonomie constructive* (pp. 33-46). Presses universitaires de France.
- Caroly, S., & Clot, Y. (2004). Du travail collectif au collectif de travail: développer des stratégies d'expérience. *Formation emploi*, 88(1), 43-55.
- Caroly, S., & Weill-Fassina, A. (2007). En quoi différentes approches de l'activité collective des relations de services interrogent la pluralité des modèles de l'activité en ergonomie?. *Activités*, 4(4-1).
- Caroly, S., Moisan, S., Juret, I., Brinon, C., Guillo-Bailly, M. P., & Roquelaure, Y. (2009). Instruments de manutention des malades, usage du corps et appropriation des gestes collectifs des soignants. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (11-2).
- Carthey J, Walker S, Deelchand V, Vincent C, Griffiths WH (2011) Breaking the rules: understanding non-compliance with policies and guidelines. *British Medical Journal*, 343:d5283
- Catchpole, K., & Jeffcott, S. (2016). Human Factors and Ergonomics Practice in Healthcare. In Schorrock & Williams (Eds.), *Human Factors and Ergonomics in Practice: Improving System Performance and Human Well-Being in the Real World*, 181.
- Cerf, M., & Falzon, P. (2005). 1. Une typologie des situations de service. In *Situations de service: travailler dans l'interaction* (pp. 3-19). Paris: PUF
- Cerf, M., Valléry, G., & Boucheix, J. M. (2004). 34. Les activités de service: enjeux et développements. In P. Falzon (Eds.) *Ergonomie* (pp. 565-581). Paris: PUF.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris: PUF
- Clot, Y. (2004). 19. Travail et sens du travail. In *Ergonomie* (pp. 317-331). Paris: PUF
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur: pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte.
- Compagnon, C., & Ghadi, V. (2009). La maltraitance «ordinaire» dans les établissements de santé. *Étude sur la base de témoignages*. Saint-Denis: HAS.
- Cordesse V, Meininger V. (2012) Parcours de soins : exemple d'une maladie neurodégénérative. In Grimaldi A, (Eds). *Éducation thérapeutique : l'évaluation* (p. 13-8). Paris: Éditions scientifiques.
- Cordesse, V., Jametal, T., Guy, C., Lefebvre, S., Roussel, M., Ruggeri, J., & Meininger, V. (2013). Analyse du parcours de santé au cours des maladies neurologiques handicapantes et évolutives. *Revue Neurologique*, 169(6), 476-484.
- Cru, D. (2016). Les règles du métier. *Travailler*, (1), 35-52.
- Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47(3):363-85.
- Cuvelier, L. (2016). *Agir face aux risques, regard de l'ergonomie*. Numéro 2016-01 de la Collection *Les Regards sur la sécurité industrielle*, Fondation pour une culture de sécurité industrielle, Toulouse, France.

Daniellou, F. (2008). Développement des TMS: désordre dans les organisations et fictions managériales. *2ème congrès francophone sur les troubles musculo-squelettiques: de la recherche à l'action*.

Daniellou, F., Boissières, I., & Simard, M. (2010). *Les facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle: un état de l'art*. de la Collection *Les Regards sur la sécurité industrielle*, Fondation pour une culture de sécurité industrielle, Toulouse, France.

Davezies, P. (2005). La santé au travail, une construction collective. *Santé et travail*, 52, 24-28.

Davezies, P. (2006). Chapitre Une affaire personnelle ?, In L. Théry (Eds), *Le travail intenable* (pp. 138–168). Paris : La Découverte.

Davis RE, Sevdalis N, Vincent CA (2011) Patient involvement in patient safety: how willing are patients to participate? *BMJ Quality & Safety*, 20(1): 108-114

De la Garza, C., & Weill-Fassina, A. (2000). Régulations horizontales et verticales du risque. In A. Weill-Fassina, A., & T.H. Benchekroun (Eds.), *Le travail collectif: perspectives actuelles en ergonomie* (pp. 217-234). Toulouse: Octarès Éditions

De Terssac, G. & Lompre, N. (1996) Pratiques organisationnelles dans les ensembles productifs : essai d'interprétation. In J.C. Spérandio (Eds) *L'ergonomie face aux changements technologiques et organisationnels du travail humain*. Toulouse : Octarès.

de Terssac, G. (2011). 4. Théorie du travail d'organisation. In B. Maggi (Eds.), *Interpréter l'agir: un défi théorique* (pp. 97-121). Paris: PUF.

De Vries E., Prins H., Crolla R., den Outer A., van Andel G, van Helden S., Boermeester M. (2010) Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *The New Englan Journal of Medicine*, 363(20): 1928-1937

De Vries E., Ramrattan M., Smorenburg S., Gouma D., Boermeester M. (2008) The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality & Safety in Health Care*, 17(3):216-223

Dejours, C., Dessors, D., & Molinier, P. (1994). Comprendre la résistance au changement. *Documents du médecin du travail*, 58(2), 112-117.

Delgoulet, C. & Vidal-Gomel, C. (2013). Le développement des compétences : une condition pour la construction de la santé et de la performance au travail. Dans *Ergonomie constructive* (pp. 17-32). Paris: Puf.

Detchessahar, M., & Grevin, A. (2009). Un organisme de santé... malade de «gestionnite». In *Annales des Mines-Gérer et comprendre* (No. 4, pp. 27-37). ESKA

DGOS., Direction générale de l'offre de soins. Synthèse annuelle des données sociales hospitalières. Année (2008 Paris: Ministère du travail de l'emploi et de la santé; 2008. Téléchargeable gratuitement sur : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Dgos/Publications/2011/Synthese_annuelle_des_donnees_sociales_hospitalieres_2008_des_etablissements_publics_de_sante.pdf

Douguet F, Munoz J, Leboul D. (2005) Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants. Série études n°48. Paris: Ministère de l'emploi de la cohésion sociale et du logement; Ministère de la santé et des solidarités; 2005.

- Duclay, E., Hardouin, J. B., Sébille, V., Anthoine, E., & Moret, L. (2015). Exploring the impact of staff absenteeism on patient satisfaction using routine databases in a university hospital. *Journal of nursing management*, 23(7), 833-841.
- Estryn-Béhar M. (2008) Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Rennes: EHESP.
- Estryn-Béhar, M.. (2011). *Ergonomie hospitalière: Théorie et pratique*. Toulouse (France) : Octarès.
- Falzon, P. (2004). Nature, objectifs et connaissances de l'ergonomie: Éléments d'une analyse cognitive de la pratique. In *Ergonomie* (pp. 15-35). Paris : PUF.
- Falzon, P. (2016). Ergonomie constructive: le développement comme objectif et comme moyen du changement des organisations du travail et du maintien en emploi. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 77(3), 362.
- Falzon, P., & Teiger, C. (2011). Ergonomie, formation et transformation du travail. In Carré et Caspas (Eds.), *Traité des sciences et des techniques de la formation* (pp. 143-159). Dunod.
- Falzon, P., Dicioccio, A., Mollo, V., & Nascimento, A. (2014). Qualité réglée, qualité gérée. In D. Lhulilier (Eds.), *Qualité du travail, qualité au travail*, (27-40). Toulouse (France) : Octarès.
- Falzon, P., Nascimento, A., Gaudart, C., Piney, C., Dujarier, M. A., & Germe, J. F. (2012). Performance-based management and quality of work: an empirical assessment. *Work*, 41(Supplement 1), 3855-3860.
- Fleitman, J. (2008). *Evaluación integral para implantar modelos de calidad*. México: Editorial Pax.
- François, P., Giraud, P., Mollo, V., & Lartigau, E. (2010). La gestion des risques en radiothérapie. *Bulletin du Cancer*, 97(7), 873-880.
- Garcia, F., Hélène, D., Ravache, A. E., Bitot, T., Chaumon, E., Milanini-Magny, G., & Estryn-Béhar, M. (2011). Isolement, parcellisation du travail et qualité des soins en gériatrie. *Activités*, 8(8-1).
- Gawande A, Zinner M, Studdert D, Brennan T (2003). Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery* 2003;133(6):614-21.
- Geiger-Brown J, Rogers V, Trinkoff A, Kane R, Bausell R, Scharf S. Sleep, sleepiness, fatigue, and performance of 12-hour-shift nurses. *Chronobiol Int* 2012;29(2):211-9
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge : Harvard University Press.
- Gonon O. Des régulations en lien avec l'âge, la santé et les caractéristiques du travail : le cas des infirmières d'un centre hospitalier français. *Perspect Interdisciplin Trav Santé*, 2003;5(1)
- Gonon, O., Barthe, B., & Gindro, G. (2009). Organisation du travail à l'hôpital: Comprendre l'articulation des temporalités pour agir sur la transformation des situations de travail. *Actes du 44ème congrès de la SELF*, 183-203.
- Guérin, F., Laville, A., & Daniellou, F. (1997). *Comprendre le travail pour le transformer: la pratique de l'ergonomie*. Lyon : Ed. de l'Anact.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la investigación* (Vol. 707). McGraw-Hill: México.

- Herreros, G. (2007). L'hôpital à l'épreuve des réformes. Entre institution et organisation. *Socio-anthropologie*, (21), 23-36.
- Hignett, S., Jones, E. L., Miller, D., Wolf, L., Modi, C., Shahzad, M. W, & Catchpole, K. (2015). Human factors and ergonomics and quality improvement science: integrating approaches for safety in healthcare. *BMJ Quality & Safe*, 24(4), 250-254.
- Inspection générale des affaires sociales, Zeggar H, Vallet G, Tercerie O. Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. Paris: La documentation Française; 2010.
- Jones S, Rudin R, Perry T, Shekelle P (2014) Health information technology: an updated systematic review with a focus on meaningful use. *Annals of Internal Medicine*, 160:48-54
- Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and metaanalysis. *Medical Care* 2007;45(12):1195-204.
- Kostulski, K. (2000). Communication et accomplissement collectif de l'activité: une perspective conversationnelle. Appliquée aux transmissions dans les équipes de soin à l'hôpital. *Actes Congrès SELF*, 418-427.
- Kostulski, K. (2011). Formes et fonctions psychologiques des réalisations langagières: vers une Psychologie concrète du langage. *Synthèse des travaux en vue d l'Habilitation à Diriger des Recherches*, Université Paris 8.
- Leplat, J. (1991). Activités collectives et nouvelles technologies. *Revue internationale de Psychologie sociale*, 4, 335-356.
- Leplat, J. (2000). *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie: aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes*. Toulouse : Octarès.
- Leplat, J. (2014). Aperçu sur les critères à la lumière de l'histoire. In D. Lhulilier (Eds.), *Qualité du travail, qualité au travail*, (27-40). Toulouse (France) : Octarès.
- Litim, M., & Kostulski, K. (2006). Le diagnostic d'une activité complexe en gériatrie. *Nouvelle revue de psychosociologie*, (1), 45-54.
- Malet, D., & Benchekroun, T. H. (2012). Comprendre la manutention de patient pour la valoriser: une voie de construction de la santé des soignants. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (14-1).
- Marc J., & Amalberti, R. (2002). Contribution individuelle la sécurité du collectif : l'exemple de la régulation du Samu. *Le travail humain*, 65(3), 217-242.
- Martin, C. & Gadbois, C. (2004). L'ergonomie à l'hôpital. Dans P. Falzon (Eds.), *Ergonomie* (pp. 603-619). Paris: PUF.
- Mas B, Pierru F, Smolski N, Torrielli R (2011). *L'hôpital en réanimation : Le sacrifice organisé d'un service public emblématique*. Vulaines-sur-Seine: Edition du Croquants.
- McCulloch, P., Kreckler, S., New, S., Sheena, Y., Handa, A., & Catchpole, K. (2010). Effect of a "Lean" intervention to improve safety processes and outcomes on a surgical emergency unit. *British Medical Journal*, 341, c5469.

- Miossec Y. et Rouat S. (2016) Qualité du travail et santé. In G. Vallery (Eds.). *Psychologie du travail et des organisations: 110 notions clés*, (pp. 346-348). Paris : Dunod.
- Molinier, P. (2000). Travail et compassion dans le monde hospitalier. *Les Cahiers du genre*, 29(9), 49-70.
- Molinier, P. (2006). *Les enjeux psychiques du travail*. Paris : Payot..
- Mouchet, A., Demeslay, J. & Bertrand, C. (2017). Coopérer en régulation médicale au Samu centre 15 : l'expérience subjective des médecins urgentistes. *Le travail humain*, vol. 80,(2), 133-160.
- Munoz. M. I. (2016). «Prendre soin» du travail: dispositifs de gestion du flux et régulations émergentes en radiothérapie. Thèse d'ergonomie, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.
- Murphy MF, Waters JH, Wood EM, Yazer MH (2013) Transfusing blood safely and appropriately. *British Medical Journal*, 347:f4303
- Nascimento. A. (2009). *Produire la santé. produire la sécurité: développer une culture collective de sécurité en radiothérapie*. Thèse d'ergonomie, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.
- Nascimento, A., Cuvelier, L., Mollo, V., Dicioccio, A., & Falzon, P. (2013). Construire la sécurité: du normatif à l'adaptatif. In *Ergonomie constructive* (pp. 103-116). Presses Universitaires de France.
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine* ;346(22):1715- 22.
- Nyssen, A. S., & Cote, V. (2010). Motivational mechanisms at the origin of control task violations: An analytical case study in the pharmaceutical industry. *Ergonomics*, 53(9), 1076-1084.
- Olds D & Clarke S. (2010). The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *Journal of Safety Research*, 2010;41(2):153-62.
- Ombredane, A., & Faverge, J. (1958). *L'analyse du travail*. Paris : PUF.
- Pernet, A. (2013). *Coproduire un soin sûr et efficace: le développement des capacités des patients en radiothérapie*. Thèse d'ergonomie, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.
- Petit, J. (2005). *Organiser la continuité du service: intervention sur l'organisation d'une mutuelle de santé*. Thèse d'ergonomie, Bordeaux 2, Bordeaux.
- Petit, J., & Coutarel, F. (2013). L'intervention comme dynamique de développement conjoint des acteurs et de l'organisation. In P. Falzon (2013) *Ergonomie constructive* (pp. 131-146). Presses Universitaires de France.
- 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.
- Pittet D, Panesar SS, Wilson K, Longtin Y, Morris T, Allan V, Storr J, Cleary K, Donaldson L (2011) Involving the patient to ask about hospital hand hygiene: a National Patient Safety Agency feasibility study. *Journal of Hospital Infection*, 77(4):299-303
- Raspaud, A. (2014). *De la compréhension collective de l'activité réelle à la conception participative de l'organisation: plaidoyer pour une intervention ergonomique capacitante*. Thèse d'ergonomie, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.

- Raymond, G. (2010). "Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité, sous la direction de Pascale Molinier, Sandra Laugier et Patricia Paperman ". *Sociétés et jeunesses en difficulté* (Numéro hors série), mis en ligne le 25/03/10, Consulté le 05/07/17 <http://sejed.revues.org/index6658.html>.
- Rogalski, J. (1994). Formation aux activités collectives. *Le Travail humain*, 57 (4), 367-386.
- Six-Touchard, B., & Falzon, P. (2013). L'auto-analyse du travail: une ressource pour le développement des compétences. In P. Falzon (Eds.) *Ergonomie constructive* (pp. 237-249). Paris: PUF.
- Stingre, D. (2012). *Le service public hospitalier: «Que sais-je?»* n° 3049. Paris: PUF.
- Taylor BB, Marcantonio ER, Pagovich O, Carbo A, Bergmann M, Davis RB, Weingart SN (2008) Do medical inpatients who report poor service quality experience more adverse events and medical errors? *Medical Care*, 46(2):224-228
- Taylor SP, Ledford R, Palmer V, Abel E (2014) We need to talk: an observational study of the impact of electronic medical record implementation on hospital communication. *BMJ Quality & Safety* 23(7):584-588
- Teiger, C., Cloutier, E., & David, H. (2005). 9. Les activités de soins à domicile: soigner et prendre soin. In *Situations de service: travailler dans l'interaction* (pp. 179-204). Presses Universitaires de France.
- Teiger, C., Cloutier, E., & David, H. (2005). 9. Les activités de soins à domicile: soigner et prendre soin. In M. Cerf & P. Falzon (Eds.), *Situations de service: travailler dans l'interaction* (pp. 179-204). Presses Universitaires de France.
- Teiger, C., Cloutier, E., David, H., & Prévost, J. (1998). Le Temps de la restitution collective des résultats de recherche dans les dynamiques de l'intervention. Le cas du travail de soins à domicile au Québec. 33 e *Congrès de la SELF*.
- Terraneo, F., Seferdjeli, L., & Diby, M. (2010). Le «tour de lit» aux soins intensifs: représentations et prise d'information. *Le travail humain*, 73(4), 339-359.
- Toupin, C. (2005). L'élaboration des stratégies de travail nocturnes: le cas d'infirmières de nuit d'un service de pneumologie français. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (7-1).
- Van Belleghem, L., De Gasparo, S., & Gaillard, I. (2013). Le développement de la dimension psychosociale au travail. In P. Falzon (Eds.), *Ergonomie constructive* (pp. 47-60). Paris : PUF.
- Van Daele A. & Carpinelli F. (2001). La planification dans la gestion des environnements dynamiques : quelques apports récents de la psychologie ergonomique. *Psychologie Française*, 46, 143-152.
- Villatte, R. (1993). *Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital: faire siens les outils du changement*. Paris : Interéditions.
- Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). *Seguridad del Paciente*. Madrid: Modus Laborandi.
- Wachter R. (2015) *The digital doctor*. New York: McGraw Hill.
- Wears R., Woods D. (2007) Always adapting. *Annals of Emergency Medicine*. 50(5):517-519

Weiner JP, Fowles JB, Chan KS (2012) New paradigms for measuring clinical performance using electronic health records. *International Journal Quality in Health Care* 24(3):200-205

ANNEXES

Annexe N ° 1 Description des observables actions des soignants

Phase de soins (variables)	Indicateurs (modalités)	Codes
Soins techniques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicaments oral ▪ Médicaments suppositoire ▪ Médicaments intraveineux ▪ Voie d'abord (perfusion) ▪ Sonde ▪ Surveillance ▪ Paramètres (pression, température, glycémie) ▪ Prélèvements sanguins ▪ Autres bilans biologiques 	MO MS MI Perf So SUR CONS BSAng Bautre
Soins de base	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toilette (Lit-Lavabo-Douche) ▪ Soins Bouche - Yeux ▪ Capiluve - Rasage ▪ Change (=toilette+change) ▪ Effleurage points d'appui ▪ Changement position ▪ Pose étui pénien ▪ Alimentation (Aide ou non) ▪ Mobilité transfert lit – fauteuil ▪ Aide à la marche ▪ Bionettoyage Chambre Mobilier 	TL, TLA, TD SB CR CH EP CP PEP AA MTF AM BCh
Soins éducatifs et relationnels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Education et formation ▪ Prise en charge psychologique 	Edu PSY
Soins indirects	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recueil d'informations du soin (dossier, logiciel, collègues) ▪ Préparation médicament ▪ Préparation du matériel pour les soins techniques ▪ Préparation soins de base ▪ Préparation et/ou envoi des examens ▪ Recherche de matériel (reserve) ▪ Recherche des repas ▪ Préparation des repas ▪ Transmissions écrites ▪ Transmissions orales 	RINF PM PST PSB PSE RM RR PR TE TO
Autres	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Commander les repas ▪ Changer les poubelles ▪ Téléphone ▪ Pause 	Com Pub Tel Pause

Annexe N° 2 Protocole d'entretiens: Infirmière

Infirmière	
I. Entretien semi-directif	
Présentation	Présentation de l'étude Temps? Autorisation d'enregistrer ? Entretien confidentiel et anonyme.
Qualité des soins et performance	<p>Selon vous, dans votre travail dans les deux unités d'hospitalisation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Pour vous qu'est-ce que faire un travail de qualité ? Votre définition de la performance ?</i> 2. <i>Qu'est-ce que faire une administration de médicaments de qualité ?</i> 3. <i>Qu'est-ce que faire un soin technique de qualité ?</i> 4. <i>Qu'est-ce que faire une transmission de qualité ?</i> 5. <i>Selon vous qu'est-ce qu'une équipe de soignants de qualité ?</i> <p>*Explorer : conditions, expérience, compétences, différences Fromment/Guillain</p>
Déterminants de la qualité du soin	<ol style="list-style-type: none"> 6. <i>Quels éléments vous semblent indispensables pour pouvoir faire un travail de qualité dans les deux salles ?</i> 7. <i>Quels éléments ou incidents peuvent empêcher la réalisation d'un travail de qualité ?</i> <p>*Explorer : conditions, expérience, compétences, différences Fromment/Guillain, risque de réduction des effectifs</p> <p>*Essayer de distinguer : matin, après-midi ou week-end.</p>
Effets de la qualité du soin	<ol style="list-style-type: none"> 7. <i>Quelle est votre opinion sur la performance du point de vue de la qualité ? Vous sentez-vous en mesure de faire un travail de qualité ?</i> 8. <i>Quelle est votre opinion sur la performance de l'équipe du point de vue de la qualité du travail ? Quel est l'impact de la performance de l'équipe sur les résultats concernant la santé du patient ?</i>
II. Scénarios	

9. Vous êtes du matin à Guillain et vous devez faire votre tour de service. Vous avez 8 patients à votre charge et vous devez réaliser les prescriptions suivantes pendant le premier tour.

Patient	Prescription	Patient	Prescription
P1 Autre	<ul style="list-style-type: none"> • Constantes • Ttt x 3/j • Bilan sanguin 	P5 Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan sang (8 h) • Constantes • Ttt. Tous les 2 ou 3h • Surveillance mobilité • Injection ss/cut le soir + hydrata^o s/cut
P2 Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Ttt toutes les 2/3h (per Os) • Surveillance mobilité • Pompe /s cut (Apakinon) à 20h + Injet^o /s-cut 	P6 Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place cassette + pompe duodopa • Pansement sonde jéjunostomie • Ttt per Os 3x/j • Constantes • Injections /s cut
P3 T. Comportemental	<ul style="list-style-type: none"> • Constantes • Bilan Sanguin • Examens externes • Surveillance comportement 	P7 Autre	<ul style="list-style-type: none"> • Constantes • Tt 3x/J • Bilan sanguin
P4 T. Comportemental	<ul style="list-style-type: none"> • Constantes • Bilan Sanguin • Examens externes • Surveillance comportement 	P8 Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Constantes • Ttt tous les 2 ou 3 heures • Injection /s-cut • Surveillance mobilité (blocage dyskinésie)

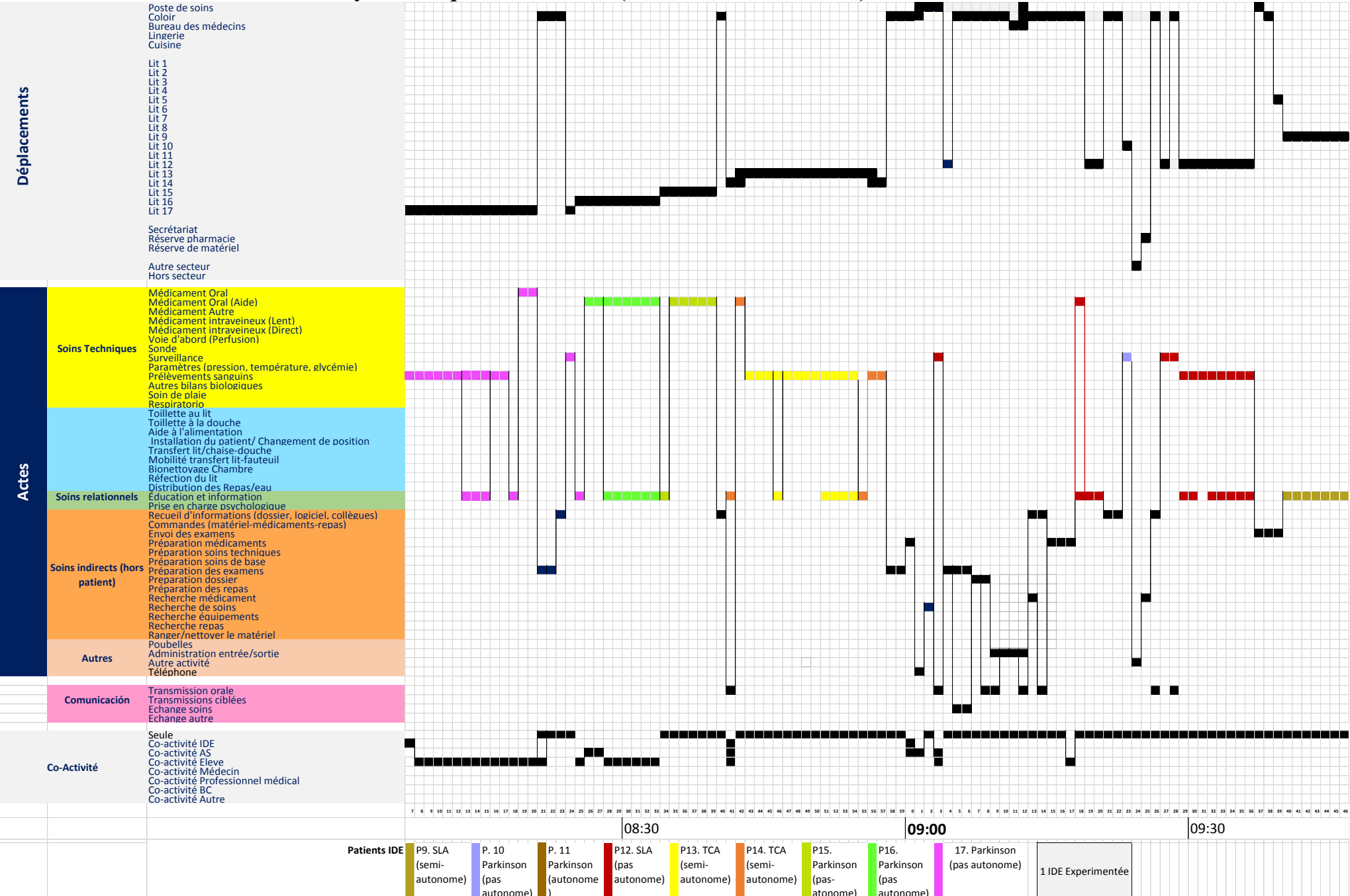
- Comment vous organisez-vous pour faire un travail de qualité (précisez les ressources et les conditions dont vous avez besoin pour que ce soit possible) ?
- Qu'est-ce qui pourrait vous empêcher de réaliser un travail de qualité ?

10. Vous êtes du matin à Fromment et vous devez faire votre tour de service. Vous avez 8 patients à votre charge et vous devez réaliser les prescriptions suivantes pendant le premier tour :

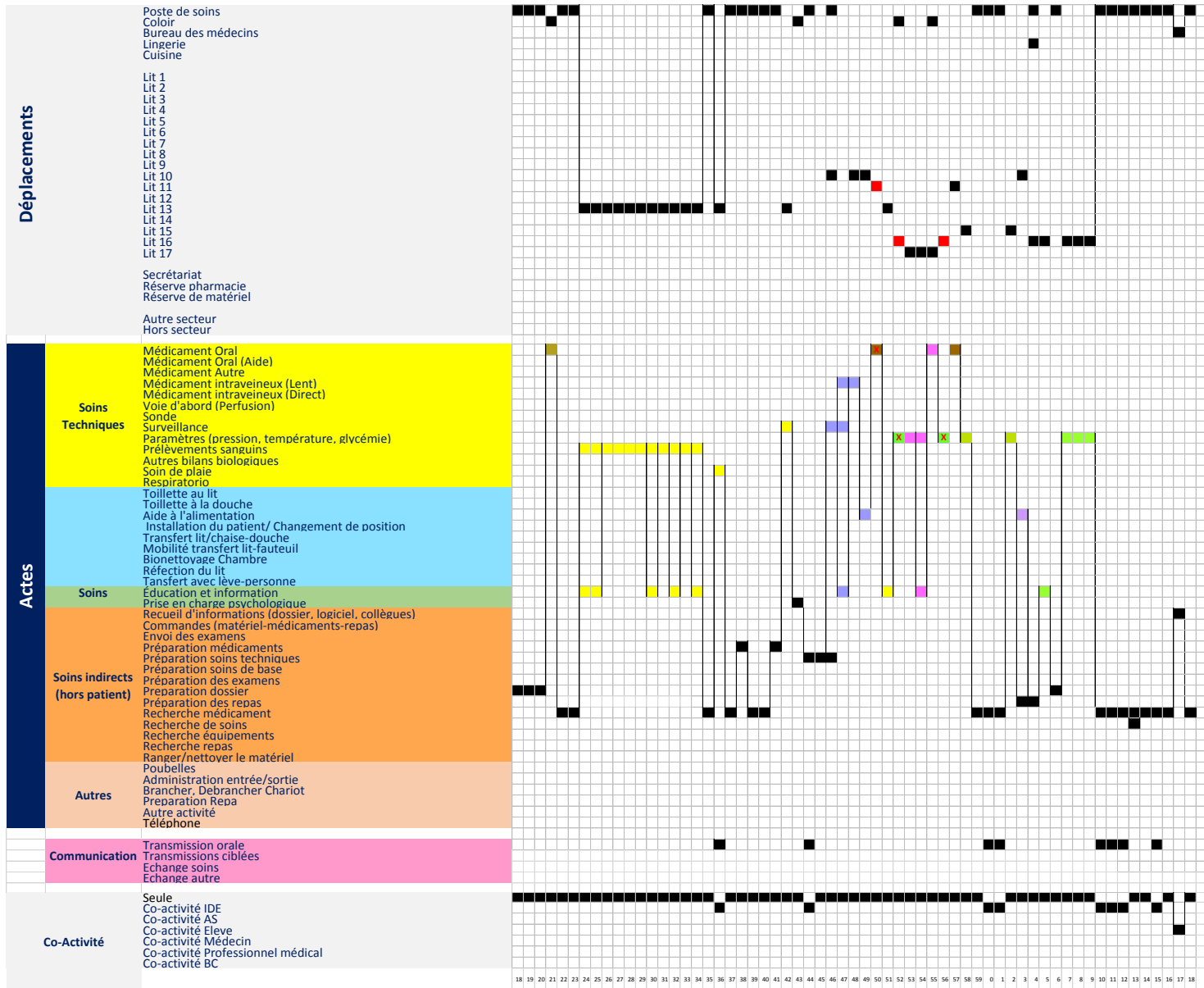
Patient	Prescription	Patient	Prescription
P9 SLA	<ul style="list-style-type: none"> • Constantes • Surveillance sat 	P13 SLP	<ul style="list-style-type: none"> • Constantes • Surveillance sat • Bilan sanguin • Surveillance R. Fausse Route
P10 Autre	<ul style="list-style-type: none"> • Constantes • Ttt 3x/j 	P14 Autre	<ul style="list-style-type: none"> • Constantes • Bilan sanguin • Examen externe
P 11 Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Constantes • Ttt toutes les 2 au 3h 	P15 Autre	<ul style="list-style-type: none"> • Constantes • Bilan externe
P12 SLA	<ul style="list-style-type: none"> • Constantes • Surveillance sat 	P16 SLA	<ul style="list-style-type: none"> • Contantes • Surveillance Sat • Examen <ul style="list-style-type: none"> → Bilan sang → Rx thorax → GDS → Oxymetrie nocturne → Pose perfusion

- Comment vous organisez-vous pour faire un travail de qualité (précisez les ressources et les conditions dont vous avez besoin pour que ce soit possible) ?
- Qu'est-ce qui pourrait vous empêcher de réaliser un travail de qualité ?

Annexe N°3 - Observation systématique n°1 – IDE F (Guillain, Mardi matin)- Déroulement réel du tour de service n°1



Annexe N°4 - Observation systématique n°2 – IDE B (Guillain, Mercredi après midi)- Déroulement réel du tour de service n°1



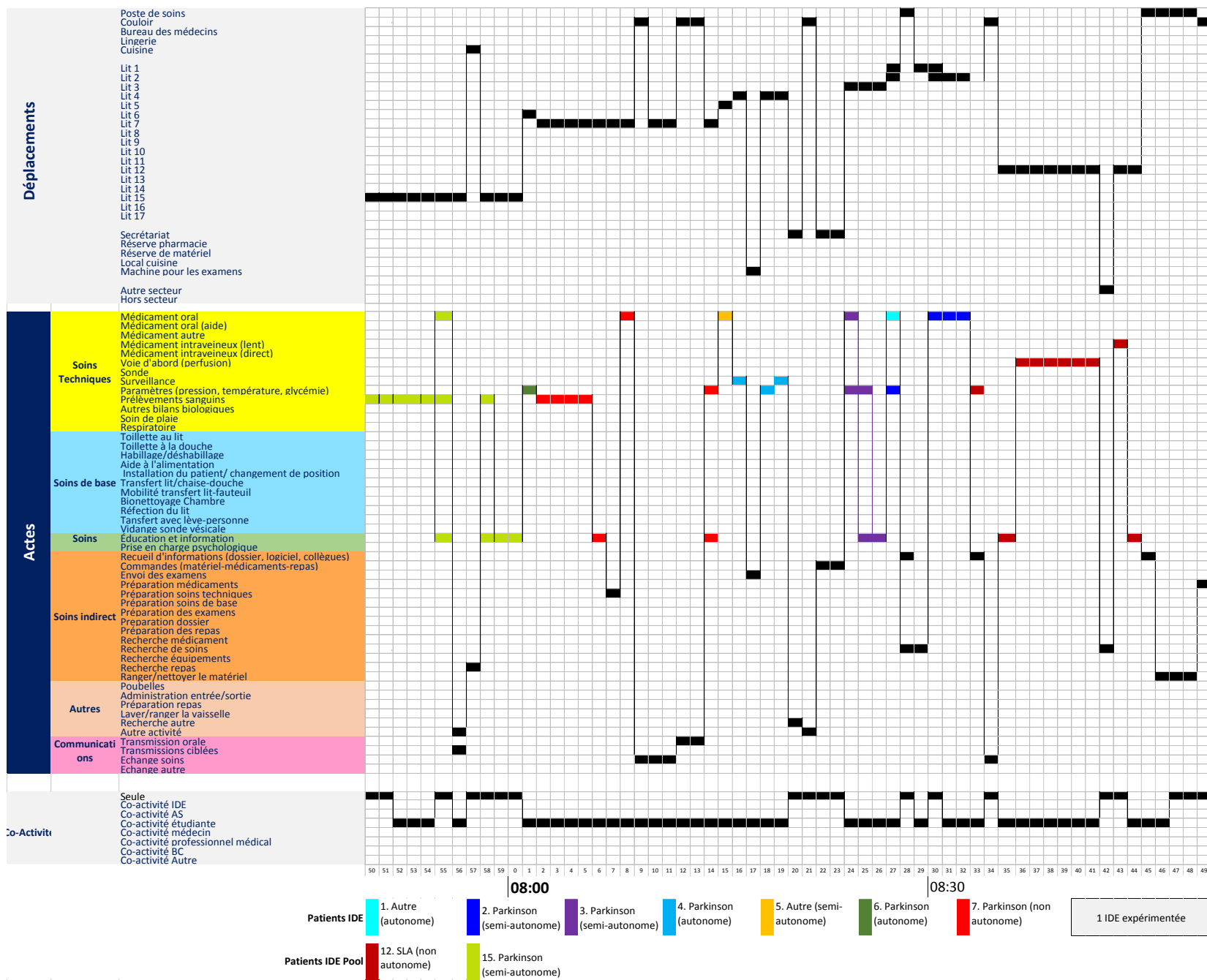
14:18 14:30 15:00

Patients IDE Pool

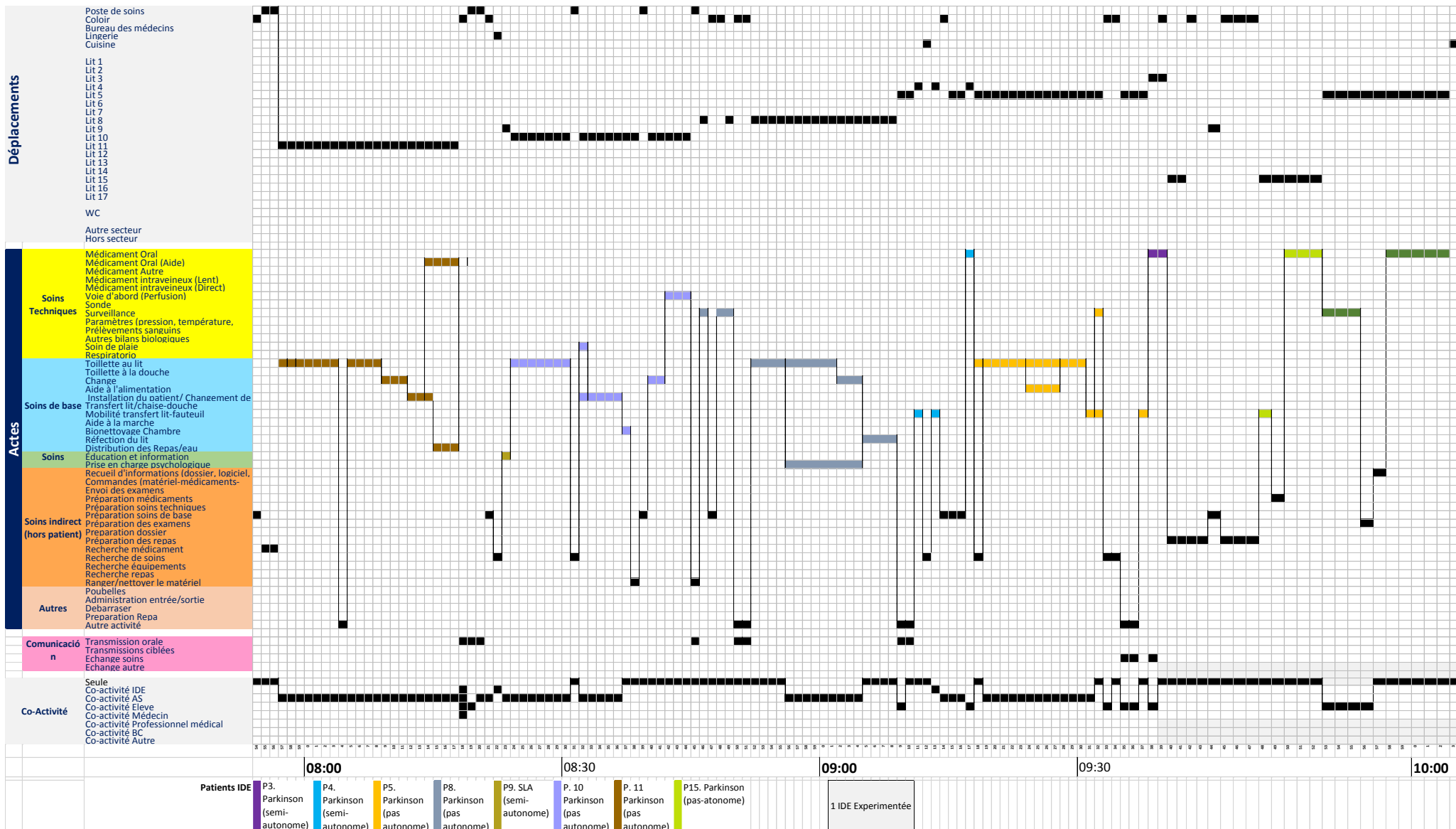
- 9. Autre (auto)
- 10. Parkinson (pas autonome)
- 11. Parkinson (semi-autonome)
- 13. TCA (semi-autonome)
- 15. Parkinson (semi)
- 16. Parkinson (semi-autonome)
- 17. Parkinson (pas autonome)

1 IDE intérimaire

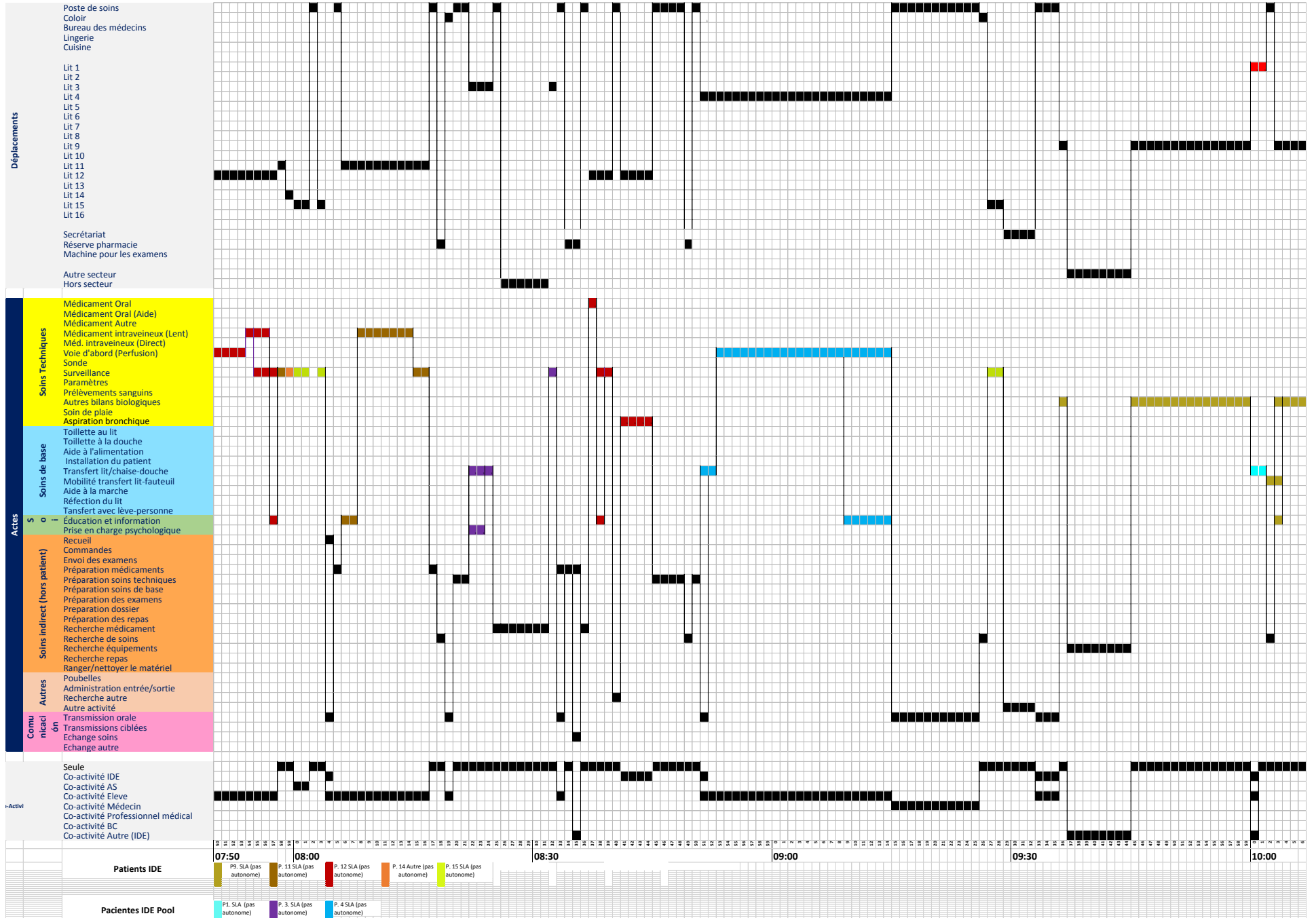
Annexe N°5 - Observation systématique n°3 – IDE C (Guillain, Jeudi matin)- Déroulement réel du tour de service n°1



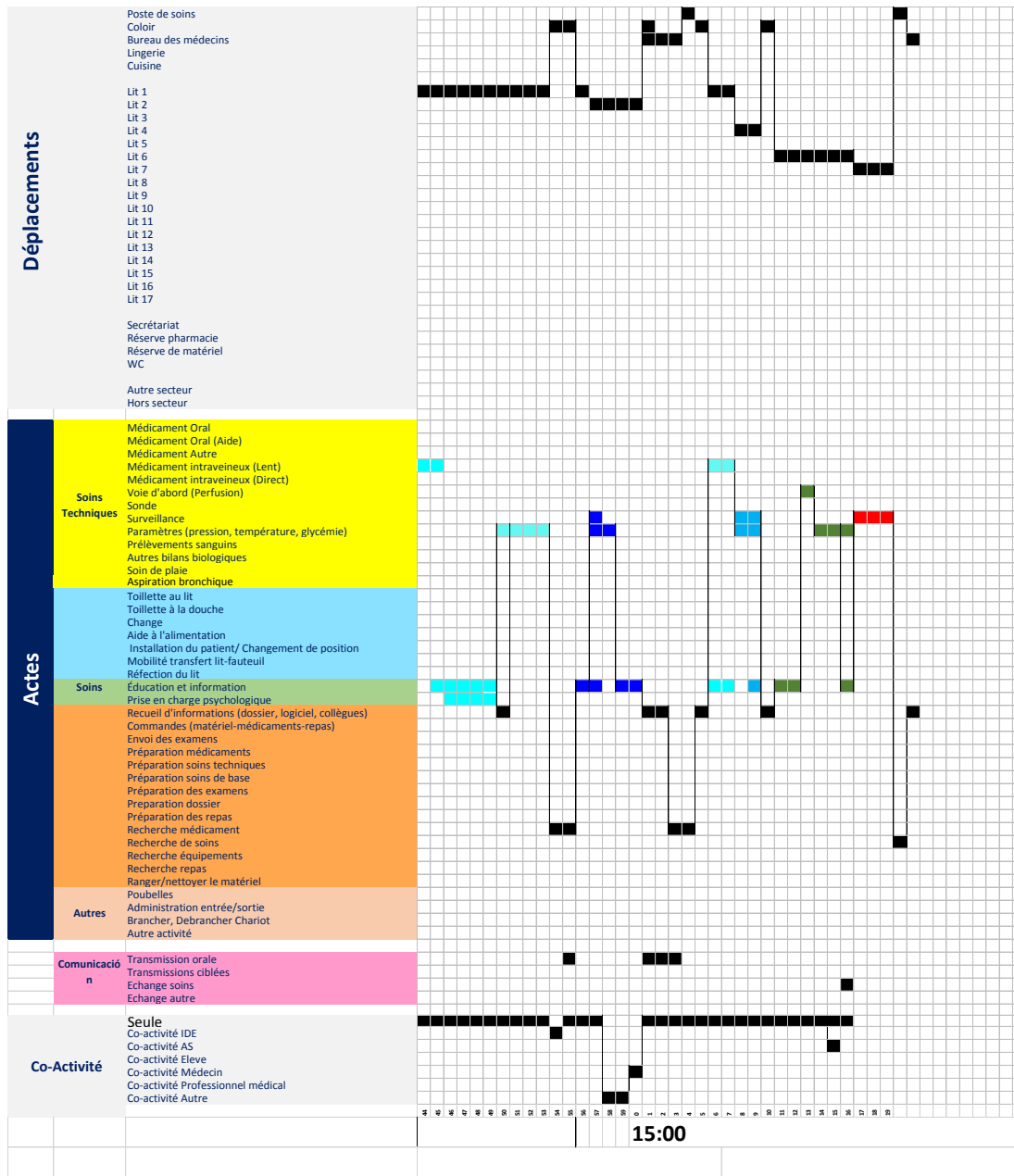
Annexe N°6 - Observation systématique n°4 – IDE A (Guillain, Samedi matin)- Déroulement réel du tour de service n°1



Annexe N° 7 -Observation systématique n°5 – IDE D (Froment, Mardi matin)- Déroulement réel du tour de service n°1



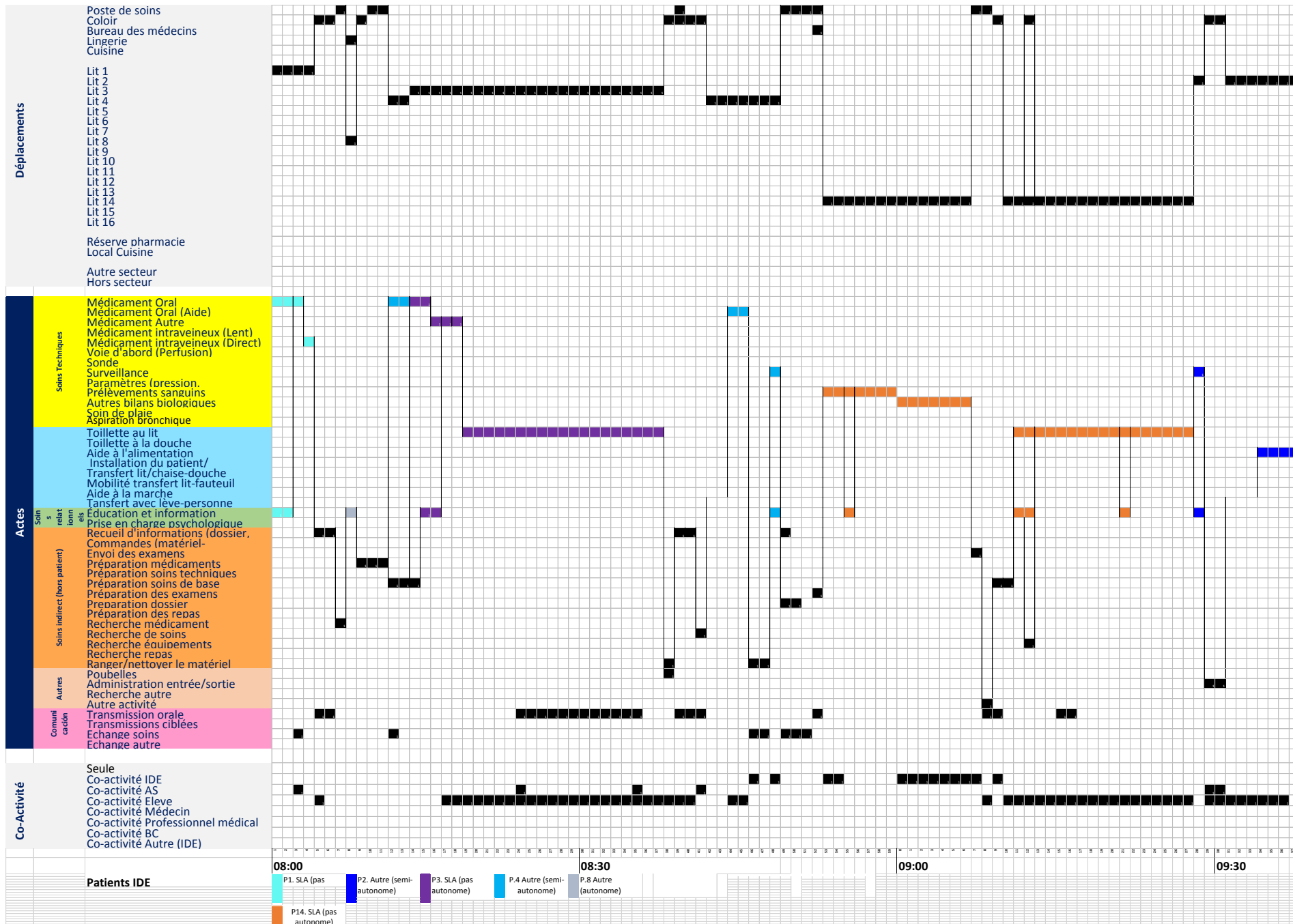
Annexe N°8 - Observation systématique n°6- IDE A (Froment, Mercredi après midi)- Déroulement réel du tour de service n°1



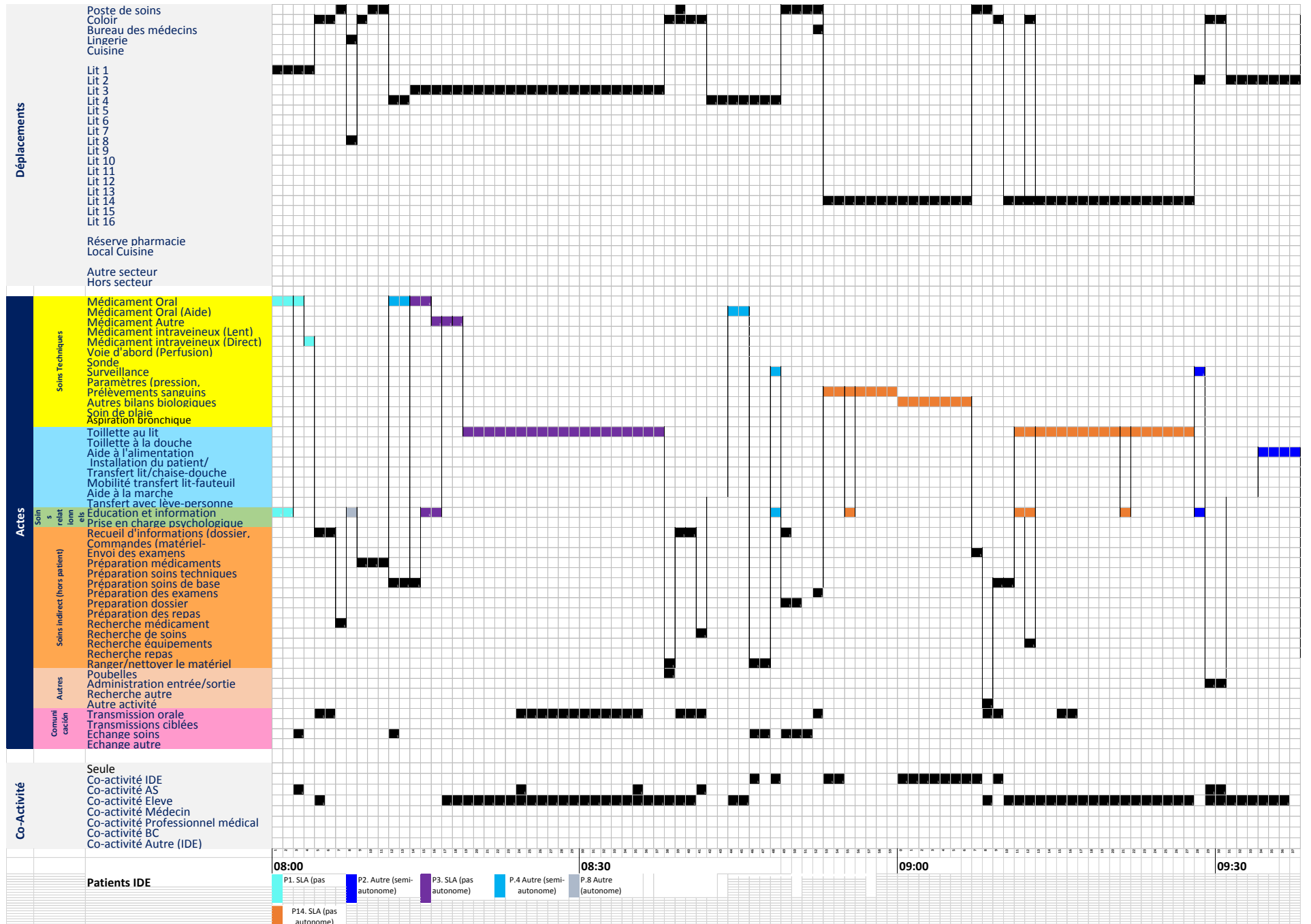
15:00

Patients IDE Pool	P1. SLA (pas autonome)	P2. Autre (semi-autonome)	P4. SLA (pas autonome)	P6. Autre (autonome)	P7. Autre (autonome)	1 IDE Expérimentée
-------------------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------	----------------------	--------------------

Annexe N° 9 - Observation systématique N°7- IDE E (Froment, Jeudi matin)- Déroulement réel du tour de service n°1



Annexe N° 10 - Observation systématique N °8- IDE F (Froment, Samedi matin)- Déroulement réel du tour de service n°1



Annexe n° 11 – Grille d’analyse du contenu des entretiens semi-dirigés scénarisés

1. Grille d’analyse/questions

		IDE A	IDE C	IDE D	IDE E	IDE F
Cat égorie I	sous-catégorie 1					
	sous-catégorie 2					
	sous-catégorie 3					
Cat égorie II
...						
Cat égorie XX	sous-catégorie 1					
	sous-catégorie ...					

1. Grille d’analyse des scénarios

	Patient	Critère 1	Critère 2	Critère 3	Critère 4	Critère 5	Hiéararc hie/conf lit de critères	Déterminants de la qualité
Visite 1								
Visite 2								
Visite 3								
...								
Visite 8								