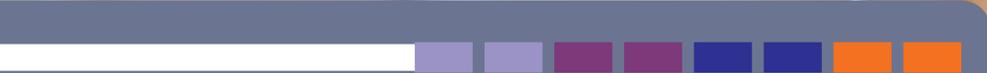




**Madeleine
Estryn-Behar**



Agir sur les risques psychosociaux des professionnels de santé



Mot du Président de Groupe Pasteur Mutualité

Dès sa naissance en 1858, notre Groupe s'est construit autour du socle de la confraternité et de l'entraide.

Notre histoire et les racines qui nous portent, ne nous ont jamais détournés de cet idéal. Assurer la protection de nos adhérents face aux aléas de la vie fait partie de nos engagements et d'une certaine idée du mutualisme que nous défendons activement depuis toujours.

Aujourd'hui, la santé et le bien-être des professionnels de santé sont au cœur de notre réflexion et de nos actions de prévention. Groupe Pasteur Mutualité multiplie, à cet égard, les actions de sensibilisation et de mobilisation afin de promouvoir la santé au travail des professionnels de santé. C'est à ce titre que nous avons souhaité soutenir les travaux du Docteur Madeleine Estry-Behar, médecin engagé depuis des années dans la lutte contre le burn out et l'amélioration des conditions de travail des personnels soignants.

À travers cet ouvrage, Groupe Pasteur Mutualité souhaite alerter les pouvoirs publics, les médecins et les professionnels de santé paramédicaux sur le sujet tabou de la souffrance des soignants. Il souhaite également partager avec le plus grand nombre des pistes d'action et de prévention à même de réduire les risques psychosociaux en milieu hospitalier et en établissements de santé.

Le Docteur Bruno Gaudeau
Président de Groupe Pasteur Mutualité



Sommaire

Introduction	p.2
1. L'accumulation des connaissances entre 1970 et 2000	p.5
2. La prise en compte des constats et les expérimentations de changements.....	p.8
3. Les études statistiques européennes et françaises des années 2000-2012	p.12
4. L'ergonomie participative pour agir mieux	p.23
5. Conclusion	p.46
Bibliographie	p.47
Annexes	p.54

Ce document a bénéficié de la relecture attentive du Dr Marie-Hélène Braudo, psychiatre, et de Richard Belfer, journaliste.



Introduction

Depuis 2012, on trouve sur le site du Ministère du travail un texte soulignant la plurifactorialité des risques psychosociaux, qui caractérisent à la fois l'organisation du travail et les relations interindividuelles.

Le 31 juillet 2012, il a été demandé par la DGOS aux Agences Régionales de Santé d'accompagner des projets sur l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux dans les établissements publics et privés de santé. Mais la prise de conscience des fortes difficultés des médecins et des soignants paramédicaux a été lente en France.

Alors que les connaissances internationales se sont accumulées entre 1970 et 2000, elles ont été passées sous silence ou minimisées. Des études ont été menées dans notre pays, en particulier par des médecins du travail, mais elles ont disposé de peu de moyens et reçu peu d'écho dans l'Hexagone, même si elles ont été publiées dans les revues internationales indexées¹. Le déni a été particulièrement long. Une analyse datant de 2006, publiée dans le *Concours Médical* a montré que le taux de décès par suicide chez les médecins serait de 14 %, alors qu'il est de

5,6 % dans la population générale². Une telle alerte n'a pas été prise en considération.

Pendant cette même période, surtout depuis les années 1990, les réorganisations du fonctionnement de l'hôpital se sont appuyées sur des théories managériales qui prônaient la flexibilité des affectations, la mobilité, la polyvalence, et l'individualisation de l'évaluation comme du salaire. Or ces modes de management ont été évalués, par les études internationales et françaises, comme présentant des risques psychosociaux élevés. En revanche, ces travaux ont montré que le renforcement des « collectifs de travail » était efficace sur l'attractivité des établissements, sur la fidélisation des personnels médicaux et paramédicaux, ainsi que sur la réduction des événements indésirables et de la violence. Ils ont aussi souligné le lien entre le fonctionnement des équipes et la satisfaction des malades ainsi que leur meilleure association au projet de soins pour une observance accrue et, par là même, une réduction des coûts pour le système de santé.

Les études internationales ont confirmé ces résultats.



© AHPH-COCHIN-VOISIN-PHANIE

En France, dans un contexte démographique et concurrentiel difficile³⁻⁶, le syndrome d'épuisement professionnel (SEP) chez les médecins des hôpitaux peut retentir sur l'efficience globale du secteur hospitalier et commence à être appréhendé en France⁷⁻⁹.

Il n'est plus temps de reprendre les outils de dépistage que sont les échelles effort/

récompense ou influence au travail, autonomie et soutien social, pour se demander si le problème est fréquent dans les établissements sanitaires et médicaux-sociaux français. Il l'est ! Et les études françaises l'ont déjà démontré en utilisant ces mêmes échelles. Il est maintenant vraiment temps de modifier les organisations connues comme particulièrement délétères. ■■■■■

« Il n'est plus temps de se demander si le problème est fréquent dans les établissements sanitaires et médicaux-sociaux français. Il l'est ! Il est maintenant vraiment temps de modifier les organisations connues comme particulièrement délétères. »





L'accumulation des connaissances entre 1970 et 2000

Médecins et soignants sont confrontés à de nombreux risques. Longtemps passés sous silence, pour laisser la première place aux dangers dont ils délivraient les patients, ces risques sont mieux connus aujourd'hui. Ils ne peuvent plus être ignorés.

Des évaluations des risques pour les patients sont menées depuis des années. Ces risques sont analysés dans de nombreux domaines comme la recherche médicale, les procédures de dépistage, le consentement aux actes chirurgicaux ou aux traitements médicaux. En revanche, les dilemmes éthiques qui peuvent survenir pour les médecins et les soignants paramédicaux, en lien avec leurs propres risques professionnels, sont le plus souvent passés sous silence. Or, il s'agit d'un des groupes les plus exposés à des risques psychosociaux significatifs, du fait de leur métier, comme le sont les policiers, les sauveteurs de montagne ou les pompiers.

Les médecins et les soignants paramédicaux peuvent être soumis à de nombreux risques physiques, chimiques et biologiques. Nous ne les traiterons pas dans cette brochure. D'autres risques restent méconnus du public.

Ils peuvent être sous-estimés par les professionnels eux-mêmes. Parmi ceux-ci, citons la fatigue, des durées de travail très longues, les traumatismes émotionnels et psychologiques, les agressions par des patients ou des proches. En outre, les difficultés pour concilier vie personnelle et vie professionnelle sont particulièrement lourdes¹⁰. Il s'agit surtout d'admettre que, loin de former un groupe préservé, les médecins sont, d'une certaine façon, plus sujets à développer certains problèmes que la population générale. Un éditorial du BMJ concluait ainsi, en 1997¹¹ : « Nous avons besoin de quitter une culture qui encourage les médecins à cacher leur détresse et leurs difficultés pour une culture où nous apprenons à les partager et à demander de l'aide [...]. La médecine a aussi besoin d'évoluer vers une culture qui encourage des modes de travail plus sains avec des horaires plus courts. »

La France, bien que disposant d'une médecine réputée, est un des pays où les difficultés des médecins eux-mêmes ont été le moins étudiées. Nous avons déjà cherché à diffuser les connaissances acquises pour les paramédicaux et les médecins par des livres de synthèse¹²⁻¹⁴. Nous insisterons, dans ce

chapitre, surtout sur les études concernant les médecins. En 2003, un texte de consensus a été publié sur le burnout syndrome parmi les médecins, par le European Forum of Medical Associations (EFMA) en commun avec l'OMS (WHO World Health Organization)¹⁵. Ce texte attirait l'attention sur le fait que le burnout consiste souvent à passer plus de temps au travail, abandonnant les autres aspects de la vie, ce qui aboutit à un moindre soin de leur santé physique et mentale. En effet, les personnes en burnout ont plus de problèmes psychologiques, de troubles du sommeil, ont un style de vie et des modes d'alimentation plus altérés ainsi qu'une vie sociale limitée. Ceci est une spirale descendante, le travail prenant de plus en plus de temps, empêchant toute pause hors de la vie professionnelle.

Longues durées de travail et travail de nuit

Les effets du contenu du travail, de son rythme et de sa durée sur la vie privée des jeunes médecins, ainsi que le risque de dépression qui lui est attaché, ont été souvent soulignés. Les longues durées de travail et le travail de nuit sont fréquents, conduisant à un manque de sommeil¹⁶⁻²⁵. Selon de nombreuses études, l'irritabilité, la fatigue, l'instabilité émotionnelle augmentent quand la durée du sommeil diminue. Enfin, la détérioration de la motivation et de la capacité de raisonnement est aussi mise en évidence dans ces conditions de manque de sommeil.

Le manque de sommeil produit des dégradations des performances cognitives et motrices, sur la vitesse, la précision, la coordination, l'attention et l'efficacité du raisonnement²⁶⁻²⁷.

Stress et support social

Le terme de stress est utilisé en raccourci pour désigner un ensemble de difficultés

émotionnelles qui peuvent affecter l'individu. Les sources de stress sont à la fois externes et intrapsychiques. L'issue commune est souvent l'émergence d'anxiété et de syndromes dépressifs, voire le refuge dans la boisson ou le mauvais usage de substances psychoactives.

Maslach et al.²⁸⁻³⁰ ont suggéré la définition suivante : « Le burnout est un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation, et de réduction de l'accomplissement professionnel, qui peut survenir chez les individus travaillant avec des personnes en difficulté. » Il génère une perte de ressources pour le système de soins, un moins bon accueil des patients et des conséquences négatives sur la vie personnelle des médecins. Du fait de son étiopathogénèse, le burnout est maintenant principalement considéré comme le résultat d'un stress chronique qui n'a pu être géré.

Prévalence du stress, du burnout et de la dépression

La prévalence de la dépression clinique diminue avec l'avancée dans la carrière des médecins, mais reste plus élevée que dans la population générale. De toutes les périodes de la carrière médicale, la première année après le diplôme a été régulièrement mise en évidence comme une période de pic dans la fréquence de la dépression³¹⁻³⁷.

De 1983 à 1998, Firth-Cozens³⁸⁻⁴¹ a mené une étude prospective sur une cohorte de médecins de l'université de Leeds, en Angleterre. Dans celle-ci, en 1984, 28 % présentaient un état dépressif, et en 1993, encore 18 %. Parmi les facteurs professionnels à mettre en lien de façon significative avec cette dépression, on retrouve un conflit entre la carrière et la vie personnelle, un poste à responsabilité, la crainte des erreurs, des prises de décision et des litiges. En 1993, la moitié des médecins interrogés sur les effets du stress rapportent une baisse de la qualité des soins. Pour les



70 femmes médecins étudiées, Firth-Cozens a trouvé que 46 % avaient des scores indicatifs de dépression, et 7 % évoquaient des idées suicidaires. Ces femmes médecins ont rapporté que leur plus grande source de stress était les conflits de rôle et le harcèlement sexuel. Frank et Dingle²² ont utilisé les résultats du questionnaire de la Women Physician's Health Survey aux États-Unis. Ils ont montré que les femmes médecins étaient 26,2 % à avoir eu 2 à 6 jours par mois de mauvaise santé mentale et 10,7 % plus de 6 jours par mois. Les répondantes étaient 19,5 % à avoir connu des épisodes dépressifs.

Modes de réponse au stress et soutien des collègues

Malheureusement, le professionnel dont la santé mentale s'est dégradée est souvent rejeté par ses collègues. En effet, l'impact négatif du stress sur la qualité des soins a été souligné dès 1982⁴². Mais les résultats pour la santé des médecins sont liés à la précocité de la prise en charge et au soutien des pairs⁴³⁻⁴⁴.

Taux de suicide

La mortalité des médecins est plus basse que celle de la population générale pour le cancer, les maladies circulatoires et les autres causes naturelles, en revanche, le taux de suicide est plus élevé pour les hommes et plus encore pour les femmes^{22; 45-51}. Lindeman et al.⁵⁰ ont réalisé une méta-analyse des études épidémiologiques concernant le suicide des médecins. Ils ont trouvé un risque relatif estimé élevé pour les hommes médecins de 1,1-3,4 comparé à celui de la population générale masculine et plus encore (1,5-3,8) comparé à celui des autres hommes ayant une profession qualifiée. Le risque relatif pour les femmes médecins était bien plus élevé, de 2,5-5,7 comparé à celui de la population générale féminine et bien plus encore (3,7-4,5) comparé à celui des autres femmes ayant une profession qualifiée.

De nombreuses études ont permis de mieux comprendre le rôle de différents facteurs vis-à-vis du stress et de la souffrance au travail des médecins. Nous les avons synthétisées dans un livre publié en 2003¹³. Les stressors les plus significatifs chez les médecins sont les suivants : durée du travail, travail de nuit et de week-end, manque de sommeil ; conflit de rôle entre la carrière et la vie personnelle ; insatisfaction concernant la carrière ; isolement, mise à l'écart et harcèlement moral ; insuffisance du travail d'équipe ; exposition à la violence ; contrôle insuffisant sur son travail ; célibat sans enfant prolongé ; charge de travail trop lourde ; crainte des erreurs ; insatisfaction quant au temps disponible pour voir les patients ; souffrance des patients ; harcèlement sexuel.

Dès 2003, les recommandations portaient

sur : un meilleur équilibre entre vie personnelle et professionnelle ; des opportunités égales pour les femmes ; des consignes claires pour éviter le harcèlement sexuel ; un enseignement des stratégies d'aide psychologique ; la facilitation du soutien par les pairs et le soutien social, le travail d'équipe, des groupes de discussion ; la mise en place de structures, auprès desquelles les médecins pourraient obtenir une aide confidentielle hors de leur lieu de travail.

L'épuisement émotionnel des soignants paramédicaux

Selon trois études, montrant des résultats convergents, l'épuisement émotionnel (burnout) atteint environ le quart des soignants paramédicaux.

Selon Estryn-Béhar et coll.^{1;52} cet épuisement émotionnel, étudié avec le General Health Questionnaire, triple selon le niveau de charge cognitive et encore plus pour la charge émotionnelle. Le manque de soutien est aussi retrouvé comme facteur de risque majeur dans les deux autres études⁵³⁻⁵⁵.



La prise en compte des constats et les expérimentations de [changements dans les années] 1990-2010 dans les pays nordiques et anglo-saxons

De nombreuses enquêtes lient insuffisance de communication et turnover, analysent l'organisation du travail avec des postes fixes ou mutualisés, ainsi que l'impact de la mutualisation sur les erreurs dans les soins et sur la qualité des soins, et montrent l'efficacité de programmes destinés à améliorer la collaboration au sein des équipes.

➡ Communication et turnover

L'aggravation de la pénurie infirmière a attiré l'attention sur la nécessité de recruter ainsi que de retenir les infirmiers de manière plus efficace. L'insuffisance du travail d'équipe, de la communication et du partage des décisions dans un environnement stressant sont apparus comme des facteurs clés de ce turnover. *A contrario*, les procédures les plus convaincantes s'articulent autour de la « construction des collectifs de travail ». D'autres facteurs

dont la satisfaction professionnelle et la stabilité des horaires concourent à retenir les infirmiers recrutés⁵⁶⁻⁵⁷.

➡ Travail d'équipe pluridisciplinaire et satisfaction professionnelle

L'autonomie, le contrôle sur son travail, l'expertise clinique, la qualité des relations quotidiennes entre infirmiers et médecins ainsi que le tutorat ont obtenu des scores supérieurs à la moyenne chez tous les répondants, indiquant un environnement professionnel favorable⁵⁸⁻⁵⁹.

➡ Postes fixes ou mutualisés

Un turnover élevé des infirmiers a été associé aux changements d'affectation forcés vers des unités non familières aux soignants pour



des différences de coûts directs négligeables. Par ailleurs, si la mobilité a permis de réduire le nombre de postes non pourvus, les équipes à affectations fixes montrent en revanche davantage de compétences⁶⁰. La grande taille des équipes, le manque de maîtrise de la discipline, l'instabilité des soignants et des affectations, l'absence d'objectif commun sont des handicaps récurrents dans les structures de soins classiques⁶¹.

Travail d'équipe et erreurs dans les soins

La charge cognitive, la complexité et le manque de familiarité des informations à traiter, le stress et le burnout peuvent conduire à un échec du raisonnement et entraîner des erreurs⁶²⁻⁶⁴. Ceci est montré par l'analyse des données de 5366 erreurs, dont 9,8 % fatales, conduite par le FDA's Adverse Event Reporting System. Dans 44 % des cas, ces erreurs fatales ont été causées par des déficits de connaissance et dans 15,8 % des cas par un défaut de communication⁶⁵.

Pour améliorer la communication interdisciplinaire et réduire les erreurs, les pharmacies décentralisées au niveau des services sont efficaces⁶⁶.

À Kaiser Permanente⁶⁷, les enquêtes ont montré que les défauts de communication sont les causes les plus courantes des dommages subis par les patients. Elles démontrent que la complexité des soins médicaux, couplée aux limites humaines, rendent cruciaux des outils de communication adaptés, un environnement où chacun puisse faire valoir son point de vue et exprimer ses préoccupations, un langage commun pour alerter les autres membres de l'équipe des situations à risque.

Au Canada, l'augmentation du nombre de tâches omises ou non terminées par les infirmiers a été liée à la perception d'un manque

d'effectif, des services logistiques inadéquats, un environnement professionnel inapproprié, un mauvais travail d'équipe et un faible soutien de l'administration⁶⁸⁻⁶⁹.

Les organisations propices aux erreurs sont celles qui s'accrochent de l'ambiguïté et d'un manque de clarté sur les critères de surveillance de chaque malade et sur l'organisation des soins⁷⁰. Les problèmes sont alors plus difficiles à identifier. Même s'ils sont reconnus, ils sont mal gérés. Le partage des responsabilités, la stabilité des équipes travaillant ensemble régulièrement, les contrôles de sécurité et la documentation formelle des erreurs pour les analyser préviennent les erreurs au bloc⁷¹.

Au total, une bonne communication et un travail d'équipe bien rodé sont considérés comme essentiels pour assurer des soins de qualité et garantir la sécurité des patients.

Burnout des soignants et qualité des soins

L'amélioration de l'environnement professionnel peut réduire simultanément le burnout et le turnover tout en augmentant la satisfaction des patients⁷².

Changer la relation médecins-infirmiers

Le besoin de changement des comportements médicaux a été largement décrit⁷³⁻⁷⁴. Les organisations avec une « gouvernance partagée » renforcent l'implication des infirmiers, améliorent le moral de l'équipe, la communication et réduisent le turnover⁷⁵⁻⁷⁶.

Il est nécessaire de promouvoir des programmes de formation au fonctionnement en équipes interdisciplinaires au cours des études médicales comme au cours de l'exercice professionnel, afin d'avoir des

attitudes facilitant échange d'information et coordination⁷⁷.

➡ Des programmes pour améliorer la collaboration dans les équipes

Une équipe n'est pas un simple côtoiement hiérarchique de personnes œuvrant dans différentes disciplines pour délivrer des soins aux patients. Une équipe soignante est d'abord le fruit d'un fonctionnement collectif. Ainsi, après des observations montrant le manque de communication et de travail d'équipe, des interventions pour renforcer la cohésion des groupes, la communication et la collaboration entre infirmiers et médecins ont amélioré la qualité des soins, le plaisir au travail et réduit le turnover⁷⁸⁻⁷⁹.

Des expériences visant à promouvoir la construction de vraies équipes ont été évaluées dans toutes les spécialités⁸⁰⁻⁸⁴. Grumbach et Bodenheimer⁸⁵ ont montré que les équipes présentant la cohésion la plus forte, et la meilleure synergie entre médecins et non médecins, sont celles obtenant les meilleurs résultats cliniques et la meilleure satisfaction des patients. Les stratégies à diffuser pour améliorer la sécurité incluent l'organisation du travail, la diffusion d'informations actualisées sur le lieu même du soin, et le partenariat avec les malades^{12-14; 86-87}.

➡ Durée du travail des médecins

Chez les résidents américains, les idées suicidaires sont d'autant plus fréquentes qu'il existe un épuisement professionnel et que le travail de nuit est plus marqué⁸⁸. Une amélioration de leur état de santé mentale et une réduction de l'incidence des erreurs médicales ont été obtenues par la limitation de leur temps de travail hebdomadaire⁸⁹⁻⁹⁰.

➡ Facteurs psychosociaux et santé au travail

Ce n'est pas seulement la quantité de travail, mais un ensemble de facteurs psychosociaux qui font le lit du burnout, lequel, lorsqu'il est plus fréquemment observé, favorise le risque d'erreurs⁹¹.

Les modèles les plus reconnus, concernant ces risques psychosociaux, sont d'une part le modèle de Karasek et Theorell⁹²⁻⁹³, d'autre part le modèle de Siegrist⁹⁴. Le modèle de Karasek et Theorell évalue la demande de travail et le contrôle du salarié sur celui-ci. S'y sont ajoutées la demande liée aux conflits interpersonnels et la surcharge liée à la complexité et aux aspects émotionnels du travail⁹⁵. Il a été montré que la bonne circulation de l'information et les échanges préalables, sont reconnus comme les critères classiques favorisant l'autonomie du professionnel dans son travail en milieu hospitalier⁹⁶⁻¹⁰². L'impact de la reconnaissance perçue et du soutien social au travail sur le bien-être ou la souffrance du professionnel est aujourd'hui admis. Il est évalué par l'échelle « effort/récompense » de Siegrist.

Par ailleurs, de nombreux éléments peuvent altérer en profondeur les fonctionnements du groupe et le travail d'équipe chez les professionnels médicaux et paramédicaux. Ce sont notamment l'isolement, l'individualisation des tâches, l'accroissement de la compétition au détriment des coopérations, les initiatives managériales inadaptées ou autoritaires, les injonctions paradoxales.

Il apparaît que les temps d'échanges formels, comme les réunions de service, les revues de dossiers ou revues de morbi-mortalité (RMM) sont nécessaires à la construction de l'équipe et ne peuvent pas se dérouler qu'entre médecins. Mais des rencontres plus informelles,



lors des pauses quotidiennes, permettent de liquider, au jour le jour, une part du stress chronique des personnels hospitaliers. La réduction des temps de communication entre professionnels et l'accélération des rythmes rétrécissent le lien social.

La construction du travail dans une **équipe pluridisciplinaire** doit faire l'objet d'une promotion dont l'efficacité n'est plus à démontrer^{78 ; 81 ; 84} pour les médecins comme pour les paramédicaux. Le collectif de travail est encore plus important pour les salariés confrontés à la souffrance humaine que pour l'ensemble des salariés pour lesquels on a

montré que cela conditionnait le plaisir ou la souffrance au travail¹⁰³.

Un suivi des professionnels plus systématique et efficace, dans le cadre d'une **médecine du travail** qui aurait de réels moyens d'action avec un vrai tiers-temps consacré à l'étude des postes et discussion des propositions en Comité d'hygiène sécurité et amélioration des conditions de travail (**CHSCT**), permettrait aussi de progresser dans la prise en compte de la fatigue, de déficit de sommeil et du stress au travail. Or on connaît l'impact négatif de ces facteurs sur la qualité des soins comme sur la santé des soignants¹⁰⁴⁻¹¹⁰. ■■■■■



Les équipes présentant la cohésion la plus forte et la meilleure synergie entre médecins et non-médecins sont celles obtenant les meilleurs résultats cliniques et la meilleure satisfaction des patients.





Les études européennes et françaises des années 2000-2012

➡ Études sur les généralistes français et les salariés de la santé et de l'action sociale

Il est démontré, pour les médecins français aussi, que la consommation de somnifères et de tranquillisants, d'alcool et de tabac de même que certains troubles de la santé mentale sont influencés par les données sociodémographiques mais également par la satisfaction professionnelle¹¹¹⁻¹¹².

Selon le rapport annuel de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) de 2010¹¹³, les affections psychiatriques sont au premier plan des invalidités définitives (39,76 %).

En 2003, le Baromètre Santé Médecins/Pharmaciens de l'INPES reflète leurs comportements de santé¹¹⁴ : la consommation de tabac concerne 28,8 % des médecins et reste élevée par rapport aux médecins des pays anglo-saxons ; la consommation d'alcool au moins 3 jours par semaine touche 30,3 % des médecins ; la consommation de somnifères ou tranquillisants au moins une fois dans

l'année précédente est déclarée par 24,6 % des médecins.

On constate un excès de risque suicidaire dans le secteur de la santé et de l'action sociale^{115-116; 2; 8} avec un doublement significatif chez les hommes par rapport à la population générale (OR = 2,35)¹¹⁶.

L'autonomie des infirmiers est globalement faible, les relations hostiles fréquentes et la crainte des erreurs est une préoccupation majeure pour infirmiers et aides-soignants selon deux enquêtes françaises réalisées en 2003¹¹⁷⁻¹¹⁸.

➡ Les études épidémiologiques SESMAT et PRESST-NEXT

*Deux enquêtes ont utilisé
les mêmes questionnaires
pour les paramédicaux
et les médecins*

L'enquête PRESST-NEXT a été conduite de 2003 à 2005 dans dix pays européens sur



un échantillon représentatif des différents modes d'exercice paramédical. Cette enquête européenne visait à mieux comprendre les causes d'abandon de leur métier, bien avant l'âge de la retraite, chez une partie des soignants des établissements hospitaliers. En 2003, l'enquête PRESST-NEXT portait sur 39 898 répondants, soignants paramédicaux de dix pays européens, dont 5 376 en France (taux de réponse 51,4 %) ¹¹⁹⁻¹²³. En 2008, le questionnaire PRESST-NEXT a été repris dans un CHU parisien.

L'enquête SESMAT a été réalisée à la demande de médecins qui souhaitaient que leur exercice et leurs difficultés soient mieux compris en France. Elle a été conduite de mars 2007 à avril 2008, auprès des praticiens seniors (médecins et pharmaciens) exerçant des fonctions salariées dans des établissements publics et privés de soins, en médecine du travail et en santé publique, tous statuts confondus ¹²⁴. Parmi les 4 799 connexions au site de l'enquête SESMAT, 3 196 médecins ou pharmaciens salariés ont rempli un questionnaire analysable, soit un taux de réponse de 66 % pour la population ayant eu connaissance de l'enquête. Afin de contrôler les biais liés à une surreprésentation de certains groupes de professionnels, un échantillon représentatif de 1 924 médecins et pharmaciens a été tiré au sort dans la base de données totale afin de respecter les quotas caractérisant la répartition des praticiens salariés français.

Dans ces deux enquêtes, de nombreuses échelles (conflit travail/famille; relations interpersonnelles; pression temporelle-demande quantitative; influence au travail; ratio effort/récompense) ont été utilisées (**Annexe 1**). Le burnout ou syndrome d'épuisement professionnel a été exploré par le score du Copenhaguen Burnout Inventory (CBI) qui est adapté à toutes les professions (General-CBI) et comporte un volet spécifique pour les personnels travaillant avec des patients (P-CBI) ¹²⁵⁻¹²⁶ (**Annexe 2**).

Méthode d'analyse : des analyses bivariées utilisant le test de chi-deux de Pearson ont permis de déterminer les associations des facteurs de risques potentiels avec les problèmes de santé, le burnout et l'intention d'abandon de la profession. Dans un deuxième temps, des analyses multivariées ont cerné le rôle propre de chaque facteur dans la survenue de ces problèmes, après prise en compte des autres facteurs.

La plus grande probabilité de survenue des problèmes de santé du burnout et de l'intention d'abandon de la profession est exprimée sous forme de odds ratios ajustés (ORaj) avec leurs intervalles de confiance (IC) à 95 %. La méthode utilisée permet de cerner les facteurs de risque les plus significatifs, sur lesquels il est prioritaire d'agir. Les augmentations de fréquence selon les situations par rapport à la situation de référence la plus favorable sont exprimées en termes de odds ratios ajustés (OR aj). Un odds ratio ajusté de valeur 2 veut dire que la présence de ce facteur double la survenue du problème étudié.

Similitudes des réponses des paramédicaux et des médecins

□ Une faible qualité du travail d'équipe fréquente chez les médecins et les paramédicaux

La majorité des soignants sont insatisfaits du travail d'équipe. Un tiers à plus de la moitié des soignants formulent une opinion défavorable aux questions sur ce thème. Peu d'améliorations apparaissent entre 2003 et 2008. Les médecins donnent des réponses voisines des soignants paramédicaux.

Le score de qualité du travail d'équipe est calculé avec sept variables, détaillées dans le **Tableau 1**.

Parmi celles-ci, le *soutien psychologique* est jugé insatisfaisant ou très insatisfaisant

	PRESST-NEXT 2003 Paramédicaux	CHU 2008 Paramédicaux	SESMAT 2008 Médecins
Insatisfaits ou très insatisfaits			
• du soutien psychologique reçu au travail	66,1 %	63,9%	67,2%
• de l'utilisation de vos compétences	36,4%	37,5%	46,3%
• de vos possibilités de donner à vos patients la qualité des soins dont ils ont besoin	49,5%	41,2%	48,0%
• de vos perspectives professionnelles	37,4%	36,3%	44,9%
À quelle fréquence :			
• devez-vous réaliser des tâches pour lesquelles vous n'êtes pas suffisamment qualifié ? Chaque semaine ou plus	23,5%	30,8%	(38,0%)
• recevez-vous des informations, importantes pour votre travail, insuffisamment ou trop tard ? Chaque semaine ou +	39,3%	34,6%	(50,1%)
Dans votre service, y a-t-il des opportunités de discuter des questions professionnelles importantes pour vous ? Non ou brièvement	58,0 %	62,7 %	57,0 %
Score de qualité du travail d'équipe			
Faible	16,4 %	19,3 %	23,5 %
Moyen	49,7 %	49,0 %	44,9%
Élevé	33,9 %	31,7 %	29,6%

Tableau 1 – Variables du score de qualité du travail d'équipe en France chez les paramédicaux et les médecins

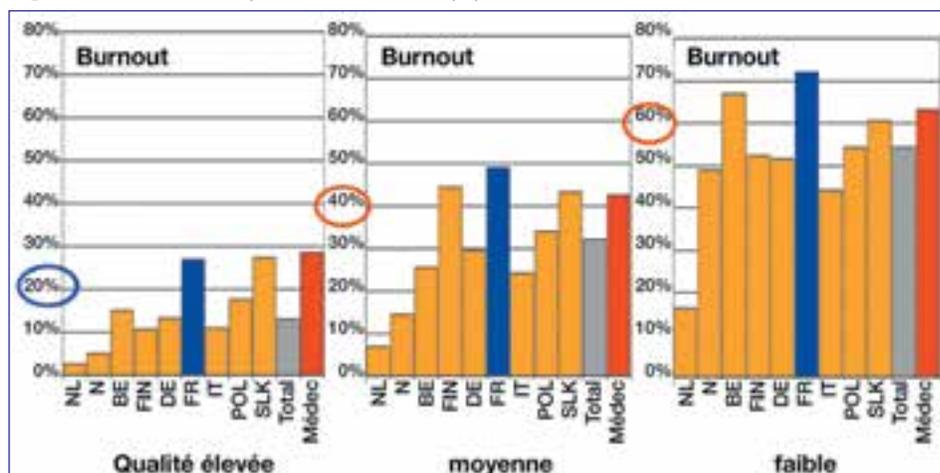
par les deux tiers des soignants paramédicaux et des médecins. Près de la moitié d'entre eux sont insatisfaits des possibilités de donner aux patients la qualité des soins dont ils ont besoin et près des deux tiers déclarent avoir rarement ou jamais d'opportunités de discuter des questions professionnelles importantes pour eux.

Le score global de qualité du travail d'équipe, réalisé avec la moyenne des réponses à

toutes les questions, est faible chez 13,8 % des soignants européens et 16,4 % des soignants français. Il est moyen chez 44,1 % des soignants européens et 49,7 % des soignants français. Le score global ne s'améliore pas en 2008.

Pour les médecins français, ce score global de qualité du travail d'équipe est faible pour 23,5 % d'entre eux et moyen pour 44,9 %.

Figure 1 – Burnout et qualité du travail d'équipe



	Paramédicaux (24 282)	IDE FR (2 351)	Médecins (1 485)
Conflits travail/famille élevés	x 3,66***	x 5,36***	x 4,45 ***
Demande quantitative élevée	x 2,87 ***	x 1,26*	x 3,18 ***
Faible qualité travail d'équipe	x 1,87 ***	x 2,24 ***	x 2,09 ***
Aide-soignants/ Infirmiers	x 2,12 ***		
Crainte des erreurs	x 1,78 ***	x 1,86 ***	x 1,89 ***
Fréquente exposition violence	x 1,63 ***	x 1,33 **	
Fréquent harcèlement des supérieurs.x	1,58 ***	x 1,92 ***	
Relations tendues ds l'éq. soign.	x 1,14 ***	x 1,29*	x 1,63 ***
Relations tendues av. administration.x	1,15 ***	x 1,31 *	
Seul(e) avec enfant(s)	x 1,51 ***	x 1,53 **	
Insatisfaction salaire	x 1,23 ***	x 1,33 **	x 1,29 *

x = le burnout est multiplié par... en présence de ce facteur après prise en compte des autres facteurs, ainsi que du sexe et de l'âge (odds ratios ajustés)

* p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001

Tableau 2 - Influence de chaque facteur sur la survenue du burnout dans une analyse multivariée conduite chez les paramédicaux européens, les infirmiers et les médecins français.

□ Le burnout chez les médecins et les paramédicaux

Chez les paramédicaux des divers pays de l'enquête PRESST-NEXT, comme parmi les médecins de l'enquête SESMAT, on note une augmentation forte et graduelle de la fréquence du burnout entre ceux ayant une qualité élevée du travail d'équipe et ceux ayant une qualité moyenne puis faible (Fig. 1).

Dans les analyses multivariées, incluant simultanément les différents facteurs de risque observés, une faible qualité du travail d'équipe double la fréquence du burnout. Le conflit travail/famille multiplie par quatre le burnout, pour les soignants paramédicaux comme pour les médecins (Tableau 2). Plus que la quantité de travail, ce sont plutôt les conditions de fonctionnement des équipes qui font le lit du burnout. Lorsque la qualité du travail d'équipe (soutien de l'équipe, circulation de l'information, possibilités de discussion) est déclarée faible, lorsque le conflit travail/famille augmente, lorsque les relations interpersonnelles sont hostiles ou tendues, le burnout est plus fréquemment observé et le risque d'erreurs augmente¹²⁷. Nous n'avons pas inclus

dans cette analyse le score effort/récompense très global et lié de près à la qualité du travail d'équipe comme nous le verrons plus loin.

Quand le soutien des supérieurs est faible, quand existe un harcèlement, quand les relations entre les membres de l'équipe sont tendues, quand les conflits avec l'administration grippent le travail, le burnout est plus fréquemment observé. Un salaire estimé insuffisant, contribue au burnout mais de façon moindre. L'impact de la reconnaissance perçue sur le bien-être ou la souffrance professionnelle et l'importance majeure du lien social au travail sont aujourd'hui admis.

□ Corrélation entre les différentes échelles et le score de qualité du travail d'équipe

Pour l'ensemble de l'échantillon européen de 2003, et pour les médecins français, la corrélation entre le score de qualité du travail d'équipe et le ratio effort/récompense est très forte. Lorsque la qualité du travail d'équipe augmente, l'effort diminue, la récompense augmente et le ratio effort/récompense diminue¹²³.

	Soignants européens NEXT		Soignants français NEXT	Médecins français SESMAT
	2003* n = 19 529	2004 n = 13 007	2003 n = 3 163	2008 n = 1 531
Faible qualité du travail d'équipe	x 6,32	x 5,04	x 4,51	x 3,92
Burnout	x 2,19	x 2,30	x 4,28	x 1,43
Troubles psychologiques ou burnout lié aux patients	x 1,68	x 1,50	ns	x 2,31 burnout lié aux patients
Faibles possibilités de développ. profess.	x 1,48	x 1,52	ns	0 j. formation x 1,90
Conflits travail/famille	x 1,44	x 1,69	x 1,75	ns
TMS	x 1,19	ns	ns	ns
Ancienneté ou âge			>15 ans x 2,1	≥ 55 ans x 3,27
Crainte des erreurs			ns	x 1,61
Relations tendues avec l'administration			ns	x 1,50
Insatisfaction liée au salaire			ns	x 1,33
Proposition de poste hors des soins				x 2,08

*odds ratios ajustés pour chaque facteur, après prise en compte des autres facteurs ainsi que du sexe

Tableau 3 - Influence de chaque facteur sur l'intention de quitter la profession dans une analyse multivariée

□ Liens entre le travail d'équipe, erreurs et violence

Le stress et l'épuisement professionnel doublent la probabilité d'erreurs de raisonnement, après prise en compte des autres facteurs (âge, spécialisation, horaire, service, autonomie professionnelle...). Les infirmiers estimant subir une forte pression temporelle dans leur travail déclarent deux fois plus une crainte fréquente de commettre des erreurs. De mauvaises relations au sein de l'équipe augmentent de 50 % cette crainte des erreurs résultant de la mauvaise circulation de l'information¹²⁹. L'impact positif de transmission de qualité a pu être souligné¹³⁰.

En France aussi, on remarque que l'expérience dans sa spécialité est protectrice par rapport à la violence et qu'une bonne circulation de l'information au sein d'une équipe soudée a une influence positive¹³¹⁻¹³².

□ Les facteurs liés à l'intention d'abandonner sa profession

L'intention d'abandonner le métier au moins une fois par mois est déclarée par 15,4 % des soignants répondant à l'enquête PRESST-

NEXT initiale de 2003, par 13,1 % de ceux présents un an après, et par 17,4 % des médecins de l'enquête SESMAT.

La faible qualité du travail d'équipe multiplie par six l'intention de quitter la profession pour les soignants paramédicaux. Elle multiplie par quatre cette intention pour les médecins (**Tableau 3**). Le burnout double l'intention d'abandon de ceux-ci ; et la quadruple pour les paramédicaux français. D'autres facteurs contribuent, de façon moindre, à l'intention d'abandonner : les faibles possibilités de développement professionnel, l'ancienneté ou l'âge des paramédicaux et des médecins, les conflits travail/famille pour les paramédicaux, la forte crainte de commettre des erreurs et les relations tendues avec l'administration pour les médecins. Les troubles musculosquelettiques (TMS) ont peu d'influence de même que l'insatisfaction du salaire. En revanche, les médecins ayant reçu des propositions pour un autre travail hors des soins ont plus l'intention de partir.

Ces facteurs sont confirmés par l'analyse longitudinale menée auprès des infirmiers européens et français¹³³.

□ Analyses comparant médecins hommes et femmes

Santé et hygiène de vie

Les problèmes de santé sont plus prévalents parmi les femmes médecins. Les femmes médecins ont un score de burnout général élevé plus fréquent (F 49,1 % et H 42,4 %) et déclarent avoir des troubles de santé mentale plus souvent que les hommes médecins (F 34,8 % et H 29,3 %) ¹³⁴.

Une bonne hygiène de vie est loin d'être commune parmi les médecins. Hommes et femmes pratiquent rarement un sport (F 55,7 % et H 58,8 %). Les femmes médecins participent moins à des activités de loisir que leurs collègues masculins (F 30,0 % et H 33,9 %). Hommes et femmes fument autant (F 24,5 % et H 26,2 %). Moins de la moitié des femmes et des hommes médecins mangent 4 parts de fruits ou légumes par jour, prennent une pause repas souvent ou toujours lors des jours de travail, et une pause repas pendant leurs gardes durant plus de 18 heures. La moitié des médecins n'ont pas passé de visite en médecine du travail au cours des trois années précédentes.

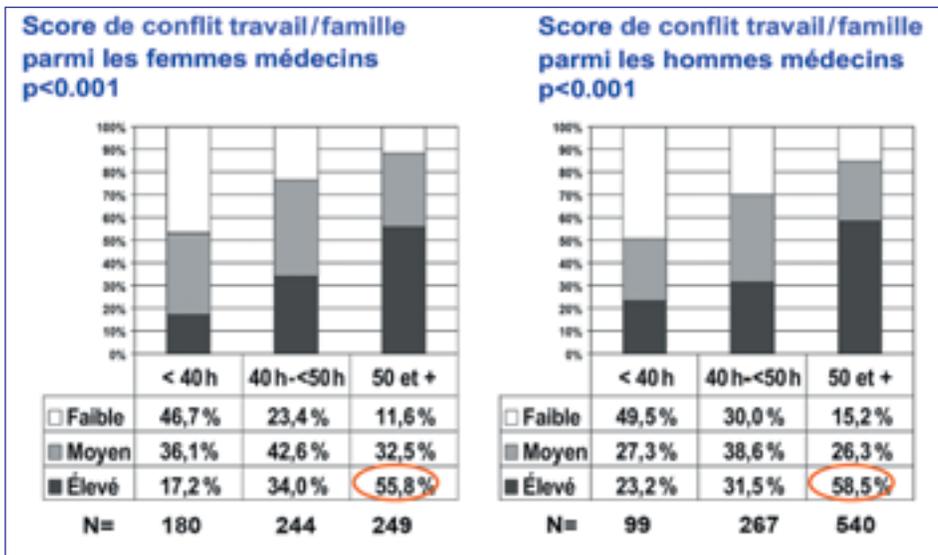
Soulignons aussi que les mêmes difficultés pour une bonne hygiène de vie avaient été retrouvées parmi les paramédicaux français de l'étude PREST-NEXT ¹³⁵.

Statut, genre, horaires et intention d'abandon

Les femmes médecins sont moins fréquemment dans une position hiérarchique supérieure que les hommes (47,5 % versus 55,8 %). Elles bénéficient moins souvent de 10 jours ou plus de formation continue dans les 12 mois précédents (22,5 % versus 30,7 %). Elles sont moins impliquées dans des activités d'enseignement (55,0 % versus 63,3 %). Plus d'un quart des médecins doivent consacrer plus de 20 % de leur temps de travail à des activités hors des soins telles les tâches administratives.

Les femmes médecins sont un peu moins nombreuses à travailler plus de 50 heures par semaine (37,1 % contre 59,4 % des hommes). Elles sont plus nombreuses à travailler à temps partiel (14,3 % contre 4,7 % des hommes). Elles sont un peu moins nombreuses à travailler au moins 5 nuits par mois (20,9 % contre 40,6 % des hommes). Seuls 25,3 % des femmes médecins et 22,2 % des hommes médecins ont un score

Figure 2 - Score de conflit travail/famille des médecins selon la durée hebdomadaire de travail





© Rachel Frank/Corbis

de conflit travail/famille faible. Les hommes et les femmes ont autant l'intention d'abandonner leur profession (17,4 %).

Le score de conflit travail/famille est directement lié avec la durée hebdomadaire de travail pour les femmes médecins comme pour les hommes médecins (**Fig. 2**).

Conditions et climat de travail

L'influence au travail (faible 15,4 %, moyenne 32,3 %), la demande quantitative (élevée 45,7 %), les relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe (hostiles et tendues 31,8 %) et le harcèlement des supérieurs (mensuel ou plus 18,8 %) ne diffèrent pas entre les femmes et les hommes médecins. C'est aussi le cas de la satisfaction concernant l'espace de travail, pour laquelle 27,9 % des médecins déclarent que les locaux sont exigus ou mal répartis et 26,2 % déclarent les deux difficultés.

La qualité du travail d'équipe est plus souvent élevée pour les hommes médecins (F 29,9 % et H 32,8 %). Mais les hommes médecins déclarent plus souvent que les relations avec

l'administration sont hostiles ou tendues (F 36,9 % et H 42,5 %). Ils déclarent un peu plus souvent être soumis à la violence chaque mois ou plus fréquemment encore (F 24,8 % et H 29,5 %). Ils ont plus souvent la crainte de commettre des erreurs (F 52,6 % et H 62,3 %) et sont un peu plus souvent insatisfaits des transmissions entre équipes successives (F 38,2 % et H 41,6 %).

Le ratio effort/récompense ne diffère que légèrement entre les hommes et les femmes médecins. Cependant les hommes médecins présentent plus souvent un score élevé de déséquilibre effort/récompense (24,5 % versus 18,6 % des femmes médecins).

▣ Analyses par spécialités

Les données recueillies pour l'enquête SES-MAT ont permis de comparer les réponses de l'échantillon représentatif de l'ensemble des praticiens salariés avec celles des répondants de différentes spécialités. Ces spécialités sont constituées des médecins urgentistes (MUR)¹³⁶, des médecins

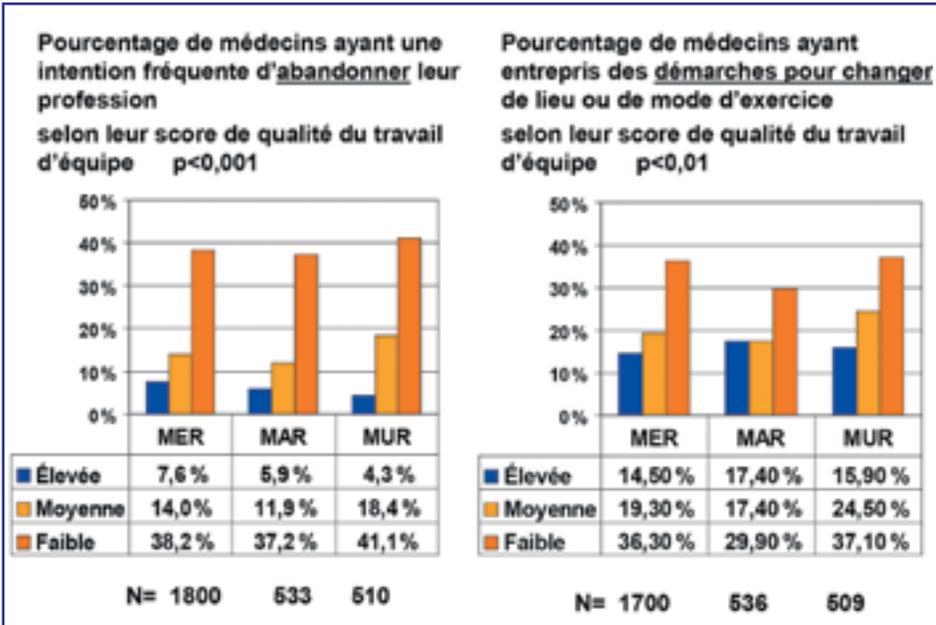


Fig. 3 - Liens de l'intention d'abandonner la profession et des démarches pour changer avec la qualité du travail d'équipe: médecins France

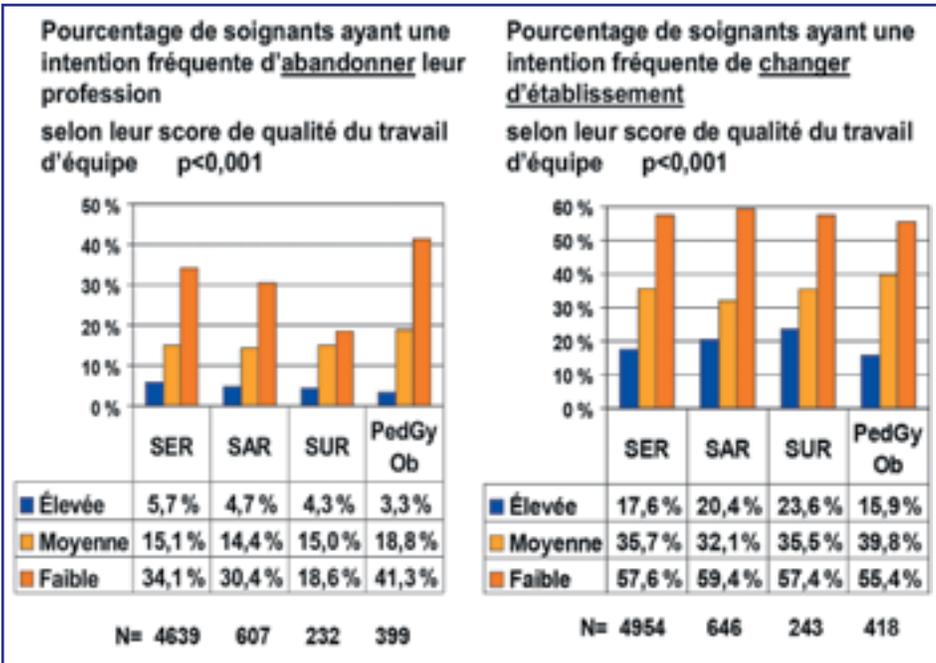


Fig. 4 - Liens de l'IAP et des démarches pour changer avec la qualité du travail d'équipe: paramédicaux France

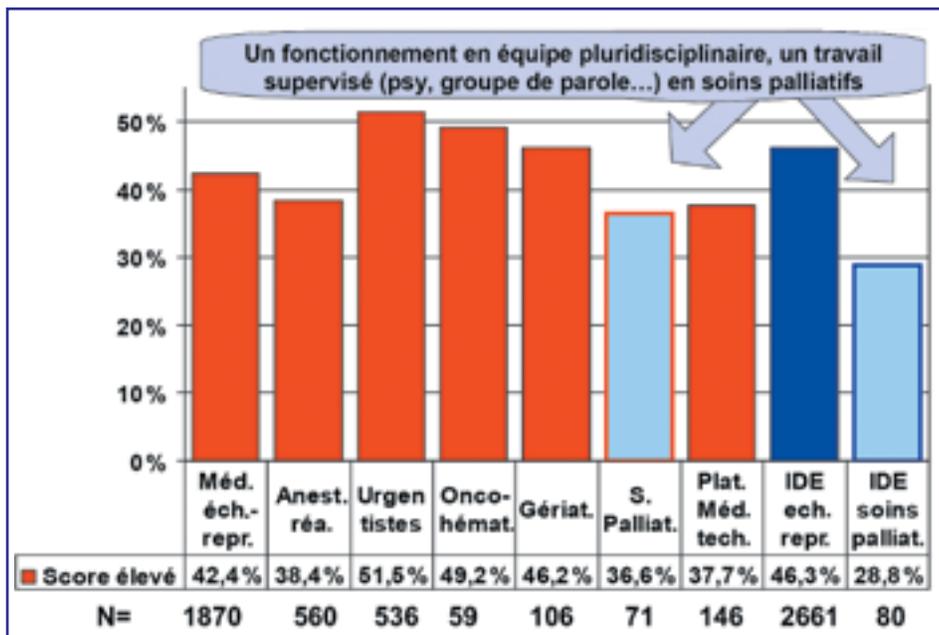


Fig. 5 - France : pourcentage de médecins et infirmiers avec un score élevé de burnout général (CBI)

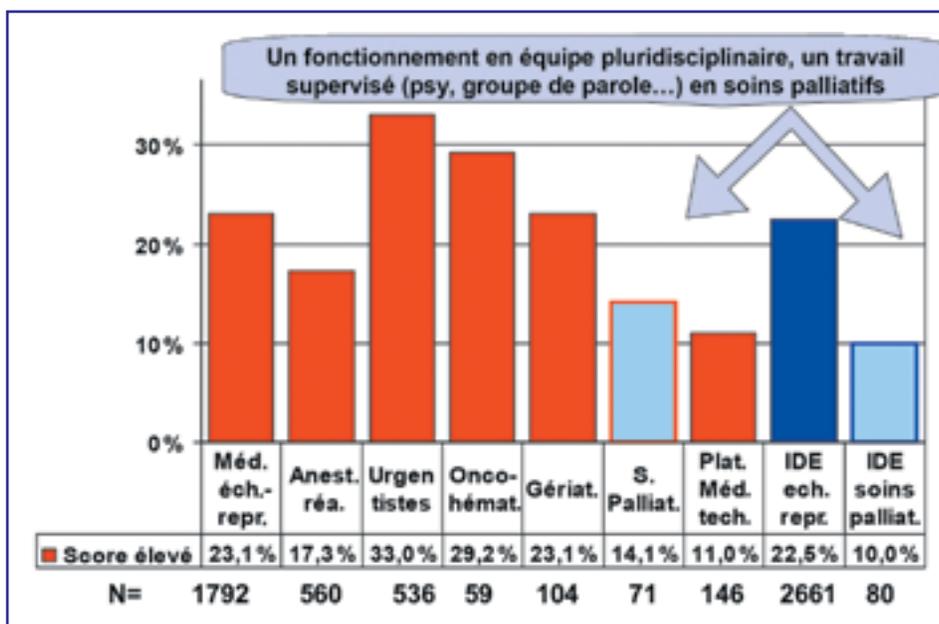


Fig. 6 - pourcentage de médecins et IDE avec un score élevé de burnout lié aux patients (P-CBI)



anesthésistes réanimateurs (AR)¹³⁷, des psychiatres (PSY)¹³⁸, des onco-hématologues (MOH), des gériatres (GER) et des médecins de soins palliatifs (MSPal)¹³⁹. On a pu constater que la faible qualité du travail d'équipe multipliait fortement l'intention d'abandon ou de changement de lieux, d'exercice dans toutes les spécialités médicales, ce qui était démontré avec la même ampleur parmi les paramédicaux (Fig. 3 et 4).

Une comparaison a été faite entre les médecins et infirmiers de soins palliatifs (ISPal) et les médecins et infirmiers de l'échantillon représentatif français (IRep)¹³⁹. On constate que le burnout général, et encore plus celui lié aux patients, est moins important pour les médecins et les infirmiers travaillant en soins palliatifs que pour ceux travaillant dans les autres disciplines, ce qui pourrait paraître paradoxal (Fig. 5 et 6).

Le mode d'organisation interdisciplinaire, permettant de délivrer des soins dans une approche globale de la personne, en vigueur dans les unités de soins palliatifs a clairement un effet protecteur sur les soignants. **Ce mode d'organisation devrait être étendu à l'ensemble des spécialités, au lieu du développement actuel de la mutualisation des moyens en personnel paramédical sur plusieurs services.**

De même, l'analyse que nous avons menée sur les anesthésistes français fait apparaître que le travail en équipe, dans cette spécialité, constitue une réelle protection, même en cas de situations de travail dégradées. Il n'en demeure pas moins que la mise en place de stratégies de prévention paraît cruciale, comme le soulignent aussi d'autres études internationales récentes¹⁴⁰⁻¹⁴³. Parmi celles-ci, la reconnaissance des situations de stress et la formation à la prise en charge des complications graves en situation virtuelle préparent les praticiens à affronter les événements les plus éprouvants de leur exercice professionnel. «L'intérêt du travail

en équipe est de pouvoir rompre l'isolement des praticiens lorsqu'ils ont à affronter des situations difficiles ou complexes qui sortent de leur champ d'expertise habituel, concluent Bonnet et Dureuil¹⁴⁴. Cela implique néanmoins qu'une atmosphère de bonne collaboration et d'échanges réguliers soit entretenue au niveau des équipes. L'optimisation des conditions de travail, notamment dans des secteurs critiques comme le bloc opératoire en est le corollaire. Elle induit d'appliquer des méthodes de gestion d'équipe se basant sur des outils adaptés, sur une définition claire des responsabilités et des rôles de chacun, sur une dynamique de gestion des micro (macro) conflits à laquelle tous les médecins ne sont pas forcément formés.»

□ Comment des médecins hospitaliers apprécient-ils leurs conditions de travail ? Réponses aux questions ouvertes

Dans un contexte de changements rapides et profonds de l'organisation hospitalière, comment des médecins hospitaliers vivent-ils leur situation au travail ? Comment disent-ils leurs sentiments de satisfaction et d'insatisfaction dans leur pratique professionnelle ? L'enquête SESMAT a permis de recueillir les libres réponses de 2 555 médecins et pharmaciens salariés sur ce qu'ils aiment dans leur métier et ce qui leur est pénible¹⁶⁰. Des logiciels informatiques d'analyse lexicométrique ont permis d'observer la distribution des formes lexicales de ce corpus.

On constate que, s'agissant de «ce qu'ils aiment le plus», les médecins et pharmaciens répondants ont mis spontanément au premier plan les aspects relationnels et de contenu médical de leur profession. Quelques exemples : femme, moins de 35 ans, CHG, Province, urgence «*le contact direct avec le patient et le travail en équipe, travail très diversifié (régulation samu, smur, accueil urgence)*». Homme, moins de 35 ans,

CHG, Province, chirurgie « *le contact du patient, une confrontation à une situation à chaque fois différente, le travail en équipe et le partage des connaissances, pouvoir agir de façon directe sur une pathologie donnée car je suis chirurgien.* »

Sur ce « qui leur semble le plus pénible », les médecins dessinent les thèmes des conditions de travail, du manque de temps, de personnel, de locaux, et surtout de reconnaissance, tant de l'administration, des collègues que des patients, et l'agressivité de ces derniers. Les contraintes administratives enfin et les difficultés relationnelles avec l'administration sont au cœur de la pénibilité décrite par ces médecins. Exemples : homme, 45-54 ans, CHG, Province, service non précisé « *le poids terrible de notre administration, le déséquilibre entre leur rythme et le nôtre, le manque de considération pour les agents qui sont auprès des patients et le mépris des administratifs pour le corps médical qui est, comme chacun le sait, le responsable de tout ce qui ne va pas dans le monde de la santé, les consignes, règlements, déclarations, audits évaluation et autres inventions hiérarchiques qui nous empêchent de faire le travail que nous avons été formés à faire.* » Femme, 35-44 ans, CHU, IDF, médecine « *Les pressions administratives, la volonté de diminuer les consultations, leur qualité, le temps accordé aux familles, les réévaluations régulières avec ajustement de traitement, l'organisation du maintien à domicile, la quantité opposée à la qualité du travail ; la maladie grave, la mort ne sont plus admises à l'hôpital, cela fait*

penser l'hôpital comme un énorme service d'urgences où tous ceux admis rentrent chez eux guéris. »

□ **Les risques psychosociaux, la violence et le burnout ne doivent pas être vécus comme une fatalité**

Des pistes de réduction des risques sont clairement apparues et portent sur des améliorations organisationnelles et architecturales, comme l'ont montré les expérimentations conduites dans d'autres pays. Des auteurs ont étudié la charge de travail dans des services d'urgences très actifs, ainsi que son lien avec la sécurité des soins, la satisfaction des malades et des soignants¹⁴⁶⁻¹⁵⁵. Il paraît nécessaire de comprendre l'environnement de chaque soignant, en liaison avec le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire, pour apporter des améliorations systémiques. Les risques d'erreur sont plus élevés que dans les autres services hospitaliers en raison d'une large variété de tâches complexes, de l'incertitude des situations et de la fréquence des périodes de multitâches¹⁵⁶⁻¹⁶⁰.

La prise de conscience qui se fait jour et la perception de la vulnérabilité potentielle des soignants au même titre que l'ensemble des autres professionnels, sont des facteurs d'amélioration possible. Dans cette perspective, le management des établissements et des équipes devrait accorder, dès à présent, une attention plus soutenue et éclairée aux conditions de travail des professionnels de santé. ■■■■■

« Plus que la quantité de travail, ce sont plutôt les conditions de fonctionnement des équipes qui font le lit du burnout. »



[L'ergonomie participative pour agir mieux]

L'ergonomie présente le mérite de constituer une méthode d'intervention, basée sur les connaissances physiologiques et psychologiques relatives à l'homme. Elle met en évidence l'enchaînement de causes et d'effets qui peuvent aboutir à une atteinte de la santé ou à une dégradation de la qualité du service rendu. Non seulement elle permet un constat, comme l'enquête épidémiologique, mais elle est précieuse pour préparer, concevoir, mettre en place et évaluer une action de prévention ou de correction.

Les études ergonomiques menées en milieu hospitalier et médico-social ont montré l'importance de la parcellisation du travail des soignants. Celle-ci est accentuée par la recherche d'information, la traçabilité non facilitée, la préparation et le rangement des soins et leur réalisation. Elle empêche un accompagnement du patient passant essentiellement par la présence du soignant à ses côtés pour une possibilité de soins relationnels¹⁶¹⁻¹⁶⁷. Cette insuffisance de temps disponible pour une relation personnalisée avec des résidents de structures de soins ou d'hébergement gériatrique, a été mise en évidence par des gériatres comme liée à un état dépressif constaté chez certains résidents

d'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Parcellisation du travail et manque de temps entament d'autant le travail clinique avec le patient. Ils nuisent donc à la part d'autonomie restante du patient, qui se trouve affaiblie au lieu d'être préservée ou renforcée avec l'aide d'un soignant¹⁶⁸⁻¹⁶⁹.

On constate, dans tous les services, que plus on parle en équipe plus on parle aux patients.

➔ Du constat statistique à l'intervention ergonomique

Des démarches de **formation-action ergonomique** ont été mises en œuvre dans des établissements sanitaires et médico-sociaux **pour réduire les risques psychosociaux du personnel tout en améliorant la qualité des soins**. Par ces initiatives, il s'agissait de profiter des réaménagements pour optimiser l'efficacité des équipes, tout en promouvant la satisfaction professionnelle, la fidélisation des soignants et l'attractivité des postes, dans un contexte de pénurie de soignants. Cet objectif passe par l'amélioration des conditions de travail et

l'accroissement de la compatibilité des postes de travail avec le maximum de travailleurs potentiels de tous âges.

La méthode de formation-action utilisée **aide les équipes à comprendre les déterminants des dysfonctionnements** organisationnels initiaux, à promouvoir des stratégies préventives et à valoriser les procédures satisfaisantes déjà mises en œuvre, afin de permettre la définition d'un projet de réaménagement répondant à la nouvelle organisation.

Cette nouvelle organisation doit promouvoir des soins de qualité respectant les règles d'hygiène nécessaires et favorisant les temps d'accompagnement et d'explications au malade et à sa famille, considérés comme partenaires des soins¹⁷⁰⁻¹⁷¹. À l'occasion de ces interventions, une étude ergonomique préalable des lieux et postes de travail a toujours été menée.

Analyse des causes de dysfonctionnements

L'analyse des déterminants du fonctionnement des équipes de travail est centrée sur quatre axes :

- réfléchir aux changements d'organisation permettant la réduction des événements indésirables pour les patients et la réduction du stress pour les soignants,
- dégager des propositions d'amélioration des situations de travail (agencement des locaux, équipements, liaisons, proximités),
- faciliter une appropriation aisée par les personnels de leur outil de travail et des outils informatiques qui sont progressivement mis à leur disposition,
- construire des « collectifs de travail » pluridisciplinaires soudés, permettant une bonne circulation de l'information et un soutien émotionnel dans les situations difficiles.

L'observation, sur des journées complètes, des interactions entre espace, mobilier, organisation du travail et relations est un préalable indispensable à la fiabilité des résultats et à la compréhension des leviers. La méthode de formation action ergonomique participative aide les équipes à réaliser des **observations croisées entre métiers et horaires**. Ces relevés permettent d'associer l'expertise des soignants et l'expertise ergonomique pour une élaboration de propositions réalistes. Nous détaillerons quelques exemples.

➡ L'analyse du travail réel précise l'origine des risques psychosociaux

Malgré la plainte de manque de temps pour les soins directs des médecins et des paramédicaux, la sous-estimation de la faiblesse et du fractionnement du temps avec les malades reste importante.

Le temps dans les chambres est fractionné et réduit

Dans un centre hospitalier général (CHG), les **pertes de temps liées à un espace et une organisation inappropriés** ont conduit les activités effectuées hors de la présence des malades à dépasser celles faites en leur présence, aussi bien pour les infirmières (**Tableau 8**) que pour les médecins (**Tableau 9**).

Pour les IDE, on observe que la transmission inadéquate des informations, dans des locaux où plusieurs conversations coexistent, est suivie par des recherches d'informations dans les couloirs et des retours au bureau. **Le nombre d'entrées dans les chambres des IDE en est multiplié**, avec non-possibilité de respecter les règles d'hygiène. Le temps dans les chambres et les occasions d'écoute de qualité en sont largement amputés. De 25 % à 55 % du temps de travail des IDE se passe



Tableau 8. Observations ergonomiques du travail réel d'infirmières (IDE) de CHG

Service	Cardiologie	Cardiologie	Orthopédie	Orthopédie	Médecine	Pneumologie	Gastro-entéro
Horaires observés	6h37 - 14h24	13h40 - 21h20	6h40 - 14h20	13h40 - 21h40	13h40 - 21h40	13h40 - 21h40	13h40 - 22h
% de temps dans les boxes et chambres	22,9 %	20,0 %	45,2 %	27,9 %	20,7%	31,5%	23,8%
Nombre de séjours	37	16	33	46	46	56	29
Durée totale dans les chambres	1 h 47	1 h 35	3 h 25	2 h 09	1 h 56	2 h 25	1 h 59
% de temps dans le couloir, hall, ascenseur	8,5 %	4,0 %	6,8 %	5,6 %	8%	6,6%	13,4%
Nombre de séjours	80	18	19	20	44	11	33
% de temps dans le bureau infirmier	57,4 %	53,5 %	26,2 %	42,2 %	41,1%	31,1%	53,1%
Nombre de séjour	31	20	10	21	43	25	30
% de temps dans le poste de soins infirmier	4,9 %	12,2 %	9,0 %	10,0 %	7%	11,2%	3,8%
Nombre de séjours	17	13	15	30	28	45	6

Tableau 9. Temps dans les principaux lieux de travail de médecins dans un CHG

Service	Cardiologie	Gastro-ent.	Pneumologie	Médecine	Gynéco-obs.	Chir. visc.	Chir. ortho.
Horaires observés	8h15 - 19h30	9h - 19h45	9h07 - 12h45	9h - 18h	8h30 - 18h	9h55 - 19h	8h25 - 19h25
Durée totale observée	11 h 15	10 h 45		coupure 7 h 28	10 h	9 h 55	11 h
% temps dans les chambres	18,8 %	21,6 %	15,7 %	25,7 %	3,9 %	0,7 %	1,5 %
Nb. séjours dans chambres	19	22	8	20	5	1	6
Durée totale dans chambres	2 h 04	2 h 19	0 h 34	1 h 55	0 h 22	0 h 04	0 h 10
% de temps dans couloirs	5,2 %	2,5 %	12,0 %	8,0 %	7,5 %	1,3 %	4,5 %
Nb. séjours dans les couloirs	23	8	18	26	29	4	7
% de temps dans bur. infirmier	12,9 %	27,6 %	43,5 %	3,8 %	4,6 %	0,6 %	0,2 %
Nb. séjours bureau infirmier	18	29	15	8	4 (bur. S-F)	1	1
% de temps en salle de consult. ou examens spécifiques	37 % (dt écho 7 %)	34,6 %	8,3 %		6,2 %	26,5 %	23,5 %
Nb. séjours en salle de consult ou examens spécifiques	20	10	1	0	5	37	4
% de temps bureau médical	5 %	3,9 %	0,4 %	49,3 %	15,9 %	11,0 %	7,0 %
Nb. séjours bureau médical	2	4	1	31	15	1	5
% de temps en salle réunion					22,6 %		16,7 %
Nb. séjours en salle réunion					4	0	1
% de temps au bloc					30,5 %	33,9 %	26,5 %
Nb. de séjours au bloc					9	1	6

Tableau 10. Observations ergonomiques du travail réel d'aides-soignantes de CHG

Service	Cardiologie	Orthopédie	Orthopédie	Médecine	Médecine	Pneumo.	Maternité	Néonatalog.
Horaire observé	6h40 – 14h20	13 h 40- 21 h	6 h 40–14h20	6h40 – 13h	13h30–21h20	14h40–21h20	6h –14h	6h40 – 14h20
% de temps dans les chambres	58,7 %	59,1 %	54,5 %	64,2%	42%	59,1%	48%	44%
Nombre de séjours	78	115	52	66	116	54	42	35
Durée totale dans les chambres	4 h 30	4 h 37	3 h 32	4h 04	2h 44	4h 26	3h 35	3h 36
% de temps dans le couloir, hall, asc	10,2 %	10,1 %	4,6 %	10,2%	28%	6,1%	5%	24%
Nombre de séjours	21	95	23	26	80	21	12	31
% de temps dans bureau infirmier	16,7 %	12,5 %	6,4 %	6%	9%	12,2%	8%	3%
Nombre de séjour	8	12	8	7	26	5	4	10
% de temps dans le poste infirmier	1,1 %	1,1 %	1,8 %	1,8%	5%	2%	7%	4%
Nombre de séjours	2	7	8	3	15	4	4	5

dans un bureau peu adapté, où les uns gênent les autres.

L'ensemble des treize médecins observés dans ce CHG réalisent des journées de travail dépassant 9 heures. Mais, à part l'urgentiste observé 12 heures, **aucun médecin ne séjourne au total dans les chambres de malades plus de 2 heures 20 par jour**. Les médecins des spécialités médicales peuvent alterner des visites faites dans les chambres, de façon regroupée puis à la demande. En effet, leurs locaux de consultations sont proches des chambres d'hospitalisation. Ils utilisent aussi largement le bureau infirmier, malgré sa petite surface et le nombre de soignants simultanément présents, afin de regarder les dossiers, les examens, et d'adapter les prescriptions. Leur travail dans les locaux d'échographie et d'endoscopie, à proximité de ceux d'hospitalisation, leur permet aussi de répondre à des demandes des services d'hospitalisation pendant les moments d'attente de l'arrivée d'un patient ou de préparation de la salle d'endoscopie. **Les nouveaux choix de regroupement des plateaux techniques vont augmenter les temps de déplacement et réduire, de fait, leur disponibilité.**

Les aides-soignantes restent souvent plus de 50 % de leur temps dans les chambres (tableau 10). Mais, on observe que les surfaces des bureaux infirmiers ne leur laissent pas d'espace pour venir partager les informations recueillies, afin qu'elles soient utilisées pour une meilleure qualité des soins. Elles transmettent brièvement dans les couloirs. Les AS viennent dans le bureau infirmier pendant moins de 10 % du temps de travail pour la majorité d'entre elles. La conception de bureaux sectorisés doit permettre de les associer.

Charge émotionnelle, isolement et échanges entre soignants de CHG

Échanges, isolement et souffrance émotionnelle ont été analysés à travers les observations ergonomiques de journées de travail. Toute politique d'amélioration de la qualité des soins met l'accent sur les soins relationnels, qui se voient « prescrits » comme souhaitables, voire indispensables, et sur une bonne communication en faveur de ceux-ci dans l'équipe. C'est pourquoi les conflits entre ce travail prescrit et le travail réel tendent à favoriser une souffrance au travail des soignants. Or, l'analyse du travail réel consigné



Tableau 11. Nombre d'échanges des aides-soignantes et pourcentage du temps qui leur est consacré, selon les interlocuteurs

AS	Cardiologie		AS Technique Gastro		Orthopédie		Médecine		Médecine		Pneumologie	
	6 h 40 – 14 h 20		8 h 30 – 16 h 10		13 h 40 – 21 h		matin		Ap.-midi		Après-midi	
	N	% temps	N	% temps	N	% temps	N	% temps	N	% temps	N	% temps
Patients	19	29,8 %	23	5,6 %	103	32,7 %		30,1%		4,5%		24,3%
Familles	1	0,4 %	2	3,2 %	18	3,5 %		3,5%		0,4%		3,5%
Collectifs entre paramédicaux	2	7,2 %	1	0,7 %	7	8,2 %		2,4%		10,5%		14,1%
Collectif paraméd + médecins			2	0,5 %								
Médecin(s)	1	1,1 %	3	0,7 %	1	0,4 %		0,9%		1,5%		0,4%
Cadre	5	2,0 %			0							1,7 %
IDE	10	6,5 %	24	9,3%	18	5,5 %		9,5%		1,1%		0,4%
AS	19	15,4 %	5	1,4%	48	14,7 %		26,8%		2,6%		41,1%
Étudiant en soins infirmiers	3	1,5 %			0							
Autres agents du service	3	1,3 %	3	1,4 %	0							
Agent Resto ASH blanc.	2	2,6 %	2	0,5 %	1	0,2 %		2,7%		1,1%		0,4%
Personnel autre serv. ou ambulancier	4	3,7 %	7	2,9 %	5	0,6 %						
Téléphone			14	4,5 %	0			0,2 %				
Pas d'échanges		31,8 %		70 %		34,2 %		23,9%		78,4%		14,5%

Tableau 12. Nombre d'échanges des infirmiers et pourcentage du temps qui leur est consacré, selon les interlocuteurs

IDE	Gastroentérologie		Cardiologie		Médecine		Médecine		Pneumologie	
	13 h 40 – 22 h		6 h 37 – 14 h 24		13 h 40 – 21 h 20		6 h 30 – 14 h 16		13h40-21h20	
	N	% temps	Nb	% temps	Nb	% temps	Nb	% temps	Nb	% temps
Patients	24	11,0 %	36	16,9 %	35	7,4 %	36	5,8 %	29	18 %
Familles	10	4,4 %	11	1,9%	9	2,5%	2	0,4%	12	5%
Collectifs entre paramédicaux	3	15,6 %	11	9,6 %	2	5,6 %	4	6,4 %	5	10 %
Collectif paraméd + médecins	3	4,6 %	0							
Médecin(s)	26	16,0 %	24	4,9%	13	2,5%	11	6,6%	12	8%
Cadre	2	1,0 %	0						2	1 %
IDE	6	2,2 %	30	2,3 %	15	5,9 %	11	1,2 %	10	3 %
AS	6	1,8 %	17	1,7 %	12	2,5 %	3	0,6 %	6	2 %
EI	14	7,0 %	9	1,4 %			60	12,2 %	12	4 %
Autre du service	11	6,6 %	3	0,2%	5	0,1%	2	0,9%	1	1%
Agent Resto ASH blanc.	6	1,8 %	5	0,6 %					3	
Personnel autre serv. ou ambul.			5	0,4 %			2	0,2 %		
Téléphone			27	3,2 %	29	4,9 %	5	2,4 %	8	2 %
Pas d'échanges		28,0 %		66,9%		67,6%		63,3%		46%

dans ces observations en CHG montre que les discussions restent surtout intra-catégorielles. On parle avant tout aux soignants du même métier que soi, pas à l'ensemble des membres d'une équipe.

□ À qui parlent les aides-soignantes ?

La rareté des échanges entre les aides-soignantes et les médecins est retrouvée dans toutes les observations (**Tableau 11**). Pourtant, on observe l'importance des échanges des AS avec les malades. Le travail réalisé souvent à deux AS, pour faire face à la manutention des malades, favorise de nombreux échanges intra-catégoriels.

En voici un exemple **en médecine**. L'AS du matin est la moins silencieuse (23,9 % du temps sans échanges). Elle parle tout au long des soins avec les malades (18 échanges pour 30,1 % du temps, avec des durées moyennes de 7 min 30). C'est elle qui a les plus longs échanges continus avec eux. Elle se coordonne, se concerta avec une autre AS et prend sa pause-concertation avec elle (16 échanges pour 26,8 % du temps). Mais elle a **peu d'occasions de discuter en détail avec les autres soignants plus qualifiés de ses observations sur l'état du malade** et ses réactions face à son problème de santé. En effet, elle ne parle que 3 fois à un médecin pour 0,9 % du temps, transmet brièvement à l'IDE des informations factuelles ou se renseigne d'une phrase (17 échanges pour 9,5 % du temps) et n'a qu'un seul échange collectif en début de poste. **Elle ne parle pas à la transmission de fin de poste qui doit être ciblée rapidement par l'IDE** partante dans le peu de temps disponible.

□ À qui parlent les infirmières ?

Le temps de préparation des soins et celui consacré à la traçabilité retiennent beaucoup les infirmières dans des locaux où elles restent silencieuses (**Tableau 12**). Elles échangent

moins avec les malades que les aides-soignantes. Pourtant, leurs échanges avec les aides-soignantes restent brefs. Les médecins leur transmettent des consignes et elles les interrogent, mais les échanges restent le plus souvent brefs, sauf en gastro-entérologie.

En cardiologie, par exemple, l'IDE du matin parle 1 h 19 avec les patients en 36 épisodes. La durée de seize d'entre eux a été inférieure à 1 minute. Mais six échanges ont duré entre 3 et 6 minutes, et deux plus de 10 minutes. Les durées de onze échanges avec les familles ont toutes été inférieures à 2 minutes. Sept de ces échanges ont eu lieu au bureau infirmier. Sur les 178 échanges tenus, au total, par l'IDE, 95, soit plus de la moitié, ont eu lieu dans le bureau infirmier. Elle parle dix-neuf fois avec une AS. Mais sept de ces échanges ont lieu dans le couloir. Ces échanges dans le couloir représentent 38 % du temps d'échanges entre l'IDE et l'AS. C'est dans le couloir que se tient le seul échange dépassant 1 minute entre l'IDE et l'AS. L'IDE parle 24 fois avec un médecin. Trois échanges ont lieu dans les chambres. Ce sont les plus longs et on observe alors un échange de 2 minutes et un de 8 minutes. Quatre échanges ont lieu dans le couloir, dont un de plus d'une minute. Neuf échanges médecin-IDE ont lieu dans le bureau, dont un seul dépasse tout juste 1 minute.

□ À qui parlent les médecins ?

Les observations des médecins des mêmes services confirment les constats précédents (**Tableau 13**).

Les médecins parlent assez peu aux infirmières et très peu aux aides-soignantes. Ils se concertent assez souvent avec d'autres médecins, ce qui est une nécessité dans un centre de référence régional pour les situations difficiles. Leur temps de consultation contribue souvent au temps d'échange avec les patients. **Leurs échanges téléphoniques sont longs.**



Tableau 13. Nombre d'échanges des médecins et pourcentage du temps qui leur est consacré, selon les interlocuteurs

	Cardiologie		Gastro-entéro		Chir. orthopédique		Médecine		Pneumo o.partielle	
	8 h 15 – 19 h 30		9 h – 19 h 45		8 h 25 – 19 h 25				9 h 07 – 12 h 45	
	N	% temps	N	% temps	N	% temps	N	% temps	N	% temps
Patients	23	25,9 %	37	14,3 %	12	6,1 %	18	11,8 %	10	21,1 %
Familles	10	4,4 %	3	3,9 %			7	5,8 %	1	4,1 %
Collectif paramed + médecins	2	5,9%	4	2,0%	7	5,5%	3	3,6%	1	0,5%
Médecin(s)	11	8,9 %	15	12,6 %	7	Réu CLIN 13,6 %	33	17,4 %	8	6,4 %
Cadre	2	2,2 %	2	0,3 %	0		0		0	
IDE	13	4,9 %	20	23,7 %	14	2,3 %	23	7,8 %	12	10,6 %
AS	0		7	6,4 %	0		4	0,7 %	1	1,4 %
Autre du service	10 (secr.)	1,9 %					11 (secr.)	2,9 %	1 (secr.)	0,5 %
Agent Resto ASHbranc.	1	0,7 %		Sec. 3,6 %						
Pers. autre serv. ou ambulancier	3	5,9 %	2	2,5 %	6	4,8 %	7 (labo)	6,0 %	12	10,6 %
Téléphone	10	1,9 %	7	7,1 %			7	4,9 %	7	6,4 %
Pas d'échanges		47,4 %		35,6 %		67,7 %		39,1 %		38,4 %

Il faut en effet se coordonner avec ceux qui prendront le patient en charge à sa sortie, les durées moyennes de séjour à l'hôpital des malades étant très brèves. Détaillons quelques cas.

En médecine, le médecin a 18 échanges avec les malades (11,8 % du temps, durée moyenne d'un échange 3 min) et sept avec les familles (1,6 % du temps, durée moyenne d'un échange 4 min). La journée n'a pas été classique, car l'ensemble des secteurs était calme. Il y a eu peu de dérangements liés au téléphone. Mais, il y a une désorganisation des secteurs médicaux ce jour-là avec prise en charge de patients habituellement suivis par un autre médecin, aussi il rencontre des problèmes liés au manque d'information. Le médecin échange avec d'autres médecins, individuellement (29 fois pour 9,4 % du temps) ou collectivement sans paramédicaux (4 fois pour 8 % du temps). Les échanges avec les paramédicaux sont surtout individuels et brefs, pour donner des consignes, à l'IDE (23 échanges pour 7,8 % du temps, durée moy. d'un échange 1 min 30) à l'AS (4 échanges

pour 0,7 % du temps, durée moy. d'un échange 1 min 20). Trois échanges collectifs ont associé des paramédicaux (14 min en début de poste et 2 min ensuite, soit 3,6 % du temps). Le médecin doit gérer des problèmes au téléphone (7 fois pour un total de 22 min), principalement pour des difficultés concernant l'aval des malades.

Le cardiologue ne parle avec aucun AS. Il parle 13 fois à une IDE pour 32 min au total, auxquelles s'ajoutent 40 min avec plusieurs paramédicaux. Il parle avec les malades dans les chambres et en consultation. Les échanges avec les malades et les familles occupent 3 h 25 au total. Ils dépassent souvent 10 min consécutives. Mais **les informations sont peu discutées avec l'équipe paramédicale, qui est, de ce fait, moins à même de reprendre les éléments d'éducation sanitaire adaptés à chaque patient.** Les échanges avec plusieurs soignants, dont des paramédicaux, durent 40 min, en deux épisodes en début de journée, ainsi qu'un long échange avec plusieurs médecins. Les échanges avec les



© Rachel Frank/Corbis

IDE sont de 23 min avec l'équipe du matin et 10 min avec celle de l'après-midi. La concertation avec le cadre n'a pas dépassé 15 min, et avec la secrétaire 13 min.

La mutualisation des moyens et des personnels aggravera la méconnaissance des patients. Elle présente des risques : moindre dépistage de complications débütantes, moindre suivi de l'éducation thérapeutique du patient...

Le chirurgien orthopédiste est principalement silencieux (66,7 % du temps), les paroles au bloc devant être restreintes pour limiter les risques infectieux et les explications en consultation restant très techniques. Il échange 14 fois avec une IDE pour une durée totale de 15 min et 7 fois avec un autre

médecin ou chirurgien pour 38 min au total. Il participe à une réunion du CLIN de 18 h à 20 h. **La création de pools de panseuses et d'anesthésistes rend la collaboration avec anticipation silencieuse bien plus difficile avec augmentation du stress et des risques.**

Ces exemples caractéristiques montrent comment chaque profession cible les échanges sur le minimum indispensable du fait de déterminants sous-estimés. **L'organisation et les locaux devraient mieux favoriser le partage d'information, afin de permettre l'élaboration d'un projet de soins adapté à chaque personne soignée. Cette organisation est nécessaire pour obtenir un meilleur soutien, une meilleure reconnaissance du travail de chacun par les autres et pour réduire ainsi les risques psycho-sociaux.**

➔ Isolement et interpellation morale, exemple d'observation ergonomique chez un interne en hématologie de CHU

Une observation ergonomique détaillée d'un interne a été menée en service d'hématologie de pointe d'un CHU, de 8h35 à 19h28. Elle a permis de reconsidérer certains jugements hâtifs sur la situation des jeunes médecins. Contrairement à ce que l'on veut bien dire, ils ne sont pas fondamentalement distants mais n'ont que rarement un étayage suffisant pour aborder les grands problèmes de l'existence auxquels sont confrontés les patients. De plus, son travail est entravé par 47 interruptions qui occupent 15,8 % de son temps de travail. Cette observation confirme que les besoins d'information des uns et des autres au cours de la journée, les complications de l'organisation du travail et les problèmes sont liés, pour une grande part, au rattrapage de difficultés dues à une mauvaise circulation de l'information. Les problèmes sont encore plus perturbants par leur impact émotionnel et les préoccupations liées à la responsabilité médicale bien au-delà du temps directement consacré aux 12 épisodes problématiques.

L'architecture de ce service et l'aménagement de son espace obligent le médecin à travailler d'un côté et les infirmières de l'autre. Un médecin peut parfois sembler hautain à un patient, à une autre professionnel de santé. Il importe de comprendre la part des conflits entre travail réel et travail prescrit qui favorisent ses difficultés. Ce médecin peut être animé des meilleures intentions vis-à-vis de ce patient ou de ce soignant. Les études ergonomiques montrent depuis plusieurs décennies comment l'architecture et l'aménagement des lieux de soins peuvent entraver la qualité des soins.

De nombreuses études montrent que l'absence de sectorisation ne favorise pas le réflexe interdisciplinaire. Dans les faits, le médecin ne récolte pas toujours les éléments recueillis par l'infirmière et utiles à une bonne prise charge de chaque patient. De même, il ne donne pas toujours les informations qui aideraient l'infirmière à pouvoir répondre aux questions du malade. Ces mécanismes contribuent à la charge psychique du travail, aux risques de troubles anxio-dépressifs et d'épuisement professionnel (burnout).

Enfin, l'existence d'un cadre — d'un temps et d'un espace — pour comprendre et améliorer l'organisation du travail d'une part, pour « métaboliser » ces risques psychosociaux d'autre part, fait cruellement défaut.

□ Des échanges approfondis avec les malades

Les 13 échanges de l'interne observé avec un malade ont occupé 16,5 % des 10h53 min de travail. La durée moyenne d'un échange avec un malade est de 8 min, avec une durée maximale continue de 25 min. Les échanges avec les malades laissent une réelle place à leurs questions comme à l'accompagnement psychologique. Lors de la visite, le temps d'explication par l'interne est beaucoup plus long que son examen clinique. Les explications sont données en termes simples, en reformulant plusieurs fois l'information. Il se fonde sur les interrogations du malade, même si elles peuvent sembler, d'un point de vue médical, hors de propos. Il répond à chaque question de façon précise, en cherchant à rassurer. Il explique les effets secondaires possibles. Il dit que l'on peut agir pour les réduire, mais que, pour cela il faut les mentionner à l'équipe. Cependant, les éléments personnels des malades sont peu abordés avec eux, surtout quand ils ne concernent pas directement la spécialité du service. Par exemple, la vie sexuelle d'une jeune malade n'est pas évoquée par l'interne, lorsqu'il lui dit qu'il faut

faire l'ablation du stérilet et poser le cathéter avant de débiter la chimiothérapie.

L'interne doit faire face au découragement des patients sans donner de faux espoirs, tout en évitant le refus de traitement. Le patient de la chambre 10 (LAM en échec après induction n° 1 et hospitalisation pour rattrapage) ne sort pas d'aplasie. Ce patient pose des questions précises, tout en tenant des propos de découragement: «*À quoi ça sert de se faire chier si les plaquettes explosent ?*» ou «*Le myélogramme a un intérêt intellectuel ou thérapeutique ?*». L'interne est accoudé au lit. Il essaie de donner espoir sans trop s'avancer en cette période d'incertitude: «*L'objectif ultime est la rémission complète pour aller à la greffe, mais c'est un peu tôt pour savoir.*» L'interne doit cependant évoquer l'éventualité d'une récurrence à mots couverts.

□ Une approche trop technique du pronostic vital

Le pronostic vital des malades n'est abordé de manière factuelle que dans les discussions entre médecins. Les éléments y ayant trait ne prennent pas plus de temps qu'un point technique. L'énoncé «*aucune chance de rémission*» est exprimé oralement à 8 h 40, sans commentaire, par le chef de clinique, devant le tableau des chambres de ce service d'hématologie. Les médecins sont, alors, à la recherche, à la demande du cadre, d'un lit à libérer pour un nouvel entrant. De même, quand l'interne informe: «*Je lui ai annoncé que le traitement n'avait pas marché; elle a pleuré*», l'énoncé est laconique. Lorsque l'autre interne présente un dossier, le commentaire sur l'arrêt du traitement s'en tient à: «*Maintenant, l'inconnue est à quelle vitesse il va se scratcher.*»

Vers 19 h, la chef de clinique expose sa préoccupation à propos d'un patient «*qui peut dévisser dans la nuit*», alors que l'interne de garde ne le connaît pas. Peu de temps après,

la chef de clinique demande à l'interne observé d'écrire que le patient «*n'est pas réanimatoire*» sur sa fiche de transmission. Le commentaire oral précise que le PH a prescrit, sans grande concertation, un traitement agressif à ce patient, alors que ses collègues pensaient que ce n'était plus opportun: «*Il a décidé qu'il avait un traitement curatif. Mais il est le seul.*»

Ces échanges «techniques» des médecins posent la question, souvent éludée, de leur façon de «métaboliser» la part intense de confrontation aux souffrances humaines et leurs répercussions psychologiques sur eux-mêmes. Un vocabulaire sportif sert à une distanciation faisant partie des «défenses collectives de métier», mais il est utilisé pour pallier à l'absence d'un réel débriefing émotionnel.

□ Des échanges très réguliers avec les chefs de clinique

Les échanges avec les chefs de clinique sont conçus comme un tutorat. Ils laissent de l'autonomie et de l'initiative à l'interne, mais réabondent toutes les étapes du raisonnement clinique plusieurs fois dans la journée. Pourtant, les échanges sont principalement techniques. La pause repas est faite entre internes et chefs de clinique, ce qui est une habitude. L'après-midi débute par une discussion avec un chef de clinique sur le coût d'une cure de chimiothérapie. Deux échanges interviennent avec le «médecin investigateur principal», qui supervise le protocole des essais cliniques. Lorsque l'interne le croise à la banque d'accueil, à 14 h 40, ils parlent brièvement de la transfusion d'un malade en lien avec sa sortie du lendemain.

L'approche relationnelle est négligée dans l'encadrement de ces jeunes médecins. Les relations avec les chefs de clinique sont un soutien technique. Mais elles permettent peu d'aborder les difficultés émotionnelles. Le chef



© Image Source/Corbis

de clinique essaie de désamorcer le malaise de l'interne en analysant, avec lui, les déterminants multiples de l'erreur de classification de la maladie qui conditionne le protocole mis en œuvre (**cf. ci-dessous**). Il passe en revue tous les malades et clarifie les enjeux de chaque traitement. **Mais, la question du cadre où aborder les répercussions émotionnelles et psychologiques demeure.**

□ Lieux de travail et échanges avec les infirmiers restreints

Seuls 7,9 % du temps total de travail incluent des échanges avec les IDE (30 épisodes, durée moy. 1 min 36 avec une durée max de 4 min 20) et rien avec les AS. Dans le bureau infirmier comme dans le bureau médical, l'interne cherche à intégrer des éléments psychologiques au milieu des informations techniques. Mais la nécessité d'informer **cinq infirmiers différents, dans un local avec d'autres conversations et activités**, rend les échanges limités. Il n'y a pas de discussion. Les échanges durent au maximum trois minutes. L'utilisation d'un langage concis

indique le partage d'une compétence sur les enjeux des complications possibles, au regard des traitements mis en œuvre. Ces traitements mettent les malades en apasie et les rendent fragiles aux infections, avec besoin d'une surveillance rigoureuse de la température et du comportement. Mais le langage utilisé sera, par exemple: «*Mme Z. chauffe*» ou «*Je la trouve de plus en plus 'space'*».

Les IDE ne se coordonnent pas avec les internes. Elles viennent demander, en une minute, ce dont elles ont absolument besoin, quelle que soit l'occupation de l'interne. Elles gèrent leur organisation sans, quasiment, parler aux médecins. L'interne observé est interrompu par une IDE pour un patient: «*J'attends pour le OK chimio*». À 9h52, la négociation, sur l'examen non encore fait, n'aboutit pas. Cet examen sera fait le lendemain. À 12h13, alors que l'interne saisit toutes les prescriptions, l'IDE vient lui dire qu'elle est prête pour le pansement pour lequel il doit voir l'évolution de la plaie. Il dit qu'il arrive, mais il est interrompu par une autre IDE, doit discuter avec ses collègues pour un 'OK chimio' et termine

la saisie de base de ses dix fiches de prescription. Lorsqu'il arrive, à 12h24, l'IDE a refermé le pansement sans l'attendre.

Un dossier d'échec thérapeutique et d'accompagnement est discuté, entre l'interne observé et la psychologue, pour être présenté au staff infirmier. Lorsque l'interne propose, à 14 h38, de faire un staff ce même jour à 17 h, l'infirmière sollicitée refuse, d'un mot bref, au nom de ses collègues invoquant leur charge de travail. Ce staff est théoriquement programmé tous les mercredis (la veille), mais n'avait pas eu lieu. Les internes discuteront de leur déception de ce refus, en salle de détente autour d'un café, à 14h44. Pourtant, à 14h48, une infirmière les rejoint et une concertation sur quatre malades l'associe aux internes jusqu'à 15h08.

Les échanges entre membres d'une même équipe, mais de métiers différents, restent pourtant indispensables. Ainsi, lorsqu'un problème de cathéter est abordé, entre l'autre interne et le chef de clinique, le premier demande au second : « *Tu pourras en toucher un mot aux infirmières ?* ». Lorsque l'interne passe dans le bureau infirmier modifier une prescription à 17 h24, une IDE regrette qu'il ait dit au malade que le produit abîmait les veines.

Cette observation ergonomique, comme d'autres réalisées en France depuis les années 80, le prouve : **on touche un mot au lieu de débattre**. Cet exemple montre comment la théorisation d'un savoir infirmier complètement distinct du savoir médical a amené des **organisations clivées et des choix spatiaux défavorables au partage interdisciplinaire**, au détriment de la qualité des soins.

□ Des échanges valorisants entre interne et externes

Les échanges de l'interne avec les externes sont stimulants pour leur apprentissage et valorisants pour l'interne. Ils se font principalement dans

le couloir sur le chariot. L'écoute et la considération des externes sont des moments qui confortent l'utilité et la compétence dans un contexte où plusieurs malades sont en échec thérapeutique.

□ Les internes parlent (surtout) aux internes

Les échanges avec les autres internes sont nombreux et techniques. Ceux tenus lors des pauses favorisent la solidarité et privilégient, pour cela, des sujets hors des préoccupations de travail. Les deux internes en poste lisent leur pile de classeurs de dossiers communs infirmiers-médecins et y ajoutent les informations médicales, si besoin. L'interne aide la troisième interne étrangère, en stage de coopération, pour le suivi de certains protocoles.

À 19 h 14, lorsque l'autre interne, absente le lendemain, lui transmet, en douze minutes, les informations les plus importantes sur ses patients, l'interne observé fait ce commentaire : « *Les tiens ne sont pas frais, les miens non plus* ». Cet échange sera le dernier au sein de l'équipe médicale, avant son départ.

Les internes se conseillent un peu entre eux, mais lorsque l'un des chefs de clinique ou les deux sont présents et supervisent le travail d'un interne, l'autre interne participe toujours à la discussion. Ceci explique que 50 % du temps inclue des échanges avec au moins un médecin ou étudiant en médecine (63 épisodes), et 5,5 % avec un collectif médical et un interlocuteur non-médecin (11 épisodes).

□ La psychologue est vue 'en coup de vent'

Les relations avec la psychologue sont brèves, ne concernent que les malades, et pas les difficultés de l'équipe. Après avoir échangé une minute sur la patiente avertie de l'échec thérapeutique, l'interne évoque un autre dossier



avec la psychologue : « *Elle est 'à l'ouest'. Ils vont en famille à la campagne dans un mobile home. Elle fera les transfusions à Provins...* ». Ils envisagent de discuter de ce dossier au staff infirmier. Cela ne se fera pas.

□ Une concertation éthique insuffisante

Même pour des décisions éthiques, la concertation n'est pas suffisante. La décision de poursuite d'une thérapeutique active a été prise, en staff, alors qu'il n'y a que 5 % de chances d'efficacité. Le chef a tranché, alors que tous étaient en désaccord. Il était difficile de contre argumenter, car le patient n'est pas en mauvais état général. Il est jeune et a un donneur pour la greffe : son frère. Ce sujet est débattu, au cours de la supervision, par le chef de clinique à 16h11. Les trois internes et un chef de clinique se demandent à nouveau, deux heures plus tard, si « *le traitement est opportun pour sa qualité de vie* ». L'interne en reparle pendant une min avec les IDE : « *Vu le pronostic, on n'a pas envie d'attaquer le protocole* ». Ce débat peut sembler bref pour un tel enjeu.

➡ Charge psychique et faiblesse du soutien social, exemples d'observations, ergonomiques d'infirmières

Infirmière d'hématologie

Un lourd questionnement, une forte charge émotionnelle et un faible soutien social ont été observés chez une IDE d'hématologie du matin en CHU. Les échanges avec les médecins sont tous très brefs (14 échanges pour un total de 17 min). Les premiers échanges avec l'interne se passent dans le poste de soins pendant l'emballage des prélèvements. C'est pendant cette période, où l'IDE doit se concentrer sur son soin, que lui est annoncé un nouveau protocole. Ce thème ne sera pas repris ce jour. Les objectifs, les conditions de la mise en œuvre et les effets secondaires ne sont quasiment pas abordés. Il sera difficile à l'IDE de surveiller

le malade dans le déroulement du traitement et d'assurer le meilleur accompagnement psychologique. Cette insuffisance d'échanges entre médecins et infirmiers explique que **la prolongation du soin relationnel soit évitée en cas d'incertitude**. Si elles n'ont pu discuter du début de son utilisation, on ne sera pas surpris que les IDE ne découvrent l'impression de « *se sentir partir* » des malades que par leurs pleurs, après l'administration du traitement compris dans le protocole.

Infirmière d'oncologie de nuit

Plusieurs fois, au cours d'une observation faite par l'ergonome, les IDE d'oncologie de nuit lui font part, ainsi qu'une fois à leur cadre, de leur **sentiment d'exclusion par rapport à l'équipe de jour**. Dans ce service du CHU, elles ont mal vécu, notamment, la mise en place du « dispositif d'annonce » du cancer et du protocole thérapeutique, dont elles avaient entendu parler quelque temps auparavant. Elles viennent d'apprendre que cela se met en place avec des personnes de jour, alors qu'elles souhaitaient y participer. Elles regrettent cette mise à l'écart et en déplorent l'incidence sur leur travail. Car, ne sachant pas tout, il leur est parfois difficile de répondre aux questions des patients sur leur pathologie, comme sur leur traitement. Elles auraient souhaité connaître ce qui a été dit aux patients par les médecins dans la journée. Cela leur serait nécessaire pour mieux **comprendre les réactions des malades et leurs angoisses, la nuit, et pour pouvoir répondre à leurs questions, en cohérence avec ce qui leur a déjà été dit**. En effet, il peut arriver que les médecins décident de donner les informations, par étapes, au patient. Avoir cette connaissance de « *ce qui a été dit au malade* » permettrait aux IDE de nuit de discuter avec lui en sachant ce qui a été mis en attente, sans craindre de commettre une maladresse. Ceci va à l'encontre de la qualité de **l'accompagnement qu'elles auraient le temps et le désir de faire**, lorsque ces patients, très demandeurs, ne dorment pas la nuit.

Charge émotionnelle en «réa»

En réanimation, les moments très difficiles avec forte charge émotionnelle sont fréquents. Tous les métiers font face au mieux, mais les patients se succèdent, dans le service étudié, sans qu'un temps de parole permette d'exprimer ce qui peut avoir trait à la spécificité de chaque décès et de chaque histoire familiale. Ainsi, une infirmière et une aide soignante réalisent la toilette d'un patient dont on dit qu'il se trouve dans une «*impasse thérapeutique*». Elles font tout leur possible pour redonner un peu de dignité à ce visage, car elles savent que la famille va arriver pour le voir une dernière fois. Il y a moins d'une semaine, le patient de 70 ans vivait chez lui et menait une vie normale, malgré quelques antécédents. L'infirmière, manifestement émue, accompagne en douceur, et installe des chaises à disposition pour permettre aux personnes de s'asseoir. Leurs visages sont en larmes. Toute la famille est dans la chambre quand le scope affiche ASYSTOLIE. L'infirmière coupe l'alarme et, quelques minutes après, éteint le respirateur, geste par lequel elle acte, de façon formelle, le décès. Puis, le médecin vient confirmer cet état. La famille reste dans la chambre pour se recueillir. Les soignants descendent le corps à la morgue. Après être retournés dans le service, ils redescendent dans la journée, afin de présenter le corps au reste de la famille. Entre-temps, l'IDE et l'AS se sont occupées de leurs autres patients, dans le service de réa. Elles ont fait une sortie, puis une entrée qui arrive en urgence. Ce patient n'est pas bien. Il est angoissé. La famille qui l'accompagne est aussi très inquiète. Aucun temps de métabolisation n'existe.

Lors des discussions, en groupe de travail, sur les observations, un autre soignant de réa complète : «*Les émotions sont parfois vives et violentes. Malgré une carapace professionnelle, les séquelles psychologiques demeurent et il est dommage de ne pas pouvoir les extérioriser avec l'aide d'un psychologue, plutôt*

que de n'avoir d'autre mode d'expression, quelques semaines plus tard, qu'une forme d'humour noir.»

La transmission entre équipes de réa successives ne permet pas un débriefing émotionnel, comme le montre cette analyse de la transmission jour/nuit, en horaires de 2 fois 12 heures. Devant confier ses deux malades à une IDE de nuit - l'IDE 1 réalise une transmission orale de 10 min sur les aspects techniques des soins dans le box d'un malade. Puis, après 6 min d'attente, elle en réalise une autre, en 10 min, dans le box du deuxième malade confié à la seconde IDE de nuit. En effet, la répartition des malades n'a pas attribué ses deux patients à la même IDE. Dans ce contexte, l'expression des aspects émotionnels est freinée, car toute la transmission se fait au-delà du temps de travail. De plus, l'IDE partante n'a pas encore pu faire sa transmission écrite, ayant accueilli un entrant en urgence, en fin de poste. L'IDE 2 n'a pu faire sa transmission à 19h30 précise, car l'équipe de jour était composée de 3 IDE contre 2 IDE pour l'équipe de nuit. Un temps de décalage s'est imposé. Ce décalage fait aussi terminer l'IDE 2 au-delà de son horaire officiel, même augmenté du quart d'heure toléré. L'IDE, ce jour-là, a fait une journée de 12h30, au lieu de 12 h payées, alors que c'était un jour calme. Elle commente ainsi : «*Vous imaginez les jours de bousculade!*»

Les soignants souffrent, à la longue, du manque de possibilités de «*métabolisation*», des événements difficiles à vivre par, notamment, les re-discussions avec des collègues et des spécialistes. Ils cumulent des traumatismes psychiques répétés. Cela retentit sur la qualité de l'accueil, de l'écoute et des explications aux familles.

Pourtant, l'Académie de médecine a formulé quatre recommandations sur les aspects sociaux de la réanimation d'adultes, considérant que, depuis une quinzaine d'années,



l'attention s'est portée particulièrement sur les troubles psychiques des patients, l'information des familles et l'épuisement professionnel. À la suite d'une séance thématique, l'académie a proposé, en février 2011 (Hospimedia 23.02.11):

- de créer une «*carte de confiance*», comme il existe une «*carte de donneur*». Établie par chacun, elle préciserait le nom et les coordonnées de la personne de confiance prévue par la loi du 4 mars 2002 pour une prise en charge plus sereine du patient, un évitement des conflits famille-soignants et un accès facilité aux informations.

- Afin de limiter le stress post-traumatique qui touche un malade sur quatre, l'académie suggère également de tenir «*un carnet de bord des événements d'ordre médical et psychologique survenus pendant et après le séjour*».

- Elle préconise aussi de «*s'astreindre à informer et communiquer avec les membres des familles*» des patients de réanimation, en particulier lors des décisions de limitation ou d'arrêt des traitements.

- Enfin, «*pour prévenir l'épuisement professionnel sévère qui frappe la moitié des médecins et un tiers des infirmières*», l'académie réclame une diminution des heures de travail, l'adoption d'une politique claire et concertée sur les patients en fin de vie et, surtout, **l'instauration de réunions fréquentes et communes aux infirmières et médecins** pour prévenir les conflits.

L'importance du travail collectif avec des temps et des lieux le facilitant

L'importance de collectifs de travail soudés, faisant évoluer ensemble un projet de soins ou de vie personnalisé, a été soulignée^{122;164;172}. Mais un tel collectif ne peut s'envisager que

s'il existe un espace tranquille et du temps pour permettre une réflexion, des échanges d'informations et un débat sur les choix. Il faut pouvoir mettre en discussion les différentes manières de pratiquer, afin d'élaborer cette réflexion commune. Le temps passé par les soignants auprès de leurs patients, mais également avec leurs collègues, de statut similaire ou non, dans le but d'obtenir un débriefing émotionnel convenable et une bonne circulation des informations, améliore la qualité du travail fourni auprès des patients. L'importance des transmissions, staffs et réunions a été soulignée¹³⁰. Considérer le malade dans sa globalité, l'éduquer à l'hôpital pour une meilleure observance permettant la prévention des rechutes et des complications, nécessitent la réduction des incertitudes des soignants, aussi bien sur les aspects techniques que psychologiques des soins. La continuité des soins dépend d'un transfert efficace d'informations entre équipes successives. De plus, la transmission permet une réelle opportunité d'interaction sociale, de soutien émotionnel empathique et de formation entre les soignants expérimentés et les novices^{110;173-174}. Ces études ont souligné qu'une réduction substantielle des erreurs dans les soins ne saurait être obtenue tant qu'une plus grande attention ne serait pas donnée aux solutions tenant compte des facteurs humains, tels que l'amélioration du travail d'équipe et de la communication au sein de celle-ci. Dans son numéro spécial de 2012, «*Travailler ensemble pour mieux soigner*», Prescrire invite les soignants à «*informer, savoir communiquer, bien s'écouter, bien s'entendre, pour des soins de qualité*»¹⁷⁵.

Les discussions de groupe autour des observations ergonomiques réalisées dans les différents établissements ont aussi mis en évidence la confrontation entre une volonté de prise en charge personnalisée, de type «*Humanité*»¹⁷⁶, et des règles prescrites (protocoles, nombre de résidents ou de patients pris en charge, absence de poste fixe...)

qui tendent à empêcher une élaboration pluridisciplinaire satisfaisante. Il apparaît clairement qu'en EHPAD, seule une sectorisation avec un IDE référent par étage permet de se consacrer à quarante ou cinquante malades, d'avoir des dossiers complets à chaque étage et de suivre l'accompagnement, en mettant en place un travail pluridisciplinaire associant les AS lors des transmissions et de la venue des médecins.

Améliorer les locaux de support des soins

Les locaux de support des soins doivent avoir une surface permettant de répondre aux objectifs de qualité des soins. Des propositions cohérentes ont pu émerger de ces analyses ergonomiques participatives. Il a été acté, pour le programme d'un nouveau CHG, que la surface attribuée à la zone de support des soins et ses aménagements devaient rendre plus aisée, la prise en charge des patients. Les objectifs définis ont été :

- améliorer la circulation et le partage des informations,
- valoriser l'approche multidisciplinaire au cours d'échanges réguliers,
- promouvoir l'éducation du patient comme partenaire de santé,
- accompagner les dimensions psychologique et émotionnelle de la personne, à tous les stades de la maladie et en fin de vie.

Trois parties ont été déterminées dans la zone de support des soins, pour répondre à ces objectifs :

- Les **bureaux infirmiers doivent permettre un travail sectorisé associant IDE, AS, médecins**, brancardiers et autres intervenants, selon les besoins (psychologue, assistante sociale, et membres du réseau ville-hôpital). Si un secteur recouvre 8 à 14 malades, une transmission entre équipes successives ou de petites réunions comptant 2 IDE, 2 AS,

2 EI, et idéalement 1 médecin et 1 cadre. Un espace pour la transmission doit pouvoir accueillir cette équipe avec un nombre de places assises suffisant. En présence de deux secteurs de 16 à 28 malades, l'espace de bureau est double, divisé en deux, un pour chaque secteur.

- L'utilisation des dossiers par les médecins, la dictée des comptes-rendus, le travail en réseau, nécessitent un **espace de gestion des dossiers et de suivi médical adjacent** aux bureaux infirmiers.
- L'accueil, le classement des examens validés, l'appel des brancardiers et ambulanciers, la prise de rendez-vous, peuvent être faits à une **banque, en avant de cette zone**, par un aide-soignant en poste aménagé.

L'emplacement au cœur du service de cette zone de support des soins est apparu déterminant pour l'organisation du travail du personnel et l'obtention de soins de qualité. Elle ne doit pas être à plus de 30 mètres d'une chambre.

Ces dimensions minimales sont loin d'être admises. On voit encore souvent des plans d'unités ne comportant pas de salle de détente, sans bureau médical interne, ceux-ci étant regroupés dans une zone commune à plusieurs unités, et avec un bureau infirmier commun à deux ou trois secteurs ne dépassant pas 15 m². Pourtant, d'autres bénéfices sont liés aux aménagements détaillés dans l'encadré (p. 40). Les transmissions dans de meilleures conditions permettent la qualité du recueil d'information du soignant arrivant et, par suite, une réduction des déplacements et des interruptions de l'activité. Elles facilitent les coopérations entre les membres du personnel. Pour ces raisons, elles accroissent le temps passé dans les chambres. Par ailleurs, d'autres effets sur les risques d'erreurs et d'événements indésirables, ainsi que sur la durée de séjour des malades, sont à prendre



en compte. Les IDE d'après-midi, très occupées par le travail administratif lié aux entrées et sorties, retrouvent plus de disponibilité pour les soins directs.

Dans le cas étudié ci-dessus, la zone centrale de support des soins telle que décrite a été acceptée. En revanche, il n'a pas été possible de convaincre le cabinet d'assistance à maîtrise d'ouvrage et la direction de l'intérêt d'une proximité entre hospitalisation et consultations de la même spécialité. La polyvalence des locaux de consultation, et la création d'un pool de secrétaires et d'infirmiers de consultation font espérer aux gestionnaires une économie. Mais, rapprocher hospitalisation traditionnelle, hospitalisation de semaine et consultations du même pôle a pour objectif de réduire les déplacements, avec leurs conséquences en termes de temps gagné, et de faciliter la réactivité face à l'évolution de l'état des patients pour raccourcir les durées de séjour. Cela rend possible la suppression des temps morts en cas d'absence ou de retard d'un patient en consultation et ainsi la réduction de la durée des journées de travail extensives des médecins. Ce parti architectural permet de rassurer les familles très demandeuses, d'améliorer l'accessibilité aux informations pour les patients et les familles et ainsi de mieux communiquer pour éviter les plaintes. Il permet aussi de renforcer le « collectif de travail », associant médecins et soignants paramédicaux, nécessaire pour une meilleure qualité des relations, une meilleure circulation de l'information et la prévention des événements indésirables. Par ailleurs, les besoins de l'activité des différents spécialistes ne sont pas identiques. L'aménagement de leurs locaux et l'équipement nécessaire sont loin d'être superposables pour l'efficacité de leurs actions.

L'ASSTSAS (Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales), au Québec, a systématisé cette approche. Ainsi le programme PARC

(pour mieux réussir un programme de rénovation/construction) s'appuie sur un document intitulé « l'ergonomie participative dans la conception des bâtiments hospitaliers¹⁷¹ ». Ils considèrent qu'un projet architectural implique des changements organisationnels importants. Le personnel doit être informé et impliqué dès les premières étapes d'élaboration du projet. Une consultation organisée des utilisateurs directs réduit les risques d'erreurs à la livraison des travaux.

Améliorer les conditions de la traçabilité – intérêt des bras multimédias

Nos observations d'infirmiers comme de médecins, de toutes les spécialités, ont montré que, si des réunions de concertation sont indispensables, la majorité de la traçabilité des prescriptions et réalisations des soins se fait en cherchant à s'abstraire des conversations ambiantes. La nécessité de retourner dans un bureau, ou même dans le couloir sur un ordinateur portable, fait perdre du temps et réduit le temps auprès des malades^{12-13; 86; 165-166; 177-186}.

En complément de l'analyse du travail réel des soignants du CHG présentée plus haut, nous détaillons, pour les IDE et les médecins, la fréquence des interruptions et le pourcentage du temps de travail qui leur est spécifiquement consacré (**Tableau 14**). À ce temps s'ajoute la perte de temps pour se remémorer les étapes du raisonnement en cours avant l'interruption. Les transmissions ne sont pas sectorisées et concernent un grand nombre de malades. L'IDE partante expose, les autres parlent très peu. La circulation de l'information et le débat sont insuffisants. Les interruptions ultérieures de tous en sont multipliées. Or, il a été montré qu'une fréquence élevée d'interruptions peut dégrader l'efficacité du travail en perturbant le raisonnement en cours et augmente le temps pour réaliser les tâches¹⁸⁷.

Description des locaux

1. Bureau infirmier

- Le bureau infirmier sera central par rapport aux chambres.

- Après les chambres, l'espace de bureau est le lieu de travail dans lequel l'infirmière passe le plus de temps.

- L'éclairage naturel et la vue sur l'extérieur seront à rechercher impérativement. L'espace de bureau ne doit pas être un lieu de passage.

- L'espace du bureau infirmier doit permettre la surveillance du couloir d'entrée et l'orientation des visiteurs sans que les personnes travaillant à des tâches administratives soient dérangées par l'entrée intempestive dans le bureau de personnes extérieures. Il sera fermé par une paroi vitrée afin de garantir la confidentialité des échanges, tout en permettant le contrôle visuel de l'entrée.

- Pour tous les services, l'hypothèse d'une sectorisation des lits pendant la journée a été retenue. Les bureaux infirmiers doivent permettre un travail sectorisé associant IDE, AS, médecins, brancardiers et autres intervenants, selon les besoins (psychologue, assistante sociale, et en particulier favorisant le travail en réseau). Un bureau d'une équipe s'occupant de 8 à 14 malades doit permettre une transmission avec débat sectorisé et asseoir 2 IDE, 2 AS, 2 EI, et idéalement 1 médecin et 1 cadre. L'espace pour 2 secteurs doit permettre de séparer deux tables pouvant accueillir cette discussion.

- L'espace de bureau doit donc pouvoir, le jour, accueillir deux ou trois discussions sectorisées (selon le nombre de lits), chaque transmission pouvant se faire sans perturbation de l'autre secteur et avec l'utilisation des dossiers correspondants. Pour cela, l'aménagement doit permettre la séparation de l'espace en deux ou trois secteurs, isolés phoniquement les uns des autres (cloisons amovibles ou autres aménagements...). La nuit et en fin de semaine, l'équipe doit pouvoir regrouper les secteurs.

- Pendant les transmissions, jusqu'à sept personnes doivent pouvoir se réunir dans l'espace dédié à chaque secteur, devant les outils informatiques. Le travail de saisie doit pouvoir se faire dans des bonnes conditions.

Il est donc nécessaire, pour définir l'organisation du poste :

- de tenir compte du nombre de secteurs correspondants au service ;

- d'envisager un aménagement privilégiant le travail en commun et sur informatique des soignants du secteur (table centrale à la pièce avec installation des postes informatiques sur la table...). L'installation de tables de bureau et de postes informatiques face à la paroi – situation qui ne permet pas la discussion de plusieurs personnes en vis-à-vis – est à proscrire.

- La circulation avec un chariot de dossiers doit être possible sans déranger les personnes assises.

- Les espaces des différents secteurs seront séparés entre eux par des cloisons vitrées de qualité phonique suffisante, afin de permettre à chaque secteur la discussion sans dérangement des autres groupes, mais en maintenant une liaison visuelle. Chaque espace aura une entrée indépendante.

2. Banque d'accueil

- Une banque d'accueil, en proximité du bureau infirmier, permettra de répondre aux demandes de renseignement des visiteurs.

- Toutefois l'aménagement d'une banque d'accueil soignant n'est intéressant que si une personne peut y être affectée. Cet espace devrait, au mieux, être le lieu de travail d'une secrétaire hospitalière chargée de gérer le mouvement des malades et des dossiers, la prise de rendez-vous, tout en réalisant l'accueil.

- La partie bureau, derrière la banque, sera fermée par une paroi vitrée afin de garantir la confidentialité des échanges tout en permettant le contrôle visuel de l'entrée. Si ce n'est pas le cas, le personnel soignant (quand il est dans le bureau), devant faire la navette entre la banque et le bureau, l'avantage d'une banque est inexistant.

- L'espace banque devra pouvoir être équipé d'un poste informatique avec imprimante (étiquettes envoi de bilans et comptes-rendus).

3. Bureau médical de suivi des patients hospitalisés

Un bureau médical doit être contigu au bureau infirmier pour répondre à des besoins fréquents et sources de dysfonctionnements importants. Il doit faciliter :

- la concertation avec l'équipe paramédicale

du service, les médecins consultants appelés, les généralistes et les autres auxiliaires médicaux,

- le partage des dossiers entre médecins et infirmiers,
- la prise de connaissance des examens, la prescription de réajustement et la préparation des ordonnances et dossiers de sortie.

Il doit se trouver en retrait par rapport à la circulation des visiteurs pour éviter au maximum les interruptions intempestives, car les médecins se rendent dans ce bureau après la visite pour consulter les dossiers et préparer les bons d'examens et ordonnances, l'interne y dicte les comptes-rendus pour le secrétariat. Dans ce bureau, les patients ne seront pas admis.

Dans ce bureau, l'espace doit permettre d'installer :
Deux postes de travail avec une imprimante.

Des caissons à roulettes pour la grande table centrale et une armoire pour la papeterie qui pourront impérativement pouvoir être fermés à clef (ordonnanciers).

Une table à hauteur de paillasse installée contre le mur, en dessous des négatoscopes, pour permettre la pose des dossiers et autres documents.

Une table centrale, avec possibilité d'asseoir six personnes. La circulation autour de la table doit permettre de s'y installer avec le chariot des dossiers à proximité sans empêcher le passage.

Un lave-mains.

4. Poste de soins infirmier

Il est demandé un seul grand espace bien aménagé et bien accessible.

Les postes de préparation servent à la préparation des soins techniques, des injections et du matériel de prélèvement.

Les tâches de l'espace préparation n'autorisent aucune erreur. L'aménagement doit favoriser le calme tout en permettant le travail simultané de plusieurs personnes.

Chacun des secteurs du service doit disposer d'un espace de préparation complètement équipé. La surface doit permettre d'installer une paillasse pour chaque secteur pour éviter les confusions pendant les préparations. Les paillasses doivent idéalement être conçues en vis-à-vis afin de disposer du matériel commun centralement et de favoriser les conseils, mais des paillasses mobiles permettant différentes dispositions pourront être envisagées.

Pendant les préparations, il est indispensable d'avoir accès aux médicaments et au matériel nécessaire, sans longs déplacements ni postures pénibles.

Nombreux sont les lavages des mains effectués pendant les préparations. Le lavage des mains doit être facilité et encouragé par l'installation de lave-mains équipés.

Certains services utilisent dans le cadre des traitements, outre les médicaments classiques, beaucoup de stupéfiants. L'accès à la pharmacie ne doit pas être possible aux personnes étrangères au service.

Le personnel doit pouvoir, pendant le travail, contrôler l'accès de l'armoire à pharmacie.

L'armoire à pharmacie ne doit pas être proche ni visible de l'entrée du poste.

L'armoire à stupéfiants doit être dans un espace en retrait et sécurisé.

La préparation des médicaments se fait à deux personnes, qui ont chacune besoin de 2 chariots de dossiers et de 2 chariots de distribution. L'espace disponible doit permettre cette organisation. La préparation des piluliers dans le poste de soins, qui nécessite dans ce service beaucoup de temps, doit pouvoir se faire en posture assise.

Des sièges assis debout peuvent permettre de préparer les piluliers assis à la paillasse ou près de l'armoire à pharmacie sur le chariot.

L'organisation de la pièce doit prévoir en outre l'installation de :

- 1 réfrigérateur,
- 1 chariot de soins pour chaque secteur,
- 1 chariot d'urgence,
- la réserve hebdomadaire de solutés (au minimum 10 mètres linéaires d'étagères),
- la place suffisante à l'installation d'au moins deux appareils sur batterie en recharge.

5. Office sale décontamination

L'organisation de l'espace doit permettre l'installation d'une grande paillasse avec évier à 2 bacs (trempage et lavage) grands et d'une profondeur d'environ 50 cm.

Deux chariots doivent pouvoir être décontaminés simultanément à chaque changement de cycle.

Des placards sont à prévoir pour le rangement et une poubelle à trois bacs servira pour le tri des déchets.

6. Détente

Le personnel qui se rend en salle de détente reste disponible aux appels téléphoniques ou appels des chambres et, dans certains services, pour la surveillance des scopes. La nuit, ou dans les périodes de réduction de personnel, la contiguïté avec le bureau permet d'utiliser la salle sans ralentir la surveillance.

Il faut prévoir une paillasse équipée d'un évier, des rangements pour la vaisselle et un réfrigérateur. La salle de détente doit pouvoir accueillir 12/15 personnes.

L'éclairage naturel dans cette salle est à rechercher impérativement.

Prévoir les sanitaires pour le personnel en contiguïté de la salle de détente.

Synthèse des surfaces minimales demandées pour les locaux infirmiers et de support des soins

Locaux	Surfaces
Bureau infirmier	Pour chaque sous-unité (secteur) 12 m ² Cas le plus fréquent : 2 secteurs, soit 24 m ²
Banque d'accueil	Pour chaque unité (service) 6 m ²
Bureau médical de suivi des patients hospitalisés	Pour chaque unité (service) 12 m ²
Poste de préparation	Pour chaque sous-unité (secteur) 9 m ²
Salle de détente	Pour chaque unité (service) 9 m ²

Dans un CHU, nos observations ont mis en évidence le fait que la traçabilité occupait plus de 25 % du temps de travail d'IDE dans 3 sur 6 des observations en services informatisés et plus de 15 % dans tous, contre moins de 12 % du temps dans les deux services non informatisés (**Tableau 15**). Ainsi, la synthèse des activités menées montre, pour l'infirmière de dermatologie observée le matin, que la traçabilité sur écran principalement et sur papier, occupe au total 1 h 47, soit 24,3 % du temps de travail en 54 épisodes. En effet, dans ce CHU l'informatisation utilise du matériel placé dans les bureaux ou sur un chariot dans le couloir, nécessitant de sortir pour chaque saisie. Les transmissions sont brèves et non sectorisées. Toute interruption ultérieure rallonge énormément le temps dédié à la traçabilité des soins et pèse mentalement sur le soignant du fait du risque d'erreur accru.

L'analyse de l'activité de 25 pédiatres allemands par observation continue a, de même, montré que leurs journées de travail durent en moyenne 9 h 18, mais que la charge de travail hors de la présence des malades, du fait d'une organisation déficiente, ne leur permet de passer que 9,22 % (+/-5,74 %) en

examens d'admission et visites au lit des patients et 4,03 % (+/-2,49 %) en soins directs. Outre les 7,17 % du temps passé en déplacements, ce sont les concertations, les réunions, les recherches de documents, l'écriture des dossiers, prescriptions et lettres de sortie, les appels téléphoniques qui occupent la majorité du temps¹⁸⁸. Le temps consacré à ce travail hors présence des malades est démultiplié par le besoin de reprendre le raisonnement précédent du fait de la fréquence des interruptions (24 +/- 9,2 par journée).

Dans le CHG où nous avons mené cette intervention ergonomique participative, il a été décidé d'implanter **dans chaque chambre un bras multimédia** permettant :

- la détente du malade,
- l'accès au dossier pour la prescription et la traçabilité des soins en en discutant avec le malade,
- **l'information et l'explication des résultats au malade,**
- **de réduire les entrées et sorties de la**



chambre pour améliorer l'hygiène, diminuer les risques d'erreurs et le stress et augmenter le temps continu auprès du malade.

Mais la qualité de consultation des informations est indispensable: rapidité d'accès par un débit adéquat, ergonomie des logiciels pour que les informations présentées soient facilement lisibles, cohérentes et consistantes avec le travail réel des soignants.

Perspectives

Lors de nos interventions, la présentation d'un rapport d'étude ergonomique par le groupe de

travail, comprenant soignants et experts ergonomes, au CHSCT des établissements étudiés a été faite. Cette remise d'un **rapport coécrit sur les préconisations concernant l'espace, le matériel et l'organisation** a permis des ouvertures nouvelles et des évolutions importantes des projets au niveau local. Des investissements ont pu être programmés. Dans deux établissements, l'écriture d'éléments qualitatifs, à inclure au cahier des charges des constructions programmées, a été finalisée. Leur ultime projet en tient compte pour l'essentiel.

La présentation des principes fondamentaux de l'ergonomie, théoriques et méthodolo-

Tableau 14. Nombre d'interruptions et pourcentage du temps qui leur est consacré par des soignants de CHG

	IDE Cardio matin	IDE Cardio ap-midi	Médecin Cardio	IDE Médecine matin	IDE Médecine ap-midi	Médecin Médecine	IDE Pneumo ap-midi	Médecin Pneumo	IDE Gastro ap-midi	Médecin Gastro
% du temps de travail perdu en interruption	9,0 %	18,5 %	13,1 %	24,3%	15,2%	14,8%	7%	13,8%	12,8 %	14,8%
Nombre d'interruptions	43	42	24	47	56	62	19	19	51	20
Transmission prise de poste	11 min	38 min		10 min	9 min		23 min		12 min	
Transmission fin de poste	12 min	20 min		8 min	28 min		15 min		37 min	

Tableau 15. Temps de traçabilité, de transmission orale et de concertation en cours de poste pour des IDE de CHU

Services	Informatisés						Non informatisés				
	Dermato		Dermato	Urologie		Urologie	Médecine	Dermato	Oncologie	Hémato	Hémato
	Matin	Soir	Soir	Matin	Soir	Matin	Matin HDJ	Matin HDJ	Matin	Soir	
% de temps de traçabilité	24,3 %	15,7 %	15,4 %	24,4%	25,3%	15,2%	17,7%	9,5%	4,7%	12,0%	
Nb d'épisodes	54	53	24	39	163	31		25	6	31	
% de temps Transmission orale prise et fin de poste	2,1 %	5,1 %	5,3 %	4,7 %	3,0 %	5,2 %	0,4 %	1,7 %	9,3 %	2,6 %	
% de temps Concertation en cours de poste	13,7 %	2,6 %	4,0 %	7,0 %	10,0 %	11,6 % tutorat 10,9 %	2,8 %	10,3 %	4,2 % tutorat 12,1 %	8,8 %	
Nb d'épisodes	50	14	7	20	45	21 +33		45	11+20	34	

giques, puis les observations, leurs analyses et l'élaboration de propositions en groupe de travail, en associant soignants et ergonomes, ont eu vocation à faire émerger des « acteurs ergonomiques ». Dans une posture de référents rapidement initiés, ils rapportent le point de vue du travail réel dans le cadre des projets de l'établissement. Leur rôle précieux portera sur la modification de l'organisation du travail, le réaménagement ou la construction de nouveaux bâtiments. C'est en ce sens que la conception est distribuée et partagée avec les acteurs locaux¹⁸⁹ et plus uniquement soumise aux instances de dialogue.

Les comparaisons, « avant/après intervention », viseront à montrer l'efficacité de la prévention intégrée et de la démarche ergonomique participative pour le système sanitaire et social, pour les soignants et pour les bénéficiaires.

Au total, il n'apparaît pas cohérent d'affirmer, comme nous venons de le voir encore en 2012, dans le projet médical d'un établissement, que les priorités sont :

- l'amélioration de la qualité et de la continuité des soins,
- l'éducation thérapeutique des patients et la prise en charge de la douleur,
- la prise en charge de qualité adaptée aux besoins de la population.

Alors que les principes d'organisation sont les suivants, définis, avec pour motif d'« utiliser de manière efficace les ressources » :

- augmenter l'activité avec un nombre inférieur de lits, en mettant en place de nouveaux modes de fonctionnement, avec
- mutualisation des moyens notamment des lits au sein de pôles,
- mutualisation du personnel soignant qui devient éminemment mobile,
- mise en place d'horaires de 2 fois 12 h sans aucun temps de chevauchement rémunéré,
- augmentation du nombre de lits dans les unités prises en charge par un même nombre

de soignants paramédicaux (passage de 12 ou 14 lits dans l'ancien bâtiment à 16 lits par unité dans le nouveau),

- locaux séparant fortement médecins et paramédicaux, distances importantes avec les plateaux techniques, absence de lieu permettant la concertation sectorisée dans les services et absence de salle de détente.

Or, nous avons montré l'aspect délétère de ces modes de fonctionnement sur la qualité des soins et les risques psychosociaux.

Pourtant, les Centres de lutte contre le cancer français commencent à se préoccuper de la qualité de vie au travail des soignants en fonction des modèles managériaux mis en place dans les différents centres d'onco-pédiatrie¹⁹⁰. De même, au Québec, l'analyse ergonomique souligne comment les infirmières de soins palliatifs s'appuient sur le collectif de travail pour affronter les difficultés¹⁹¹. Mais, nous avons montré, par les analyses statistiques et ergonomiques, que cela est valable dans tous les services¹³⁹.

Le cas des soignants est exemplaire, car la réduction des risques psychosociaux dans leur cas sert plusieurs objectifs :

1- Les citoyens ont besoin d'un **nombre suffisant de médecins, d'infirmiers et autres soignants** paramédicaux or les risques psychosociaux sont liés à leur départ.

2- Les **citoyens ont besoin d'être associés à leur projet de soins** et de comprendre les étapes du diagnostic et les raisons du traitement envisagé. Mais la réduction des possibilités de travail d'équipe, permettant une réflexion interdisciplinaire entre des soignants stables, est majeure avec le management actuel qui promeut la mobilité, polyvalence des affectations, la flexibilité des horaires, la réduction voire la suppression des temps de chevauchement entre équipes successives. Nous ne pouvons accepter une organisation



qui conduit à ce que près de la moitié des soignants non-médecins ne sachent fréquemment pas ce qui peut être répondu aux questions des malades sur leur traitement et leur état ¹²².

3- Les soignants doivent pouvoir encourager la population à avoir une bonne **hygiène de vie** et à lutter contre les pollutions et les

organisations du travail dangereuses. Mais, si eux-mêmes sont épuisés, ils n'ont pas en ce qui les concerne une bonne hygiène de vie et se retirent d'un investissement dans l'éducation et l'information qui se surajoute à une charge de travail trop lourde dans le cadre d'une organisation du travail qu'ils jugent inadéquate et ne respectant pas leurs compétences. 



Un projet architectural implique des changements organisationnels importants. Le personnel doit être informé et impliqué dès les premières étapes d'élaboration du projet. Une consultation organisée des utilisateurs directs réduit les risques d'erreurs à la livraison des travaux.





Conclusion

Après ces enquêtes importantes sur la question de l'épuisement et de l'abandon professionnel des médecins et soignants paramédicaux, un changement de paradigme est nécessaire dans ce domaine. Des équipes stables, avec des temps de concertation permettant formation continue et soutien, et avec des temps pour lier la discussion hospitalière avec les soins de ville, afin de prévenir complications et rechutes sont à développer.

Les bâtiments hospitaliers ou d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ne doivent pas être conçus avec comme objectif la taylorisation des soins mais plutôt la réduction de la pénibilité physique et émotionnelle par plus de travail d'équipe et de ce fait plus de temps disponible auprès des malades ou des personnes dépendantes hébergées.

Les constructions ou réaménagements comme les changements d'organisation doivent, en milieu soignant comme ailleurs, associer les salariés et utiliser les connaissances ergonomiques acquises. L'ergonomie participative doit se développer.

Les réflexions des CHSCT doivent mieux prendre en compte les difficultés des médecins, avec groupe de travail spécifique si besoin. Mais elles doivent rester communes avec celles concernant les paramédicaux.

L'amélioration de l'efficacité passe par la définition d'objectifs professionnels collectifs et personnels qui soient réalistes et motivants. Cette amélioration induit l'analyse ergonomique du travail réel, afin de comprendre les déterminants des écarts avec le travail prescrit et de

mettre en œuvre des mesures correctrices. Ce sont des actions préventives qui doivent être entreprises par les responsables d'équipes ou de services.

Il est plus que temps de changer de paradigme et de développer d'autres approches quittant la recherche d'efficacité à court terme. Le développement de l'association des malades à leur projet de soins passe par une réflexion interdisciplinaire de tous ceux qui s'occupent des mêmes malades et peuvent apporter des informations, pour une prise en charge médico-psycho-sociale. Ce mode de fonctionnement permet une réduction des rechutes et des complications évitables pour les patients, une reconnaissance professionnelle et un plaisir au travail pour les soignants.

Les données acquises de la science ne sont pas seulement opposables dans le cadre des soins aux patients. Elles le sont aussi dans le cadre de la prévention et de l'éducation thérapeutique des patients et dans celui de la protection de la santé des soignants paramédicaux et médecins. En effet, les résultats des études européennes recourent ceux des études internationales.

Certains modes de management, s'ils amélioreraient la productivité, pourraient éventuellement être acceptés. Mais nous avons montré qu'outre le fait qu'ils coûtent très cher en souffrance et économiquement, ils sont en fait totalement contre-productifs. Ils ne fonctionnent donc que pour eux-mêmes, en fonction de slogans proclamatoires, du type «la mobilité c'est l'intelligence», et d'application dogmatique avec refus de prise en compte des conséquences. ■■■■■■

Bibliographie

Introduction

1. Estryng-Behar M, Kaminski M., Peigne E., Bonnet N., Vaichere E., Gozlan C., Azoulay S, Giorgi. Stress at work and mental health status among female hospital workers. *M. British Journal of Industrial Medicine*, 1990, 47, 20-28.
2. Leopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. *Rapport au Conseil National de l'Ordre des Médecins*, 2003.
3. Sicart D. Projection médecins 2002-2020. *Ministère de l'emploi et de la solidarité, Drees, Séries statistiques* 2002 ; 30, 149 p.
4. HOPE. The health care workforce in Europe : problems and solutions ; Rapport final du groupe d'étude sur la force de travail du Comité permanent des hôpitaux de l'Union Européenne : HOPE, mai 2004.
5. Landon BE, Reschovsky JD, Pham HH, et al. Leaving medicine : the consequences of physician dissatisfaction. *Med Care* 2006 ; 44 : 234-242.
6. Touret J, Coriat P, Berland Y, Pontone S. L'avenir de la démographie médicale hospitalière. *Gestions hospitalières* 2008 ; 245:228-237.
7. Colloque Groupe Pasteur Mutualité téléchargeable sur le site : www.souffrancedusoignant.fr
8. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Les médecins : des patients pas comme les autres : Bulletin n° 7 sept-oct 2008. Annonce du rapport de la Commission nationale permanente : «le médecin malade». www.conseil-national.medecin.fr/system/files/le_m%C3%A9decin_malade.pdf
9. SFAR 51^e Congrès National de la SFAR ; Paris, septembre 2009 : «le burnout nous guette-t-il?».

1. L'accumulation des connaissances entre 1970 et 2000

10. AMA. American Medical Association Council on Mental Health : The sick physician : Impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence. *JAMA* 1973 ; 223 : 684-687.
11. Smith JW., Denny WF, Witzke DB. Emotional impairment in internal medicine house staff ; results of a national survey. *JAMA*, 1986 ; 255 : 1155-1158.
12. Estryng-Behar M. Ergonomie hospitalière - Théorie et pratique. Paris : ESTEM, 1996, 568 p. Réédition augmentée : Toulouse : Octares, 2012, 690 p.
13. Estryng-Behar M. Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Paris : ESTEM, 1997, 256 p.
14. Estryng-Behar M. Risques professionnels et santé des médecins. Paris : Masson, 2003, 177 pages.
15. EFMA European Forum of Medical Association and

WHO World Health Organization. Statement on the Burnout-Syndrome Among Physicians. EFMA 2003 ; Berlin.

16. Lewinson W, Tolle SW, Lewis C. (1989). Women in academic medicine : combining career and family. *N Engl J Med.* ; 321 : 1511-1517.
17. Carr PL, Friedmen RH, Moskowitz MA, Kazis LE. Comparing the status of women and men in academic medicine. *Ann Intern Med* 1993 ; 119 : 908-913.
18. Mizgala CL, Mackinnon SE, Walters BC, Ferris LE, McNeill IY, Knighton T. Women surgeons : results of the Canadian Population Study. *Ann Surg* 1993 ; 218 : 37-46.
19. Tesch BJ, Wood HM, Helwig AL, Nattinger AB. Promotion of women physicians in academic medicine : glass ceiling or sticky floor? *JAMA* 1995 ; 273 (13) : 1022-1025.
20. Dresler CM, Padgett DL, MacKinnon SE, Patterson GA. Experiences of women in the cardiothoracic surgery : a gender comparison. *Arch Surg* 1996 ; 131 : 1128-1134.
21. Maillard MF, Iwatsubo Y, Grimon G, Neuville K, Andronokof M, Charly I, Labaille T. Enquête sur les horaires et la charge de travail des médecins dans un établissement de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris *Arch mal Prof* 1996 ; 57 (6) : 438-444.
22. Frank E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. *Am J Psychiatry* 1999 ; 156 (12) : 1887-94.
23. Frank E, McMurray JE, Linzer M, Elon L. Career Satisfaction of US Women Physicians. *Arch Intern Med* 1999 ; 159 : 1417-1426.
24. Drees, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Les effectifs et la durée du travail des médecins au 1^{er} janvier 1999. *Etudes et Résultats de la Drees* 1999 ; 44 : 8 p.
25. Lert F, Castano I. Les médecins hospitaliers et leur travail dans le champ VIH/sida - Contraintes, stress et burnout. *Rapport de recherche INSERM U 88*, 1999, 87 p.
26. CHM, Lynch MS, Samkoff JS. (1990) *The effects of sleep loss on cognitive performance of resident physicians*, *J. Fam. Pract.*, 30, 223-229.
27. Pilcher LL, Huffcutt AI. Effects of sleep deprivation on performance : a meta-analysis. *Sleep* 1996 ; 19 : 318-326.
28. Maslach C., Jackson S.E. The measurement of experienced burn out. *J. Occup. Behav* 1981 ; 2 : 99.
29. Maslach C, Jackson SE, Leiter M. Maslach burnout inventory, 3rd ed. Palo Alto : Consulting Psychologists Press, 1996.
30. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burn out. *Annu Rev Psychol* 2001 ; 52 : 397-422.

31. Valko RJ, Clayton PJ. Depression in the internship. *Dis Nerv Syst* 1975; 36: 26-29.
32. Reuben DB. Depressive symptoms in medical house officers - Effects of level of training and work rotation. *Arch intern Med* 1985; 145: 286-8.
33. Orłowski JP, Bulledge AD. Critical care stress and burnout. *Crit Care Clin* 1986; 2: 173-81.
34. Hsu K, Marshall V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns and fellows. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1561-6.
35. Whippen DA, Cannellos GP. Burn out syndrome in the practice of oncology: results of a random sample of 1000 oncologists. *Journal of clinical Oncology* 1991; 9: 1915-20.
36. Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ* 1994; 309: 1261-3.
37. Blenkin H, Deary I, Sadler A, Agius R. Stress in NHS consultants. *BMJ* 1995; 310: 534.
38. Firth-Cozens J. Sources of stress in women junior house officers. *BMJ* 1990; 301: 89-91.
39. Firth-Cozens J. Emotional distress in junior house officers. *BMJ* 1987; 295: 533-6.
40. Firth-Cozens J. Stress in doctors: a longitudinal study. Department of Health, Research and Development Initiative on Mental Health of the NHS Workforce. 1994.
41. Firth-Cozens J, Lema VC, Firth RA. Specialty choice, stress and personality: their relationship over time. *Hosp Med* 1999; 60: 751-755.
42. Mc Cue JD. The effects of stresses on physicians and their medical practice. *N. Engl J. Med* 1982; 306: 458-63.
43. Talbott GD, Richardson A.C., Atkins E.C The MAG (Medical Association of Georgia) disabled doctor's program: a two-year review. *J. Med. Assoc. Ga.*, 1977; 66: 777-81.
44. Gualtieri A.C., Cosentino J.P., Becker J.S. The California experience with a diversion program for impaired physicians. *JAMA* 1983; 249, 2: 226-229.
45. Steppacher RC, Mausner J.S. (1974) Suicide in male and female physicians. *JAMA*, 228, 3, 323-28.
46. American Medical Association Council on Scientific Affairs. Results and implications of the AMA-APA physician mortality project: stage II. *JAMA* 1987; 257 (21): 2949-53 (Erratum, *JAMA* 1987; 258 (5): 614).
47. Olkinuora M, Asp S, Juntunen J, Kauttu K, Strid L, Aarimaa M. Stress symptoms, burnout, and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990; 25: 81-86.
48. Toomingas A, Bach E., Bast-Pettersen R, Lindström K. Research in the Nordic countries on occupational health for health care personnel - present and recommendations for the future, in Hagberg M, Hofmann F, Stossel U, Westlander G. Occupational health for health care workers, 2nd Congress. Germany: *Ecomed* 1995: 42-48.
49. Carpenter LM, Swerdlow AJ, Fear NT. Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20 000 NHS hospital consultants. *Occupational and Environmental Medicine* 1997; 54: 388-395.
50. Lindeman S, Laara E, Hirvonen J, Lonnqvist J. Suicide mortality among medical doctors in Finland: are females more prone to suicide than their male colleagues? *Psychol Med* 1997; 27 (5): 1219-22.
51. Juel K, Mosbech J, Hansen ES. Mortality and causes of death among Danish medical doctors 1973-1992. *Int J Epidemiol* 1999; 28(3): 456-60.
52. Estryn-Behar M, Kaminski M, Debray Q, Fouillot JP, Guillibert E, Peigné E, Azoulay S, Bonnet N, Giorgi M, Gozlan C, Vaichère E. Le médecin du travail comme pivot d'une observation pluridisciplinaire de la santé mentale des populations non demandeuses de soins psychiatriques — l'exemple du personnel paramédical. *Arch Mal Prof* 1991; 52 (6): 387-391.
53. Rodary et al. Le stress des infirmières - Quelles conséquences sur leur santé? *IGR Info* 1993 : 1-4.
54. Rodary C, Gauvain-Piquard A. Stress et épuisement professionnel. *Objectif Soins* 1993; 16 : 26-34.
55. Saint-Arnaud L, Gingras S, Boulard R, Vezina M, Lee-Gosselin H. Les symptômes psychologiques en milieu hospitalier. In: Estryn-Behar M, Gadbois C, Pottier M. *Ergonomie à l'hôpital*. Toulouse: Octares, 1992 : 338-342.

2. La prise en compte des constats et les expérimentations de changements dans les années 1990-2010 dans les pays nordiques et anglo-saxons

56. Davidson H, Folcarelli PH, Crawford S, Duprat LJ, Clifford JC. The effects of health care reforms on job satisfaction and voluntary turnover among hospital-based nurses. *Med Care* 1997; 35(6): 634-45.
57. Shader K, Broome ME, Broome CD, West ME, Nash M. Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. *J Nurs Adm.* 2001 Apr;31(4):210-6.
- 58a. Foley BJ, Kee CC, Minick P, Harvey SS, Jennings BM. Characteristics of nurses and hospital work environments that foster satisfaction and clinical expertise. *J Nurs Adm* 2002; 32(5): 273-82.
- 58b. Rosenstein AH. Original research: nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *Am J Nurs.* 2002 Jun;102(6):26-34. Comment in: Am

J Nurs. 2002 Jun;102(6):7.

59. Ernst ME, Messmer PR, Franco M, Gonzalez JL. Nurses' job satisfaction, stress, and recognition in a pediatric setting. *Pediatr Nurs* 2004; 30(3): 219-27. Erratum in: *Pediatr Nurs* 2005; 31(1): 20.

60. McHugh ML. Cost-effectiveness of clustered unit vs. unclustered nurse floating. *Nurs Econ.* 1997 Nov-Dec;15(6):294-300.

61. Kalisch BJ, Begeny SM. Improving nursing unit teamwork. *J Nurs Adm* 2005; 35(12): 550-6.

62. Broadbent DE, Cooper PJ, Fitzgerald PF, Parkes R., , The Cognitive Failures Questionnaire and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology* 1982; 21: 1-16.

63. Dugan J, Lauer E, Bouquot, Z Distro BK, Smith M, Widmeyer G. Stressful Nurses: The Effect on Patient Outcomes. *Journal of Nursing Care Quality* 1996; n°: 46-58

64. Bissoondial et Ootim, Error making Part 2: Identifying the causes in nursing. *Nursing management* 2002; 9, 1.

65. Phillips J, Beam S, Brinker A, Holquist C, Honig P, Lee LY, Pamer C. Retrospective analysis of mortalities associated with medication errors. *Am J Health Syst Pharm.* 2001 Oct 1;58(19):1835-41. Erratum in: *Am J Health Syst Pharm* 2001 Nov 15;58(22):2130.

66. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Medication errors in United States hospitals. *Pharmacotherapy* 2001; 21(9): 1023-36.

67. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care.* 2004 Oct;13 Suppl 1 :i85-90.

68. El-Jardali F, Lagace M. Making hospital care safer and better: the structure-process connection leading to adverse events. *Health Q* 2005; 8(2): 40-8.

69. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004; 170(11): 1678-86.

70. Spear SJ, Schmidhofer M. Ambiguity and workarounds as contributors to medical error. *Ann Intern Med.* 2005 Apr 19;142(8):627-30.

71. Silen-Lipponen M, Tossavainen K, Turunen H, Smith A. Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses. *Int J Nurs Pract.* 2005 Feb;11(1):21-32.

72. Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care.* 2004 Feb;42(2 Suppl):i157-66.

73. Almost J, Laschinger HK. Workplace empowerment, collaborative work relationships, and job strain in nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract* 2002; 14(9): 408-20.

74. Cook DJ, Montori VM, McMullin JP, Finfer SR, Rocker

GM. Improving patients' safety locally: changing clinician behaviour. *Lancet* 2004; 363 (9416): 1224-30.

75. Barker SB, Barker RT. Managing change in an interdisciplinary inpatient unit: an action research approach. *J Ment Health Adm* 1994; 21(1): 80-91.

76. Perley MJ, Raab A. Beyond shared governance: restructuring care delivery for self-managing work teams. *Nurs Adm Q.* 1994 Fall;19(1):12-20.

77. Baker DP, Salas E, King H, Battles J, Barach P. The role of teamwork in the professional education of physicians: current status and assessment recommendations. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2005; 31(4):185-202. Comment in: *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2005; 31(4):183-184.

78. Horak BJ, Pauig J, Keidan B, Kerns J. Patient safety: a case study in team building and interdisciplinary collaboration. *J Health Qual* 2004; 26(2): 6-12.

79. DiMeglio K, Padula C, Piatek C et al. Group cohesion and nurse satisfaction: examination of a team-building approach. *J Nurs Adm* 2005; 35(3): 110-20.

80. Amos MA, Hu J, Herrick CA. The impact of team building on communication and job satisfaction of nursing staff. *J Nurses Staff Dev* 2005 ; 21(1):10-16.

81. Boyle DK, Kochinda C. Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units. *J Nurs Adm* 2004; 34(2): 60-70.

82. Bryson C. The role of peer mentorship in job satisfaction of registered nurses in the hemodialysis unit. *Cannt J* 2005; 15(3): 31-4.

83. Davies JM. Team communication in the operating room. *Acta Anaesthesiol Scand* 2005; 49(7): 898-901.

84. Curtis JR, Cook DJ, Wall RJ et al. Intensive care unit quality improvement: a "how-to" guide for the interdisciplinary team. *Crit Care Med* 2006; 34(1): 211-218.

85. Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA* 2004; 291(10): 1246-51.

86. Estryng-Behar M, Poinsignon H. *Travailler à l'hôpital.* Paris: Berger-Levrault, 1989, 189 p.

87. Schulmeister L. Ten simple strategies to prevent chemotherapy errors. *Clin J Oncol Nurs.* 2005 Apr;9(2):201-5.

88. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W. Burnout and suicidal ideation among US medical students. *Ann Intern Med* 2008; 149: 334-41.

89. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med* 2004;351:1838-48.

90. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA* 2009;302:1294-300.

91. Savoldelli GL. Résolution de conflits au bloc opératoire. *Prat Anesth Reanim* 2009;13:65–9.
92. Karasek RA. Job demands, job decisions latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 1979; 24: 285–308.
93. Karasek RA, Theorell T. *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books, 1990
94. Siegrist J. Adverse health effects of high effort – low reward conditions at work. *J Occup Health Psychol* 1996; 1: 27–43.
95. Johnson, JV, Hall, EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health* 1988; 78: 1336–1342.
96. Bourbonnais R, Brisson C, Moisan J, Vezina M. Job strain and psychological distress in white collar workers. *Scand J Work Environ Health* 1996; 22: 139–45.
97. Gaba DM, Howard SK, Jump B. Production pressure in the work environment. California anesthesiologists' attitudes and experiences. *Anaesthesiology* 1994; 81: 488–500.
98. Lambert E, Hogan N, Barton S. The impact of job satisfaction on turnover intent: a test of a structural measurement model using a national sample of workers. *Soc Sc J* 2001;38:233–50.
99. Van der Heijden BIJM. Organizational influences upon the development of professional expertise in SMEs. *J Enterprising Cult* 2002;9:367–406.
100. Lederer W, Kinzl JF, Trefalt E, Traweger C, Benzer A. Significance of working conditions on burnout in anesthesiologists. *Acta Anaesthesiol Scand* 2006;50:58–63.
101. Halbesleben JRB, Rotondo DM. Developing social support in employees: Human Resource Development lessons from same-career couples. *Adv Dev Hum Resour* 2007; 9: 544–55.
102. Johnson JV, Hall EM, Theorell T. Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scand J Work Environ Health* 1989; 15: 271–9.
103. Dejours C. *Travail: usure mentale (Essai de psychopathologie du travail)*. Paris: Éditions du Centurion, 1980, 150 p.
104. Ootim B. Error making: part 2: identifying the causes in nursing. *Nursing management* 2002;9:25–9.
105. Howard SK, Rosekind MR, Katz JD, Berry AJ. Fatigue in anesthesia: implications and strategies for patient and provider safety. *Anesthesiology* 2002; 97: 1281–94.
106. Lindfors PM, Nurmi KE, Meretoja OA, Luukkonen RA, Viljanen AM, Leino TJ, et al. On-call stress among Finnish anaesthetists. *Anaesthesia* 2006;61:856–66.
107. Fahrenkopf AM. Rates of medication errors among depressed and burnt out: prospective cohort study. *BMJ* 2008; 336: 488–491.
108. Olson EJ, Drage LA, Auger RR. Sleep deprivation, physician performance, and patient safety. *Chest* 2009;136:1389–96.
109. Rothschild JM, Keohane CA, Rogers S, Gardner R, Lipsitz SR, Salzberg CA, et al. Risks of complications by attending physicians after performing night time procedures. *JAMA* 2009;14(302):1565–72.
110. Kaissi A, Johnson T, Kirschbaum MS. Measuring Teamwork and Patient Safety Attitudes of High-Risk Areas. *Nursing Economic* 2003; 21, 5: 211–218.

3. Les études européennes et françaises des années 2000-2012

111. OFDT La consommation d'alcool en France <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool/conso.html>
112. INPES Le tabac en quelques chiffres <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/629.pdf>
113. Information de la CARMF, 58; décembre 2010.
114. Gautier A., Lamoureux P. Baromètre santé médecins/pharmaciens. INPES; 2003.
115. Cohidon C, Santin G, Geoffroy-Perez B, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France. *Rev Epidemiol Santé Publique*. 2010;58(2) :139-50.
116. Cohidon C, Rabet G, Caillet E. Risque suicidaire et activité professionnelle *BEH* 2011, 47-48; 501-504.
117. Le Lan R., Baubeau D. Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé. *Etudes et résultats*, n° 335, aout 2004, Drees
118. Camus I., Walstipberger D. (2009) Les expositions aux risques professionnels des personnels soignants en 2003. *Dares, Premières synthèses*, 41.4; 1-5.
119. Hasselhorn HM, Tackenberg P, Müller BH and the NEXT study group. Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. *Working Life Research Report 7*. Stockholm: National Institute for Working Life, 2003, 258 p.
120. Estryn-Behar M, Le Nézet O, Duville N et le comité de suivi de l'étude PRESST, *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, Prévention des départs prématurés de la profession, Résultats de l'étude PRESST-NEXT*, Brochure diffusée lors du Colloque national de restitution des résultats de l'études PRESST-NEXT, 1^{er} juin 2005. Disponible sur www.presst-next.fr
121. Estryn-Behar M, Le Nézet O, Affre A et al. La situation des soignants des établissements publics et privés

en France en 2002. Analyse des résultats de la première partie de l'étude PRESST-NEXT. Arch mal prof 2004; 65, 5; 413-437.

122. Estryn-Béhar M Santé et satisfaction des soignants en France et en Europe. (2008) Presses de l'École des hautes études en santé publique, 383 pages.

123. M. Estryn-Béhar, B. Van der Heijden, K. Guétarni, G. Fry (2010) Pertinence des indicateurs de risques psychosociaux à l'hôpital pour la prévention du burnout Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement; 71:619-637

124. Influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins, Résultats de l'enquête SESMAT Madeleine Estryn-Béhar, Dominique Muster, Max-André Doppia, Gérard machet, Khalil Guetarni. Le Concours médical, 2009, 131 (1):22-25. Les tableaux et les références bibliographiques sur le site: www.egora.fr

125. Borritz M, Rugulies R, Bjorner JB, Villadsen E, Mikkelsen OA, Kristensen TS. Burnout of employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. Scandinavian Journal of Public Health 2006; 34: 49-58.

126. Kristensen TS & Borritz M (2001) Copenhagen Burnout Inventory: Normative data from a representative Danish population on Personal Burnout and results from the PUMA study on Personal Burnout, Work Burnout, and Client Burnout. National Institute of Occupational Health, Copenhagen Denmark.

127. Estryn-Béhar M., Van der Heijden, B.I.J.M., Oginska H., Camerino D., Le Nézet O., Conway PM., Fry C., Hasselhorn HM. And the NEXT study group (2007). The impact of social work environment, Teamwork Characteristics, Burnout, and personal Factors Upon Intent to Leave Among European Nurses. Med Care, 45, 939-950.

128. The impact of social support upon intention to leave among female nurses in Europe: Secondary analysis of data from the NEXT survey. B.I.J.M. van der Heijden, A. Kümmmerling, K. van Dame, E. van der Schoot, M. Estryn-Béhar, H.M. Hasselhorn International Journal of Nursing Studies 47 (2010) 434-445.

129a. Interactions between Quality and Human Factors in Health Care. - Factors linked to nurses's fears of making errors Madeleine Estryn-Béhar, Olivier Le Nezet, Beatrice van der Heijden, Esther van der Schoot, Eric Ben-Brik, Jean-François Caillard, Hans-Martin Hasselhorn, and the NEXT-Study Group. In Tartaglia R, Bagnara S, Bellandi T, Albolino S, 2005, Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety Conference, Taylor and Francis, London, 533 pages, pp 31-35.

129b. Estryn-Béhar M, Le Nezet O, van der Heijden B, van der Schoot E, Camerino D, Conway PM, Hasselhorn HM, et le NEXT-Study Group Interactions entre qualité et facteurs humains dans les soins - Facteurs liés à la crainte des

erreurs parmi les infirmiers. Gestions hospitalières 2006, 364-372.

130. Meißner A.,HASSELHORN H.-M., ESTRYN-BEHAR M., NEZET O., POKORSKI J. & GOULD D. (2007) Nurses' perception of shift handovers in Europe -Results from the European Nurses' Early Exit Study. Journal of Advanced Nursing 57 (5), 535-542

131. Estryn-Béhar M., Van der Heijden B., Fry C., & al., Violence risks in nursing--results from the European 'NEXT' Study, Occupational Medecine, Mars 2008, 58 (2):107-14.

132. Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins - Résultats de l'enquête européenne Presst-Next. Madeleine Estryn-Béhar, Nathalie Duville, Marie-Laurène Menini, Donatella Camerino, Serge Le Foll, Olivier le Nézet, Rachel Bocher, Beatrice Van Der Heijden, Paul Maurice Conway, Hans-Martin Hasselhorn, le Next-Study group. La Presse médicale; 2007. 36 (1):21-35.

133. Longitudinal Analysis of Personal and Work-Related Factors Associated With Turnover Among Nurses Madeleine Estryn-Béhar, Beatrice I. J. M. van der Heijden, Clémentine Fry, Hans-Martin Hasselhorn. Nursing Research, May/June 2010, Voll 59, No 3, 166-177.

134. Estryn-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Aune I, Machet G, Doppia MA, Lassaunière JM, Muster D, Pelloux P, Prudhomme Ch., Work week duration, work-family balance and difficulties encountered by female and male physicians Results from the French SESMAT study, Work. 2011 Jan 1;40(0):83-100.

135. Comportements de santé du personnel soignant. Résultats de l'enquête européenne Presst-Next Estryn-Béhar M, Le Nézet O, Bonnet N, Gardeur P, Presse Med 2006; 35: 1435-46.

136. Estryn-Béhar M., Doppia M.A., Guetarni, K., Fry C., Machet G, Pelloux P, Aune I, Muster D, Lassaunière JM, Prudhomme C, Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians? Results from the French SESMAT study, Emerg Med J Emerg Med J. 2011 May;28(5):397-410. Epub 2010 Dec 1.

137. Doppia MA, Estryn-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T; le comité de pilotage de l'enquête SESMAT. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). Ann Fr Anesth Reanim. 2011 Nov;30(11):782-94. Epub 2011 Oct 5.

138. Estryn-Béhar M, Braudo M-H, Fry C, Guetarni K. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). L'Information psychiatrique, 2011, Volume 87, Numero 2: 95-117

139. Estryn-Béhar M.; Lassaunière JM; Fry C; de Bonnières A; et le COPIL de SESMAT. L'interdisciplinarité diminue-t-

elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en onco-hématologie et en gériatrie. *Médecine palliative — Soins de support — Accompagnement — Éthique* (2011), doi:10.1016/j.med-pal.2011.07.001.

140. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;175:686–92.

141. De Oliveira Jr GS, Ahmad S, Stock MC, Harter RL, Almeida MD, Fitzgerald PC. High incidence of burnout in academic chairpersons of anesthesiology: should we be taking better care of our leaders? *Anesthesiology* 2011;114:181–93.

142. Hyman SA, Michaels DR, Berry JM, Schildcrout JS, Mercaldo ND, Weinger MB. Risk of burnout in perioperative clinicians: a survey study and literature review. *Anesthesiology* 2011;114:194–204.

143. Lederer W, Kinzl JF, Trefalt E, Traweger C, Benzer A. Significance of working conditions on burnout in anesthesiologists. *Acta Anaesthesiol Scand* 2006;50:858–66.

144. Bonnet F, Dureuil B (2011). Prévenir le syndrome d'épuisement professionnel en anesthésie-réanimation. Editorial. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2011 Nov;30(11):778-779.

145. Estryn-Béhar M., Leimdorfer F, Picot G. Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail : Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale. *Revue Française des Affaires Sociales.* Oct-dec 2010, 27-52.

146. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med.* 2000;35:63-68.

147. Derlet RW. Overcrowding in emergency departments: increased demand and decreased capacity. *Ann Emerg Med.* 2002;39:430-432.

148. Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J.* 2003;20:402-405.

149. US General Accounting Office. *Hospital Emergency Departments: Crowded Conditions Vary Among Hospitals and Communities.* Washington, DC: US General Accounting Office; 2003. Report No. GAO-03-460.

150. Magid DJ, Asplin BR, Wears RL. The quality gap: searching for the consequences of emergency department crowding. *Ann Emerg Med.* 2004;44:586-588.

Schull MJ, Vermeulen M, Slaughter G, et al. Emergency department crowding and thrombolysis delays in acute myocardial infarction. *Ann Emerg Med.* 2004;44:577-585.

151. Cowan RM, Trzeciak S. Clinical review: emergency

department overcrowding and the potential impact on the critically ill. *Crit Care.* 2005;9:291-295.

152. France DJ, Levin S, Hemphill R, et al. Emergency physicians' behaviors and workload in the presence of an electronic whiteboard. *Int J Med Inform.* 2005;74:827-837.

153. Sprivilis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, et al. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust.* 2006;184:208-212.

154. Levin S, France DJ, Hemphill R, et al. Tracking workload in the emergency department. *Hum Factors.* 2006;48:526-539.

155. Biros MH, Adams JG, Wears RL. Errors in emergency medicine: a call to action. *Acad Emerg Med.* 2000;7:1173-1174

156. Chisholm CD, Collison EK, Nelson DR, et al. Emergency department workplace interruptions: are emergency physicians "interrupt-driven" and "multitasking"? *Acad Emerg Med.* 2000;7:1239-1243.

157. Parker J, Coiera E. Improving clinical communication: a view from psychology. *J Am Med Inform Assoc.* 2000;7:453-461.

158. Coiera EW, Jayasuriya RA, Hardy J, et al. Communication loads on clinical staff in the emergency department. *Med J Aust.* 2002; 176:415-418.

159. Fordyce J, Blank FS, Pekow P, et al. Errors in a busy emergency department. *Ann Emerg Med.* 2003;42:324-333.

160. Cydulka RK, Korte R. Career satisfaction in emergency medicine: the ABEM Longitudinal Study of Emergency Physicians. *Ann Emerg Med* 2008;51:714-22.

4. Les analyses ergonomiques participatives en secteur soignant

161. Estryn-Béhar, M ; Poinson H. (1989) Travailler à l'hôpital. Berger Levrault ed. Paris, 189 pages.

162. Villatte, R., Gadbois, C., Bourne, J.P., Visier, L. (1993). Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital. Faire sien les outils du changement, Inter Editions Paris, 1993, 302 pages.

163. Estryn-Béhar, M. (1996). Ergonomie hospitalière - théorie et pratiques, ESTEM- De Boeck édition, Paris, 568 pages

164. Estryn-Béhar, M. (1997). Stress et souffrance des soignants à l'hôpital, ESTEM- De Boeck édition, Paris, 256 pages

165. Estryn-Béhar M (1997) Ergonomics and health care. Strain in health care work 97. 17-97.22. Encyclopaedia of occupational health and safety fourth edition International labour office, Geneva.

166. Estryn-Béhar, M. (2001) Interface entre les normes et

les référentiels, et l'activité de travail réelle des soignants. *Actualités et dossiers en santé publique, la documentation Française*, 35, 71-73.

167. Rogez, I. (2009). *Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes - Synthèse sur les conditions de travail et les actions de prévention. Les dossiers de l'ARACT Nord-Pas de Calais* 25 pages.

168. Bartels, S., Shea, D., Beck, C., Clark, T. Mansfield, J.-C., Kapp, M., & Ouslander, J. (2003). The American Geriatrics Society and American Association for Geriatric Psychiatry recommendations for policies in support of quality mental health care in U.S. nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 9, 1299 - 1304.

169. Stephen, J., Bartels, M.D., Aricca, R., Dums, B.-A., Thomas, E., Oxman, M.-D., et al. (2004). Evidence-Based Practices in Geriatric Mental Health Care. *Focus*, 2, 268-281.

170. Noro K, Imada AS (1991). *Participatory ergonomics*. Taylor & Francis, London, New York, 220 pages.

171. Villeneuve J. (1994) «Des fondations solides pour un projet de rénovation ou de construction», *Objectif prévention*, 17, 5, 14-16. Suite des travaux sur www.asstas.cq.ca

172. La conception des postes de soins Milanini-Magny G; Estryn-Béhar M. *Gestion hospitalière* 2008. 479:563-569.

173. Payne, S., Hardey, M., et al. (2000). Interactions between nurses during handover in elderly care. *Journal of Advanced Nursing* 32,2, 277-285.

174. Kerr, M., (2002). A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. *Journal of Advanced Nursing* 37,2, 125-134.

175. Prescrire (2012). «Travailler ensemble pour mieux soigner». *Prescrire Numéro spécial* 346, www.prescrire.org.

176. Gineste, Y, Pellissier, J. (2005) *Humanité: Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*. éd. Armand Collin 2005.

177. Estryn-Béhar M., Fouillot J.-P. (1990) *Étude de la charge mentale et approche de la charge psychique du personnel soignant. Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans 10 services de soins*, Documents pour le médecin du travail, INRS éd., 42, 131-144.

178. Milanini G., Estryn-Béhar M. *Architect-ergonomist collaboration in the programming processes for the design of hospital emergency services. Corporate space and architecture International symposium Paris*, 1992, 1-3 Juillet, p. 97-99, éditions Ministère de l'équipement et du logement.

179. Estryn-Béhar M., Milanini G., Cantel MM., Abriou P., Masseurin M., Rispal F., Kadi E., et le groupe d'étude de l'USI, (1995). Réaménagement d'une unité de soins intensifs avec une méthodologie ergonomique participative, *Arch. Mal. Prof.*, 56, 8, 624-634.

189. Estryn-Béhar M., Milanini G., Bitot T., Debru J.-L., Imbert B., Baudet M., De Gaudemaris R., Rostaing M.C. (1996). Une analyse ergonomique pour le réaménagement d'unités de soins Techniques hospitalières, 605, 41-50.

181. Réaménagement de deux unités hospitalières : démarche ergonomique participative ; évaluation avant/après. Estryn-Béhar M., Milanini G., Bitot T., Debru J.-L., Imbert B., Baudet M., de Gaudemaris R., Rostaing MC. (1997), *Arch. mal. prof.* 58, 7, 604-614.

182. Apport de l'ergonomie à la lutte contre les infections nosocomiales Estryn-Béhar M., Bitot T., Milanini G. (1998), *Hygiène*, VI, 1, 38-46.

183. Estryn-Béhar M., Cantel MM. *Gestions Hospitalières* (1998) Intérêt d'une méthodologie ergonomique participative pour le réaménagement d'une unité de soins intensifs, 145, 291-296.

184. Approche ergonomique de l'environnement de la naissance Estryn-Béhar., Brunet F., Ekodo Nkoulou V. (1999) *Annales médicales de Nancy et de Lorraine*, 38, 83-92.

185. Estryn-Béhar M, Vinck L (2002) La relation de soins à l'hôpital, entre une ardente obligation et une ardente contradiction,, In *La relation de service sous la direction de Hubault F. Octarès* éd

186. Estryn-Béhar M., Bouvatier C., Milanini-Magny G., Deslandes H., Ravache A.-E., Bernard C., Mendès C., Medous A. (2011) L'ergonomie participative pour adapter l'espace de travail aux besoins des soignants *Soins Pédiatrie Puériculture - n° 258*, 41-44.

187. Eyrolle H, Cellier JM (2000) The effects of interruptions in work activity : field and laboratory results. *Appl Ergon* 5:537_543.

188. Mache S. Vitzthum K. Kusma B. Nienhaus A. Klapp BF. Gronenberg DA. (2010). *Pediatricians' working conditions in Germa hospitals: a real-time task analysis*. *Eur J Pediatr*. 169:551-555.

189. Béguin, P. (2007). Prendre en compte l'activité de travail pour concevoir. *@tivité*, 4 (2), 107-114, <http://www.activites.org/v4n2/beguinn-FR.pdf>

190. Colombat P, Altmeyer A, Rodrigues M, Barruel F, Blanchard P, Fouquereau E, Pronost AM. (2011) *Management et souffrance des soignants en Onco-Hématologie*. *Psychooncologie*, 5:83-91

191. Fillion, L., Duval, S., Dumont, S. Gagnon, P. Temblay, I., Bairati, I., & Breitbart, W. (2009). Impact of a meaning-centered intervention on job satisfaction and on quality of life among palliative care nurses. *Psycho-Oncology*, 18 (12), 1300-1310.

Annexe 1 Risques psychosociaux: les échelles utilisées dans les études PRESST-NEXT et SESMAT

Domaine Sous-domaine	Définition des variables	Source	Items	Format des réponses	information psychométrique
Situation	Travail/Vie privée				
Conflit travail/ famille	Conflit perçu entre les demandes du travail et celles de la vie privée	Échelle de conflit travail/ famille Netemeyer, Boles and McMurrian, 1996	<ul style="list-style-type: none"> - Les exigences de mon travail interfèrent régulièrement avec ma vie familiale et ma vie personnelle. - Fréquemment, le temps que me prend mon travail rend difficile la réalisation de mes responsabilités familiales. - Souvent, les choses que je veux faire à la maison ne peuvent être réalisées en raison des exigences de mon travail. - Les tensions créées par mon travail rendent souvent difficiles l'accomplissement de mes obligations familiales. - En raison de mes activités professionnelles, je dois faire des changements réguliers dans mes activités familiales et personnelles. 	Échelle à cinq points: de 'pas du tout d'accord' à 'tout à fait d'accord'	Score : moyenne des cinq items, un item manquant autorisé. Alpha de Cronbach 0,89 Élevé ≥ 3,6 Moyen 2,5 à 3,59
ENVIRONNEMENT social du travail					
Relations interpersonnelles	Qualité perçue des relations sociales entre les infirmiers ou les médecins et les autres groupes professionnels	Questionnaire NEXT	Comment qualifiez-vous les relations entre vous et les groupes suivants: cadre infirmier supérieur - direction des soins - cadre - collègues de même grade - médecins - supérieurs hiérarchiques - médecins des autres services - infirmiers - aides-soignants - personnels du service	Échelle à cinq points: de 'hostile tendues' à 'amicales détendues'	Score : moyenne des six items. Alpha Cronbach 0,70 Tendues < 3,5
ORGANISATION du travail					
Pression tempo- relle ou demande quantitative	Charge quantitative de travail, intensité du travail, pression temporelle	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSQ) Kristensen et al. 2005 (57) Dernier item: Questionnaire NEXT	<p>À quelle fréquence...</p> <ul style="list-style-type: none"> - manquez-vous de temps pour réaliser toutes vos tâches? - pouvez-vous prendre une pause dans votre travail quand vous voulez? - devez-vous travailler très rapidement? - votre charge de travail est-elle inégale de telle manière que vous accumulez du retard? - Avez-vous assez de temps pour parler aux patients? 	Échelle à cinq points: de 'presque jamais' à 'toujours'	Score : moyenne des cinq items, un item manquant autorisé. Alpha de Cronbach 0,70 Élevé ≥ 3,6 Moyen 2,5 à 3,59



Domaine Sous-domaine	Définition des variables	Source	Items	Format des réponses	information psychométrique
Influence au travail	Degré d'autonomie et d'influence dans la prise de décision au travail	Version suédoise modifiée du Demand- Control Questionnaire, Theorell et al. 1988 (58)	Quel est le degré d'exactitude des propositions suivantes sur votre situation professionnelle? - J'ai mon mot à dire dans le type de tâches que l'on me demande de réaliser. - Je peux décider moi-même comment accomplir les tâches qui me sont attribuées. - Je peux travailler à mon propre rythme. - J'ai mon mot à dire sur le moment où accomplir les tâches qui me sont attribuées.	Échelle à cinq points: de "Faux" à "Tout à fait vrai"	Score: moyenne des quatre items, un item manquant autorisé. alpha de Cronbach 0,84. Élevé $\geq 3,5$ Moyen 2,5 à 3,49
Salaire et efforts					
Ratio effort/ récompense	Un ratio proche de zéro indique une relation favorable entre les efforts faits et les récompenses reçues. Un ratio supérieur à 1 indique que les efforts faits ne sont pas contrebalancés et légitimés par une reconnaissance suffisante.	Échelle « effort/récompense » de Siegrist 1996 (59)	L'effort a été mesuré par 6 propositions: Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail. Je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail. J'ai beaucoup de responsabilités à mon travail. Je suis souvent contraint(e) à faire des heures supplémentaires. Mon travail exige des efforts physiques. Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant. La récompense a été mesurée par 11 questions: Mes supérieurs hiérarchiques me manifestent le respect que je mérite. Mes collègues me manifestent le respect que je mérite. Je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles. On me traite injustement à mon travail. Mes perspectives de promotion professionnelles sont faibles. J'ai vécu ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail. Ma sécurité d'emploi est faible. Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation et à mes diplômes. Vu tous mes efforts et mes résultats, on me manifeste le respect et l'estime que je mérite à mon travail. Vu tous mes efforts et mes résultats, mes perspectives professionnelles sont bonnes. Vu tous mes efforts et mes résultats, mon salaire est correct (adéquat).	Pour effort et pour récompense les réponses étaient de 1 à 5: 'non', 'oui', et si oui, 'cela me perturbe': 'pas du tout', 'modérément', 'considérablement' et 'vraiment beaucoup'	Effort: Alpha de Cronbach 0,75 Récompense: Alpha de Cronbach 0,86 Ratio effort récompense: $E/R \times 0.5454$ Bon E/R 0,2 à 0,49 Moyen E/R 0,5 à 0,69 E/R inadéquat 0,7 à 0,99 Déséquilibre E/R ≥ 1 .
Satisfaction vis-à-vis salaire	Degré de satisfaction pour le salaire	NEXT (6)	Êtes-vous satisfait de votre salaire... - en lien avec mes besoins financiers? - par rapport au salaire de professions de niveau comparable? - par rapport au salaire des soignants dans d'autres institutions?	Échelle à cinq points: de: 'pas du tout' (1) à 'tout à fait' (5)	Score: moy. des 3 items. Alpha de Cronbach 0,81. Élevé $\geq 3,5$ Moyen 2,5 à 3,49

Annexe II. Présentation des échelles utilisées pour le burnout

Domaine subdomaine	Définition des variables	Source	Items	Format des réponses	information psychométrique
SANTÉ					
Burnout (CBI)	Degré/fréquence de la sensation d'épuisement	Échelle du Copenhagen Burnout Inven- tory, CBI (Borritz et al. 2006) (16)	À quelle fréquence... - vous sentez-vous fatigué ? - Êtes-vous épuisé physiquement ? - Êtes-vous épuisé émotionnellement ? - Pensez-vous: 'je n'en peux plus' ? - Vous sentez-vous vidé ? - Vous sentez-vous faible et susceptible d'être malade ?	Échelle à cinq points : de jamais/ Presque jamais (1) à (presque) chaque jour (5)	Score : moyenne des six items, un item manquant autorisé. Alpha de Cronbach 0,88 En 3 classes: Faible 1 à 2,4 Moyen 2,5 à 3,5 Élevé 3,6 à 5 En 2 classes: Élevé ≥ 3 .
Burnout en lien avec les patients	Degré/ fréquence de la sensation d'épuisement lié au travail avec des patients	Patients' related burnout CBI (Borritz et al. 2006) (16)	À quelle fréquence... Trouvez-vous difficile de travailler avec des patients ? Trouvez-vous frustrant de travail- ler avec des patients ? Travailler avec des patients vous vide-t-il de votre énergie ? Avez-vous l'impression de donner davan- tage que vous ne recevez lorsque vous travaillez avec des patients ? Êtes-vous fatigué de travailler avec des patients ? Vous demandez-vous parfois combien de temps vous allez être capable de continuer à travailler avec des patients ?	Échelle à cinq points : de jamais/ Presque jamais (1) à (presque) chaque jour (5)	Score : moyenne des six items, un item manquant autorisé. Alpha de Cronbach 0,85 Élevé ≥ 3

Une **consultation** pour prévenir l'épuisement professionnel des soignants

GRUPE
PASTEUR
MUTUALITE



La santé et le bien-être des professionnels de santé sont au cœur de la réflexion et des actions de prévention de Groupe Pasteur Mutualité.



Afin d'apporter une réponse pratique au phénomène d'épuisement professionnel des soignants, Groupe Pasteur Mutualité a mis en place, à destination de ses adhérents, un réseau national de médecins consultants chargés d'assurer une consultation de prévention.

Cette consultation a pour objectif d'aider les soignants à surmonter le stress et les difficultés d'exercice liés à leur métier. Elle se tient dans le plus strict **respect de l'anonymat et de la confidentialité**.

Etre mis en relation avec un médecin consultant

Les adhérents de Groupe Pasteur Mutualité peuvent être mis en relation avec un des médecins du réseau via le Service d'Entraide :

 **01 40 54 53 77**

 **consultationprevention@gpm.fr**

Le Service d'Entraide de Groupe Pasteur Mutualité est animé par une professionnelle de l'action sociale, rompue aux problèmes spécifiques des professionnels de santé. Il se tient chaque jour à l'écoute des adhérents, dans le plus strict respect de l'anonymat et de la confidentialité, pour leur apporter aide et soutien.



**Tous mobilisés pour
le bien-être des soignants**

Une initiative de Groupe Pasteur Mutualité

**L'épuisement professionnel
ne doit pas devenir une fatalité !**

Groupe Pasteur Mutualité souhaite mobiliser toutes les bonnes volontés prêtes à lutter ensemble contre le mal-être au travail des professionnels de santé.



La littérature scientifique fait état des risques pour la santé des médecins et des soignants paramédicaux. Ils se traduisent, entre autres, par une plus grande fréquence de troubles de la santé mentale (addiction, syndrome anxio-dépressif, signes d'épuisement professionnel ou burnout, suicide...) En France, ce thème est longtemps resté un « tabou ».

L'enquête européenne et française PRESST-NEXT sur les soignants, puis l'enquête française SESMAT sur les médecins, ont permis de mieux appréhender leur état de santé physique et mentale. Elles ont précisé les facteurs favorisant soit des conditions de travail dangereuses, soit la santé des professionnels et l'attractivité des établissements privilégiant de meilleures organisations du travail. À partir des résultats de ces deux enquêtes, nous présentons la fréquence de l'épuisement professionnel et les facteurs y contribuant, en particulier l'insuffisance de travail d'équipe et le déséquilibre travail/famille.

Les études ergonomiques participatives du travail réel aident à comprendre les causes des dysfonctionnements : temps perdu en déplacements, interruptions, manque de temps de travail pluridisciplinaire autour du patient, espace inapproprié pour le travail d'équipe... Elles montrent l'apport de l'association des soignants – en amont des réflexions managériales de réorganisations, réaménagements ou constructions – pour permettre la qualité des soins et le plaisir au travail.

Madeleine Estryn-Béhar est médecin du travail, médecin de santé publique, épidémiologiste et docteur en ergonomie. Elle a réalisé de nombreuses recherches sur le travail de nuit, les lombalgies, la grossesse et le burnout des soignants. Dans le cadre de réaménagement de services médicaux et logistiques, elle a participé à plusieurs recherches-actions. Elle anime des sessions de formation à l'amélioration des conditions de travail. Elle a publié plusieurs ouvrages. Elle est membre de diverses commissions internationales traitant de la santé au travail. Elle anime actuellement le cabinet Estryn-Behar Ergonomie.

