Paradoxe de la prescription :
quand l'accroissement des exigences de qualité de soins contribue à dégrader les conditions de travail des soignants et la relation aux patients. Impacts sur la santé des personnels

Francine BLARDAT
Ergonome

Mokhtar LARBI
Médecin du travail, ergonome

TECHNOLOGIA SA
10 rue des Messageries
75010 Paris
technologia@wanadoo.fr

Mots clés : Stress, accompagnement et qualité de vie, prises de décisions.

Comment l'évolution de la technicité médicale et de la rigueur des procédures influence-t-elle l'organisation du travail et la santé du personnel soignant ?

Cette communication tentera d'apporter quelques éléments de réponse grâce à l'analyse transversale du travail dans cinq hôpitaux de la fonction publique hospitalière.

INTRODUCTION :

L'approche théorique de cette communication est celle de l'ergonomie fondée sur l'analyse de l'activité. Avant d'entamer une réflexion participative pour l'amélioration des conditions de travail, il a été nécessaire de reprendre une description fine des activités qui soit d'abord linéaire, par des chroniques d'activité puis classées et les analyser par thèmes tels que les rythmes de travail, l'environnement physique, l'aménagement des espaces et l'organisation, le stress… (1).

Ce choix a été motivé par deux raisons majeures. La première était de permettre aux analystes puis aux opérateurs de s'approprier le travail dans toute sa complexité, sans briser de façon brusque les mécanismes de défense développés dans les services et visant à protéger l'opérateur individuel et le collectif de la souffrance engendrée par des conditions de travail délétères (2).

La deuxième raison, bien connue des ergonomes, était de pouvoir à partir d'observations et d'entretiens complémentaires accéder à une autre dimension du travail et en particulier celle de la production de connaissances et de savoirs par un collectif de travail au moment des transmissions, comparables aux relèves de postes (3).

CONTEXTE :

La mise en place de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière s'est assortie d'une volonté de l'Etat d'objectivation du travail réel. Ce diagnostic aurait dû permettre aux autorités de tutelle d'ajuster les moyens alloués à chaque établissement.

Dans ce cadre, deux voies d'intervention se sont déployées dans les établissements hospitaliers. La première est une démarche initiée par la direction d'établissement, la seconde par les instances représentatives du personnel.
La plupart des directions ont confié l'élaboration du diagnostic (guidé par une grille établie par le Ministère du Travail) à l'encadrement ; plus rarement les infirmières ou aides-soignantes ont été associées à la réflexion.

Pour assister les petits établissements, l'Etat a mis en place des aides spécifiques, sous forme d'appuis conseils. Les interventions de type appui conseil sont sensées répondre à une demande forte, qui est moins la volonté d'objectiver les difficultés existantes que de trouver une solution «clé en main» pour la mise en œuvre de la réduction du temps de travail sans bouleversement dans l'organisation du fonctionnement des services ou de la prestation aux patients. En effet, les responsables d'établissement doivent gérer l'ambiguïté suivante : d'une part la nécessité de prouver le manque pour obtenir des moyens supplémentaires, d'autre part prouver aux autorités de tutelle que la gestion actuelle est bonne et ne met pas en péril la santé des patients et/ou des personnels. Il s'agit ni plus ni moins que de démontrer les lacunes sans en reconnaître les implications.

La deuxième voie d'intervention est celle des expertises CHSCT. Ici, la temporalité joue un rôle déterminant dans la formulation de la demande. En amont de la mise en œuvre, lorsque que les moyens alloués par établissement n'étaient pas encore connus, le personnel souhaitait avant tout avoir une contre-expertise du diagnostic effectué par la direction. D'abord pour pouvoir prendre connaissance des documents élaborés et ensuite parce que les tentatives de décrire l'activité réelle ont mis en évidence le besoin impératif de posséder des compétences en terme d'analyse du travail, de s'extraire soi même de l'activité et d'amener les agents, pris dans la routine et les glissements de tâches, à pouvoir exprimer et décrire leurs conditions de travail.

Lorsque les moyens en terme d'équivalent de postes ont été communiqués, l'important pour les salariés était davantage de les aider à répartir les nouveaux postes, à trouver des aménagements (achat de nouveau matériel ou aménagement organisationnel) pour éviter une dégradation sensible des conditions de travail (si possible de les améliorer) et ne pas donner le sentiment aux agents que ce qui détermine la qualité de leur travail et que leurs compétences ne sont pas pris en compte. La mise en pratique de la réduction du temps de travail ne doit pas être subie mais être le produit d'un consensus répondant au mieux aux contraintes de tous.

DEMANDE :

Ces études répondent à la double demande des directions d'établissement et des CHSCT qui souhaitent être assistés d'un expert dans le domaine des conditions de travail afin de l'aider à mieux connaître :

- Le travail réellement effectué dans les services.
- Les conditions d'exécution de l'activité (moyens, effectifs…).
- Les conséquences des conditions de travail sur la santé des personnels et des patients.

Sur cette base, les établissements demandent aux experts des propositions relatives aux mesures à prendre pour :

- Améliorer les conditions de travail (augmenter les effectifs de façon pertinente pour l'activité, agir sur les outils techniques, améliorer l'organisation dans le service et entre les services).
- Limiter les risques et assurer un suivi de la santé du personnel.

MÉTHODE :

La démarche vise à associer le plus possible de personnes pour que chacun puisse s'approprier la méthode et, dans une perspective de long terme, poser les jalons permettant au personnel d'identifier les dysfonctionnements auxquels il sera confronté.

La méthode utilisée est la suivante :

- Travailler avec le Comité de Pilotage mis en place par la direction et présenter puis valider les modalités d'intervention (accès au terrain…).
- Rencontrer les représentants du personnel en charge des conditions de travail, recueillir et intégrer leurs préoccupations à la démarche.
- Pratiquer des entretiens individuels (agents de soins, encadrement…) et, selon les besoins, faire observer les situations réelles de travail.
- Mettre en place des groupes de travail par service, basés sur le volontariat des agents (hors encadrement).
- Travailler avec les groupes de travail sur l'élaboration de grilles. Celles-ci permettront de démontrer les relations dysfonctionnements / incidents et les conséquences sur le fonctionnement des services, les risques pour la santé du personnel et la qualité des soins.
- Valider les résultats auprès du personnel.
- Présentation au comité de pilotage et la direction.

Cette démarche a été développée que la demande émane de la direction ou des instances

représentatives du personnel. Dès les premières négociations, il était évident que si une solution acceptable devait être trouvée, elle ne pourrait l'être qu'avec la collaboration active de tous dans une démarche consensuelle de progrès.
L'ampleur et la difficulté de la tâche (mise en œuvre des 35 heures) étaient telles que la demande d'assistance a permis de passer outre les clivages (voire l'hostilité) des différentes parties qui se sont trouvées un objectif commun : assurer la pérennité de l'établissement.

PRINCIPAUX RÉSULTATS :

- Le personnel de soins confirme que le nombre de protocoles auxquels ils sont soumis augmente régulièrement depuis les deux dernières années. Ces protocoles concernent aussi bien la manipulation des malades, l'utilisation de matériel, l'hygiène… Ils sont en général bien perçus par le personnel puisqu'ils vont dans le sens d'une amélioration de la qualité des soins prodigués. Cependant ces procédures sont vécues et ressenties par les déférentes catégories professionnelles comme une source d'alourdissement de charge travail, et d'une accélération de l'activité du fait de la réduction des marges temporelles. Ces contraintes de plus en plus difficiles à gérer ont pour corollaire paradoxal un risque de dépréciation de la qualité, enjeu principal de la «démarche qualité» prescrite par ces protocoles.

Exemple : le suivi individuel est renforcé afin de mieux suivre l'évolution de l'état de santé des patients (courbes diverses sur le métabolisme et la physiologie), chacun de ces relevés nécessite du temps qui est multiplié par le nombre de patients par service. Ce temps est, le plus souvent pris sur le temps de communication avec les patients ou leur famille, sur les tâches de ménage et parfois même les agents sont amenés à prioriser (les douches, l'aide à l'alimentation… peuvent s'en trouver lésés). Le personnel se sent de plus en plus des techniciens «on fait un soin et sans attendre on passe au suivant, on n'a pas le temps de rester discuter avec les gens sinon on ne peut pas finir !».

- En renforçant la traçabilité des actes, les procédures menacent la solidarité collective indispensable à l'efficacité des actes de soins. Des stratégies individuelles peuvent prendre le pas sur le travail collectif avec pour conséquence une dégradation des relations professionnelles. C'est aussi une des causes d'appauvrissement des savoirs et savoir-faire construits, régénérés et partagés par les équipes de soins. Ce qui aboutit à un isolement et une souffrance des agents source d'une souffrance au travail dont l'expression est en nette croissance dans le milieu hospitalier.

Exemple : pour permettre aux services de soins de gagner du temps, l'organisation des différentes équipes de soignants s'articule autour de ma mise en place des transmissions ciblées. Il s'agit en fait, de limiter le temps de recouvrement (présence simultanée de deux équipes) en procéduralisant la nature des informations échangées. Or, l'intérêt d'une réflexion collective dépasse largement, dans les connaissances produites et les régulations qui s'effectuent dans ces collectifs, ce qui peut s'échanger sur papier. Outre la dislocation du collectif de travail, un autre problème est le manque d'homogénéité de ce qui est échangé. Pour certain : «RAS» signifiera qu'il n'y a pas eu de changement de l'état du patient, pour d'autres qu'il n'y a pas eu d'acte particulier en ce qui concerne le patient. Le contenu et les conséquences sont différents.

- Le personnel de soins acquiert une technicité de plus en plus pointue par la pratique d'actes que, par le passé, leurs confrères n'effectuaient pas et pour lesquels ils n'ont donc pas été formés initialement.
- Les procédures, toujours plus nombreuses, se succèdent et présentent parfois un caractère contradictoire. Il n'y a pas forcément intégration des nouveautés qui nécessiterait une réflexion sur la cohérence et la compatibilité de la base réglementaire existante. La labilité de certains protocoles, et leur caractère théorique brouillent souvent les règles de métier construites dans le temps et dans «la réalité du travail».
- L'autorité médicale voit son pouvoir renforcé par la maîtrise des techniques de soins actuelles. Le pouvoir de décision et de contrôle des médecins s'accroît alors que parallèlement le contact physique direct avec les patients et leur souffrance s'atténue.

Exemple : Le pouvoir que confère la maîtrise des techniques peut parfois amener à des rivalités non constructives voire risquées pour le patient. C'est le cas notamment d'un chirurgien qui, craignant de voir ses collègues pratiquer les interventions les plus «intéressantes», modifiait le tableau opératoire (planning des interventions) pour ne pas que ses collègues opèrent à sa place. Les conséquences étaient considérables car la rétention d'information allait jusqu'à laisser dans l'ignorance les autres services (réanimation, radiologie…). Aucune anticipation n'était possible, alors que la gravité de l'opération et les soins à suivre auraient dû nécessiter une bonne coordination des équipes.

1 - RAS : rien à signaler.

- Le personnel de soins se sent soumis à un stress important par l'obligation d'assumer des responsabilités qui, en principe, ne leur incombent pas. Ils sont partagés entre le respect des injonctions exprimées par le médecin responsable et le devoir d'assumer les responsabilités de leurs actes auprès des patients, de l'administration et de leurs collègues.

Exemple : Un hôpital local organisé de façon pavillonnaire disposait d'un bâtiment de long séjour situé à deux kilomètres environ de site central. La nuit, le médecin de garde restait sur le site central. En cas de dégradation de l'état de santé d'un résident, l'aide soignante devait prévenir le médecin de garde. Il n'était pas rare que le médecin lui dise d'organiser le rapatriement du résident sur le site central. L'aide soignante se trouvait alors devant différents problèmes :

- La gravité de l'état du résident nécessite-t-elle ou non de mobiliser le médecin de garde (lui même très occupé) ;
- l'état du résident autorise-t-il un déplacement ;
- si oui, dans quel type de véhicule (SAMU…).

De ces choix, peut dépendre la vie du résident. En cas de problème grave, les implications en terme de responsabilité pour l'aide soignante et l'établissement sont lourds et doivent être pris en compte au moment de la prise de décision. De façon théorique le refus de l'aide soignante d'assumer cette responsabilité est conforme à la réglementation, en réalité c'est inenvisageable.

- Le personnel de soins est soumis à un double contrôle. D'une part le contrôle médical fondé essentiellement sur le respect des procédures. D'autre part, le contrôle des familles pour qui, l'attention portée à leurs proches est primordiale. Le personnel a donc besoin de temps pour satisfaire à l'autorité médicale et aux familles alors que la charge de travail croît et l'effectif reste minimum.

CONTRIBUTION DE L'ERGONOMIE :

La contribution de l'ergonomie dans ce type d'intervention évolue dans le temps. D'abord, il est nécessaire de «démêler» le prescrit des glissements de tâches coutumiers et qui font aujourd'hui partie intégrante de la représentation partagée de l'activité. De fait, les repères sont gommés et si pour les personnels moins qualifiés, il peut être gratifiant de pratiquer les gestes en principe dévolus aux plus qualifiés, les conséquences en terme de responsabilité et de statut sont claires.
Ensuite, il est important de permettre au personnel et à ses représentants de s'approprier des notions d'analyse du travail et d'identification des dysfonctionnements.

Il ne s'agit pas seulement d'objectiver le travail et la pénibilité des agents, mais surtout de décrire les processus pouvant mettre en évidence, de façon qualitative et quantitative, les points critiques, tant sur le plan organisationnel que des conditions de travail.

Dans les différentes rencontres (expertises, études ou formations) avec les salariés du secteur hospitalier, une démarche de conduite de projet démarrant par une phase d'analyse de l'activité est essentielle. La mise en relief des écarts entre les prescriptions et la réalité avec ses imprévus, ouvre la voie à un travail d'intégration des prescriptions dans l'activité quotidienne des agents.
Les agents se trouvent, de nouveau, en position d'acteur. Ils sont sollicités pour produire des connaissances sur leur métier et trouver des solutions valides. Les leviers d'actions sont multiples et doivent être utilisés en fonction de l'importance des contraintes. Il peut s'agir de moyens supplémentaires (par exemple des témoins lumineux pour avertir le personnel de la demande d'un patient lui évitant de se signaler en faisant du bruit ou en appelant, de l'achat d'un lève-personne ou de lits anti-escarre…), d'aménagements organisationnels (améliorer la coordination entre les services ou les équipes : rotation du pool, planification des examens, coordination dans l'achat de matériel...) et enfin d'embauche de personnel (l'embauche de personnes chargées des tâches ménagères, de restaurations, de porteurs… contribue parfois à rétablir l'organisation première en limitant considérablement les glissements de tâche).

Enfin, l'intervention ergonomique favorise les liens entre les services nécessaires à la reconnaissance des compétences et savoir-faire grâce à la confrontation des pratiques.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

(1) ESTRYN-BEHAR, (1991), *Guide des risques professionnels du personnel des services de soins*, Paris, Ed. Lamarre.

(2) DEJOURS C., (2001), *Travail, usure mentale*, Saint-Amand-Montrond, Bayard.

(3) DAVILLERD C., GRUSENMEYER C., (1993), Relève de poste: une période spécifique de travail collectif, in SIX F., VAXEVANOGLOU X., *Les aspects collectifs du travail*, Toulouse, Octarès Editions.