

Interface entre les normes et les référentiels, et l'activité de travail réelle des soignants

Associer l'ergonomie à l'évaluation de la qualité permet de comprendre les interactions existant au sein de l'hôpital et d'impliquer le personnel dans les modifications d'un espace conçu pour une organisation différente.

Madeleine R. Estryn-Behar
Médecin du travail et
ergonome consultant Paris

Les comportements des soignants résultent d'arbitrages dans un contexte qui peut faciliter ou gêner la coordination et la réalisation des soins. L'environnement peut être générateur ou non de perte de temps, de fatigue et de stress, amenant à se centrer sur le diagnostic et les soins sans associer correctement le patient aux décisions. Ces arbitrages aboutissent à des comportements que l'analyse ergonomique permet de mettre en évidence. On constate qu'ils peuvent différer largement des procédures écrites, quelles qu'aient été les modalités d'élaboration de ces procédures. Poser les diagnostics sur la qualité des soins avec la notion de « place centrale du patient » dans l'organisation des soins nécessite de se pencher sur les difficultés du travail réel.

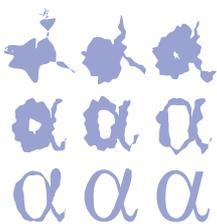
« Évaluer, c'est apprécier la réalité des faits en les comparant à ce qui était prévu, attendu ou souhaité, mais aussi aider à déterminer ce qui est souhaitable et les moyens et activités pour y parvenir. » L'existence de procédures, dans des classeurs ou affichées, ne suffit pas à apprécier la réalité des faits concernant l'application des procédures.

Prenons deux exemples, l'un concernant la relation soignant-soigné et l'autre le respect des bonnes pratiques sur le lavage des mains. Ils nous permettront d'illustrer le besoin d'analyse de l'activité de travail réelle des soignants. La brièveté de cette tribune oblige à un propos quelque peu schématique, mais l'objectif est surtout, ici, d'ouvrir le débat pour une démarche pluridisciplinaire associant l'ergonomie à l'évaluation de la qualité selon les référentiels déjà classiques.

Qualité de la relation soignant-soigné

Le manuel d'accréditation, 1999, précise des référentiels sur ce sujet : droits et information du patient (DIP-4) et organisation de la prise en charge des patients (OPC-5). Ainsi le DIP-4b stipule : « *Les professionnels informent le patient ou la (les) personne (s) qu'il a désignée (s) sur son état de santé et sur les soins qui lui sont proposés ; ils facilitent la demande d'information du patient* ». L'OPC-5b précise : « *Les douleurs aiguës ou chroniques et la souffrance psychique sont recherchées, prévenues et prises en charge* ». L'OPC-5d stipule : « *Le patient bénéficie des actions d'éducation concernant sa maladie et son traitement* » et l'OPC-5e étend « *ces actions d'éducation à l'éducation pour la santé correspondant à ses besoins* ».

Le principe de non-discrimination des publics, dont s'honore l'hospitalisation française, et les besoins de discriminations positives pour réduire les inégalités de santé nécessitent du temps. Les équipes de soins doivent mobiliser individus et groupes pour préserver et entretenir leur capital santé. Les trente-huit buts de l'OMS Europe cherchent à réduire les inégalités de chances. Aussi, le potentiel de rattrapage, pour les plus vulnérables, à l'occasion de l'hospitalisation, ne devrait plus être une opportunité perdue. La place de plus en plus importante des pathologies chroniques nécessite une participation active du patient à la prise en charge. L'observance des traitements et l'efficacité des thérapeutiques dépendent de la qualité de la relation entre le patient et l'équipe soignante, de son information, de son état psychologique, de la prise en considération de ses attentes et du bénéfice subjectif qu'il ressent des soins.



Or les chiffres de non-compliance les plus couramment retrouvés varient de 40 à 71 %, ils sont plus élevés pour les pathologies au long cours [33]. Des ré-hospitalisations sont alors plus fréquentes.

Une relation de soins de qualité nécessite de savoir ce qui a été dit au malade par les différents médecins et les autres membres de l'équipe. Chaque soignant peut ainsi écouter le malade et donner une réponse cohérente, spécifique et respectueuse de ses attentes. Les éléments médicaux et psychologiques recueillis par chaque professionnel doivent être confrontés afin d'élaborer une attitude évolutive, adaptée aux besoins de chaque malade.

La qualité des soins, c'est aussi la capacité de réagir vite en cas d'aggravation brusque de l'état de santé du malade. Mais cette vitesse, dans la réalisation de soins de haute technicité, avec des protocoles innovants propres à chaque spécialité, nécessite un temps d'apprentissage dans le service. Elle nécessite aussi la coordination harmonieuse d'un collectif de travail se comprenant à demi-mot.

Afin de favoriser cette communication efficace au sein de l'équipe, une formation aux transmissions ciblées a été mise en place dans de nombreux établissements [10], avec valorisation des « binômes » infirmière-aide soignante.

Cependant, dans de nombreux hôpitaux, on peut observer une évolution de l'organisation du travail conduisant à mettre en place une re-répartition quotidienne des ressources humaines selon la charge de travail prévisible, mesurée avec des indicateurs constitués par l'addition de temps de soins unitaires [3]. Le suivi psychologique des malades peut alors être limité à la lecture de quelques commentaires dans le dossier, voire d'« étiquettes » du type « malade agressif » ou « malade dépressif ». Le patient se trouve alors « pris en charge » par des soignants chaque jour différents. La relation de confiance devient difficile à établir et les soins restent techniques. Certains types d'organisation peuvent conduire à une rupture des collectifs de travail et à une non-reconnaissance des compétences acquises dans une spécialité donnée. La crainte des erreurs devient stressante. Des changements fréquents de service ne donnent pas aux soignants le temps de maîtriser tous les aspects des protocoles qu'ils mettent en œuvre pour les patients, ou des matériels qu'ils utilisent. Ils connaissent insuffisamment les collègues avec lesquels ils doivent coopérer en cas d'urgence. Dans les CHU, les nombreux protocoles d'essais

thérapeutiques rendent l'incertitude encore plus grande s'ils n'ont pas été expliqués à un collectif stable. La réponse aux questions des patients devient alors très délicate.

Ce type de rationalisation se traduit également dans les choix architecturaux des constructions et rénovations hospitalières des dernières années. Cette recherche de polyvalence, devant s'étendre à plusieurs services, a conduit à proposer des postes de soins uniques pour préparer les soins de 2 à 4 secteurs de 16 patients, soit 32 à 64 patients. Ce type d'espace peut limiter les possibilités de concertation d'un groupe de soignants au sujet d'un groupe de malades, au milieu des allées et venues de tous. Cette architecture peut augmenter les temps connexes de préparation et régulation.

Une situation de double contrainte se développe alors. Le soignant devient écartelé entre le désir de prodiguer au patient des soins personnalisés et de l'éducation sanitaire et la nécessité de gérer une quantité importante de gestes techniques et d'interruptions. Ses possibilités, valorisées par des normes et référentiels, peuvent être limitées par une architecture et une organisation qui génèrent une perte de temps et d'énergie importante.

Les études ergonomiques mettent en évidence ce que les mesures de charges en soins laissent dans l'ombre. Le temps pour préparer, ranger, transmettre et rechercher l'information peut être plus élevé que le temps de soins directs. Cela est, pour une part, logique dans le contexte fluctuant de malades en phase aiguë. Mais ce temps peut différer largement selon le contexte et l'environnement.

Exemple : le temps passé dans les chambres est largement amputé par les déplacements et les difficultés d'organisation. C'est ce que montre cette étude ergonomique d'une journée complète de travail de l'an 2000 menée dans un CHG.

L'utilisation des différents locaux par une infirmière de néphrologie de jour reflète le travail haché et la priorité aux soins à réaliser dans le temps imparti par rapport à la relation. L'infirmière est entrée 66 fois dans une chambre. Elle est obligée de multiplier les entrées dans les chambres car les chariots sont dans le couloir et des interruptions, problèmes et incidents surviennent fréquemment, obligeant à modifier le programme de travail et à sortir de la chambre sans avoir terminé son rôle complet. Elle passe au total 29 % de son temps de travail dans les chambres. Les durées moyennes de séjour dans les chambres sont inférieures à 3 minutes. Mais les durées

maximales peuvent dépasser 10 minutes, lorsque l'infirmière peut consacrer un temps d'écoute, d'information et d'éducation avant et après le soin. Cette infirmière retourne dans la zone logistique très fréquemment, une fois dans les chambres, par manque de matériel ou besoin de concertation.

L'écriture occupe 15,4 % du temps de travail. À celle-ci s'ajoutent la recherche des résultats d'examen sur informatique et leur impression pour 1,1 % du temps (en quatre épisodes). Les dossiers sont réactualisés après chaque période de soins direct à plusieurs malades, après la visite ou les concertations importantes. Les conversations menées par les autres, sur les patients du secteur dont elle ne s'occupe pas, gênent sa concentration et ralentissent sa synthèse sur la meilleure manière d'écrire les priorités de façon explicite et brève. On relève donc 28 épisodes de modification ou de vérification de dossiers. C'est la nécessaire contrepartie de la traçabilité des soins prescrits et du rôle propre infirmier. Il faut, en fonction de cela, réactualiser le panneau des patients présents et celui de leurs rendez-vous, le panneau de planification murale des soins prescrits avec leurs horaires. Il faut aussi écrire sur des bons et des cahiers. L'ensemble de ces réactualisations se fait en 17 épisodes.

La concertation de l'infirmière observée avec l'équipe médicale et paramédicale est répartie tout au long de la journée pour mieux réagir aux besoins évolutifs des malades. Les échanges sont nombreux mais brefs (24 échanges avec un médecin pour 43 minutes au total, 32 échanges avec une aide-soignante pour 16 minutes au total, 34 échanges à plusieurs pour 1 h 47 au total). En effet, les échanges se déroulent souvent au milieu d'autres conversations simultanées (18 % du temps avec 4 ou 5 personnes autour d'elle et 16 % avec 6 personnes et plus).

Les interruptions ont occupé 25,6 % du temps de travail de cette infirmière de néphrologie. On comprend que les soignants craignent les erreurs dans leur travail. Ils doivent gérer les interruptions en priorité, et la réponse aux besoins d'écoute et d'explication des malades est donc souvent repoussée.

De tels constats ont été réalisés, entre 1985 et 1995, dans les études ergonomiques menées dans les grands CHU [18]. L'analyse ergonomique étudie, ainsi, de façon systémique les interactions sur lesquelles il serait possible d'agir pour modifier les comportements. La fréquence des difficultés est, elle, mise en lumière par les études statistiques. La con-

jonction des deux approches, ergonomiques et statistiques, permet de cerner les risques et les modifications possibles pour plus de qualité relationnelle.

Conditions de travail selon l'enquête Insee

L'enquête nationale sur les conditions de travail des salariés a été réalisée pour la première fois en 1978, en complément de l'enquête emploi de l'Insee [7]. Avec les mêmes items en 1984, 1991 et 1998, elle permet de suivre l'évolution de la situation des personnels des hôpitaux dans un contexte de mutations rapides [17].

Les interruptions au cours du travail sont une caractéristique du travail hospitalier : 69 % des soignantes de tous les grades, des ASH aux médecins, déclarent abandonner fréquemment une tâche pour une autre. Cela reste une caractéristique majeure et stable pour les infirmières (74 % en 1991 et 73 % en 1998). Les interruptions sont encore plus fréquentes pour les aides soignantes (67 % en 1991 et 74 % en 1998). Les aides soignantes sont particulièrement sollicitées pour répondre aux besoins imprévus du service, dans un contexte de concentration des hospitalisations sur la période la plus instable de la maladie, du fait de la diminution généralisée des durées moyennes de séjour. L'abandon fréquent d'une tâche pour une autre est le fait de 56 % des femmes pour l'ensemble des salariées.

Une erreur dans le travail est considérée comme pouvant entraîner des conséquences dangereuses pour la sécurité de la personne interrogée ou celle d'autres personnes selon 28 % des salariées de France, mais selon 83 % à 94 % des soignants qualifiés selon le grade, d'aide soignantes à femmes médecins.

Pourtant, les soignantes disent devoir toujours se dépêcher pour la très grande majorité des répondantes des différents groupes professionnels. Elles estiment qu'elles n'ont pas des collaborateurs en nombre suffisant pour effectuer correctement leur travail pour près de la moitié d'entre elles. Elles disent manquer d'informations claires et suffisantes pour un quart d'entre elles (29 % des infirmières). Elles disent recevoir des ordres et des indications contradictoires (près de la moitié des aides soignantes et infirmières, et 23 % des cas pour les femmes médecins). La concertation pluridisciplinaire lors de « staffs » ou de la « visite », associant médecins et infirmières, a le plus souvent disparu, par manque de temps. Chacun doit réajuster les procédures en tenant compte des réactions des

patients, mais avec des informations incomplètes, dites brièvement ou écrites sans les commentaires nécessaires. De plus, les nouvelles technologies, le nouveau matériel, les nouveaux protocoles sont souvent introduits sans concertation suffisante quant aux modifications de l'organisation du travail qu'ils impliquent.

L'ensemble des salariés déclare vivre des tensions avec le public (usagers, patients, voyageurs, clients, etc.) plus souvent en 1998 (30 %) qu'en 1991 (22 %). Mais ces tensions avec le public sont particulièrement fréquentes pour les soignant(e)s. Entre 1991 et 1998, la proportion des aides soignantes signalant ces tensions avec le public passe de 44 % à 65 %, celle des infirmières de 43 % à 69 %, et celle des médecins femmes de 45 % à 56 %. Or ces tensions sont très mal ressenties par les soignants.

Les interruptions, l'urgence, la réduction de la durée moyenne de séjour sont autant d'éléments qui se conjuguent pour rendre plus difficile une attitude personnalisée évolutive adaptée aux réactions de chaque personne soignée et de sa famille.

Respect des bonnes pratiques sur le lavage des mains

Le manuel d'accréditation de 1999 précise des référentiels sur ce sujet : référentiel surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux. Ainsi le référentiel SPI 5a stipule : « Des protocoles visant à maîtriser le risque infectieux sont utilisés ».

Reprenons notre observation ergonomique d'une infirmière en néphrologie. La sécurité concernant la prévention des infections manu portées a occupé 2,8 % du temps. On dénombre 19 lavages de mains, 5 aspersion de l'alcool sur les mains dans le couloir et 6 utilisations de gants pour 66 entrées dans une chambre. Il est impossible de réaliser les 132 lavages théoriquement requis (la peau du soignant est lésée au-delà de 25 lavages par jour).

Dans le même hôpital, dans la même année 2000, une observation ergonomique d'une aide-soignante d'orthopédie montre des résultats aussi préoccupants. L'AS se lave les mains 26 fois, ce qui est un maximum pour la peau, et met 3 fois des gants. Mais elle a dû rentrer 90 fois dans une chambre de malade.

Dans un autre établissement, en 2001, nous avons pu étudier un service de réanimation polyvalente. Le réanimateur se lave les mains 14 fois, majoritairement avec la technique chirurgicale avant des soins invasifs. Il met

ou ôte 11 fois des gants, 11 fois une casaque, 2 fois masque et calot. Mais il a dû rentrer 63 fois dans un box de malade.

Ces résultats rendent compte des écarts souvent rencontrés entre référentiels souhaitables et travail réel. L'ergonomie permet d'affiner sa connaissance des sujets de préoccupation pour les Clin, pour les patients, mais aussi pour les soignants. Ceux-ci sont hyper-informés sur les infections manu portées. Ils apprécieraient un travail moins haché qui leur permettrait un travail continu plus long dans les chambres avec moins d'entrées et sorties pour chercher du matériel ou des informations. Mais les choix organisationnels et architecturaux, sans respect des connaissances ergonomiques, renforcent souvent leurs difficultés concrètes. Ils n'ont comme réponse que la réaffirmation des protocoles. Une démarche ergonomique participative lors des réaménagements architecturaux normalement programmés peut permettre d'autres résultats [16]. L'amélioration simultanée des aspects relationnels et des aspects d'hygiène est possible, comme nous avons pu le démontrer dans une évaluation avant-après.

Qualité des analyses et aide à la décision

La démarche d'accréditation est une opportunité pour ne pas se contenter de ce qui est « proclamé » pour agir sur les obstacles structurels et faciliter le travail des soignants. Les réaménagements sont des moments privilégiés pour une analyse ergonomique participative préalable. Impliquer les équipes, de l'agent hospitalier au chef de service, dans l'écriture du programme donné aux architectes permet d'impliquer chacun dans les modifications d'un espace conçu pour une organisation voulue. Une réflexion sur l'organisation ou des difficultés du travail peut être, aussi, l'occasion de faire appel à l'ergonomie.

Se centrer sur le patient nécessite la disponibilité de collectifs de travail stables et soudés et qui analysent et améliorent leurs prestations de manière régulière et continue, avec un temps et des lieux adaptés.

L'application des bonnes pratiques pour la prévention des affections nosocomiales nécessite une architecture et une organisation réduisant les interruptions et facilitant la continuité des soins. ■