

REDUCTION DU TEMPS DE PARTAGE PARMI LES SOIGNANTS

Quand l'isolement et la parcellisation du travail réduisent les possibilités de soins relationnels en gériatrie

Elise Chaumon : ergonome, Hôtel Dieu Parvis Notre Dame 75004 Paris France.

elise.chaumon@sap.aphp.fr

Madeleine Estryn-Behar : médecin du travail épidémiologiste ergonome, Hôtel Dieu, Paris.

madeleine.estryn-behar@sap.aphp.fr

Frédéric Garcia : ergonome, Hôtel Dieu, Paris. frederic.garcia@sap.aphp.fr

Giuliana Milanini-Magny : architecte, Hôtel Dieu, Paris. magnyallo@aliceadsl.fr

Hélène Deslandes : ergonome, Hôtel Dieu, Paris. deslandeshelene@yahoo.fr

Anne-Emilie Ravache : ergonome, Hôtel Dieu, Paris. anne-emilie.ravache@wanadoo.fr

Thierry Bitot : médecin du travail, ergonome, CH de Montbrison. thierrybitot@yahoo.fr

Geneviève Picot : sociologue, infirmière, Hôtel Dieu, Paris. genpicot@wanadoo.fr

L'organisation du travail détermine fortement la manière dont un agent peut réaliser son travail. Les activités et l'organisation du travail soignant dans des services gériatriques vont être observés. Leur cœur de métier est d'accompagner et de stimuler les résidents souvent en fin de vie, ainsi que leur administrer des soins. Or, les soignants ne peuvent généralement se retrouver auprès de chacun d'entre eux que de courts laps de temps sur l'ensemble de leur poste. Ils ne peuvent également partager leurs charges émotionnelles avec leurs collègues que très rarement. Ces soignants, de par l'organisation de leur travail parcellisé et morcelé, vont se retrouver dans une situation d'isolement et d'épuisement professionnel importants.

Mots clés : isolement au travail, épuisement professionnel, partage émotionnel, accompagnement des résidents, long séjour.

Introduction : L'organisation du travail des soignants en lien avec la sensation d'isolement, le manque de partage émotionnel et les risques pour la santé des soignants et des patients

La thématique de la souffrance au travail est de plus en plus prégnante, et ce, qu'elle soit physique ou mentale (Dejours, 1998 ; Carré, 2007). De multiples facteurs sont à l'origine de cette problématique. Ils peuvent être d'ordres environnementaux, organisationnels, architecturaux, sociaux, économiques, etc.

L'isolement a été montré comme un des plus sûrs précurseurs des décompensations psychologiques (Davezies, 2007). Les liens entre absence de support social, forte charge de travail, manque d'autonomie, et épuisement professionnel, ont été mis en évidence en France dans différentes branches professionnelles (Huez, 2008). Cette étude, reprenant les modèles classiques de Karasek et Siegrist, a aussi souligné la relation entre le déséquilibre effort / récompense et de nombreux problèmes de santé.

Au sein des secteurs hospitaliers, sanitaires et sociaux, les soignants peuvent être soumis à plusieurs de ces contraintes engendrant davantage de difficultés dans l'exercice de leur profession. L'étude PRESSST-NEXT, menée dans une partie des établissements étudiés lors des interventions ergonomiques présentées ici, a montré le lien entre qualité du travail d'équipe et arrêts maladies, mais aussi burnout et départ de la profession. Au cours de deux enquêtes réalisées à un an d'intervalle, ayant un échantillon européen de près de 40 000

soignants paramédicaux, il a été montré que le facteur ayant le plus d'influence sur l'intention d'abandonner la profession est la faiblesse du travail d'équipe. Cette intention d'abandon est multipliée par six dans l'enquête initiale et par cinq un an après, lorsque le travail d'équipe est considéré comme insuffisant. L'épuisement professionnel double l'intention d'abandon dans les deux enquêtes et son influence s'accroît au cours de l'étude (Odds ratio (OR)=2,19 en 2003 et OR=2,30 en 2004). L'influence des conflits entre travail et vie personnelle dans l'intention de départ s'accroît (OR=1,44 en 2003 et OR=1,69 en 2004) et les faibles possibilités de développement professionnel augmentent d'une fois et demi l'intention d'abandonner. Les troubles de la santé mentale renforcent, eux aussi, d'une fois et demi l'intention d'abandonner, alors que les troubles musculo-squelettiques (TMS) ont une influence minime parmi les répondants au questionnaire initial et aucune parmi ceux ayant répondu un an plus tard (Estryn-Behar, 2008). En effet, les troubles de la santé mentale n'invalident pas la possibilité de trouver un emploi ailleurs contrairement aux TMS, ce qui a pu avoir un impact sur les réponses apportées au questionnaire.

De même, la parcellisation du travail des soignants, entre la préparation et le rangement des soins (dits « techniques » ou « de base ») et leur réalisation, empêche un accompagnement du patient passant essentiellement par la présence du soignant à ses côtés. 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 sujets âgés. Cet état affaiblit la part d'autonomie restante qui peut être travaillée et donc préservée avec l'aide d'un soignant (American Geriatrics Society and American Association for Geriatric Psychiatry, 2003 ; Stephen *et al.*, 2004).

Méthode : Une démarche d'ergonomie participative, visant à associer les soignants à l'amélioration de leurs propres conditions de travail

Afin de cerner le temps que peuvent passer les soignants auprès de leurs patients, mais également avec leurs collègues (de statuts similaires et autres), dans le but d'obtenir un débriefing émotionnel convenable et une bonne circulation des informations, nous allons présenter un panel de 30 observations ergonomiques de journées complètes, dans sept institutions gériatriques, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ou Unités de Soins de Longue Durée (USLD).

La moitié de ces observations (15 sur 30) ont été réalisées par les soignants eux-mêmes, après avoir suivi une formation s'appuyant sur les observations des ergonomes. Nos 30 observations concernent : 10 infirmier(e)s diplômés d'état (IDE) et 20 aides-soignant(e)s (AS). Ces professions exercent divers types d'activités, elles ont en commun l'exécution de soins « directs » et « indirects ». Les Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS) sont composés de soins techniques (liés à la prescription médicale, l'aide aux actes diagnostiques, la surveillance des traitements) ou de base (liés à l'alimentation, la locomotion, la mobilisation, l'élimination, l'hygiène et le confort, ce sont des soins d'entretien et de continuité de la vie) et des soins relationnels (de type verbal ou non, permettant une communication dans le but d'aider une personne ou un groupe de personnes, en dehors du commentaire des soins administrés).

Ces SIIPS distinguent les soins dits « directs », lorsqu'ils s'effectuent directement sur le patient ou sont préparés en sa présence et les soins dits « indirects » qui sont représentés par toutes les préparations de soins hors présence du patient, comme la préparation de médicaments, de chariots de soins ou de changes et le rangement de matériel ainsi que sa décontamination. Il existe des différences dans les soins à prodiguer, ils vont être surtout « techniques » pour les infirmier(e)s, et « de base » pour les aides-soignant(e)s. D'autres

activités parallèles à ce rôle de soins premier vont venir se greffer au long de la journée de chaque soignant, ils auront à gérer de multiples interruptions de natures diverses (recherche de matériel, difficultés liées à l'organisation, recherche d'un membre du personnel, recherche d'informations, interruptions de la part des patients eux-mêmes). Ils auront également à s'occuper de traçabilité des évolutions dans les dossiers de patients, de plannings de soins, de rendez-vous à prendre auprès de médecins traitants, etc. Leur travail ne peut se dérouler sans partage des informations entre soignants de façon structurée ou sous forme d'interruption.

La démarche suivie a été celle d'une ergonomie participative. Les ergonomes ont tout d'abord effectué leurs observations, les ont analysées, puis, après l'acceptation des interprétations par les soignants observés, les ergonomes ont présenté leurs résultats devant un ensemble de soignants volontaires suivant une formation brève à l'analyse ergonomique (sur deux jours). Les soignants ont ensuite été amenés à pratiquer eux-mêmes des observations sur d'autres corps de métier que le leur ou travaillant à un horaire différent du leur. Deux objectifs étaient poursuivis. D'une part, ce croisement des regards permettait de minimiser l'impact de la connaissance de sa propre activité lors de l'observation d'un agent effectuant le même travail, évitant ainsi de pénaliser la qualité des relevés opérés. D'autre part, il avait pour objectif de permettre la compréhension du travail d'un autre professionnel pour que le groupe puisse dépasser, dans la recherche de propositions ultérieures, les a priori sur les difficultés, l'ampleur de l'implication de ces autres professionnels et éviter le repli catégoriel défensif. Durant ces observations, ont été relevés les divers lieux dans lesquels le soignant a besoin de se rendre pour travailler, les activités décrites ci-dessus qu'il y pratique, avec quels interlocuteurs il échange pendant ces moments, ainsi que le contenu de certains échanges caractéristiques, les postures qu'il est amené à adopter, et les interruptions qu'il peut avoir à subir au cours de ses diverses tâches.

A la fin des observations par le personnel, les ergonomes ont aidé les soignants à dépouiller leurs observations de façon synthétique, aussi bien quantitativement que qualitativement, afin de les rendre intelligibles lors de réunions élargies au reste du service, à la direction et aux instances de dialogue social.

Résultats : L'analyse des éléments obtenus suite aux observations ergonomiques : lien entre échanges, éclatement des soins et isolement du soignant

Le peu d'échanges pratiqués montre l'isolement des soignants les uns par rapport aux autres, les temps de partage sont cependant nécessaires au bon déroulement des soins à prodiguer aux patients

En établissement de long séjour, les échanges de plus de cinq minutes sont exceptionnels au sein des équipes soignantes, tous métiers confondus, lors de partages collectifs. La majorité des concertations qui ont été observées a pour moyenne 1 minute 30 secondes d'échange continu, que ce soit entre personnel de statut identique ou de catégories différentes, dans les sept EHPAD ou USLD (Tableaux I et II). Au sein des établissements gériatriques, les échanges pluridisciplinaires peuvent être restreints par la charge de travail et par le nombre de résidents à prendre en charge.

Ainsi, les échanges collectifs se déroulent pendant moins de 10% du temps de travail pour sept infirmier(e)s sur neuf et pour 7 aides-soignant(e)s sur 14. L'existence d'un(e) seul(e) infirmier(e) sur le même horaire est souvent la règle, de plus il / elle doit couvrir plusieurs ailes ou étages et réaliser, en série, un très grand nombre de soins prescrits.

Pour les AS, qui travaillent en général à deux ou trois sur la même unité, il s'agit surtout d'échanges au sein d'un collectif uniquement composé d'AS.

Parmi les données recueillies, la proportion de temps où le soignant est amené à travailler en silence est particulièrement frappante. Six IDE sur huit passent plus de 50% de leur temps sans échanger et 6 AS sur 14 sont dans cette situation. Une IDE peut atteindre 74,8% de son temps de travail sans échanger et une AS 79,8%.

Les aides-soignant(e)s échangent davantage entre eux / elles (jusqu'à 20,8% de leur temps de travail), qu'auprès d'infirmier(e)s (parfois seulement 1% de leur journée de travail) ou qu'avec des médecins (seules 3 AS sur 14 ont des échanges interindividuels avec un médecin, et seulement pour une durée de 0,3% à 2,4% de leur temps de travail).

Les infirmier(e)s échangent autant avec des aides-soignant(e)s qu'avec des infirmier(e)s, mais toujours peu avec les médecins. Chaque IDE travaille auprès des résidents qu'il / elle prend en charge, en association avec six à neuf AS, selon l'horaire.

Les IDE parlent donc généralement plus avec des AS, que ceux / celles-ci avec une IDE.

Tableau I : Echanges effectués entre les IDE de divers services de gérontologie et l'ensemble des personnes avec qui ils / elles ont pu s'entretenir lors d'une journée de travail

	Long séjour CHU		EHPAD Public					EHPAD Privé non lucratif	
	IDE matin	IDE après-midi	IDE nuit	IDE nuit	IDE matin	IDE après-midi	IDE matin	IDE matin	IDE 8h-19h
Patient	ND	55 16%	6 9,0%	30 6,5%	9 13,0%	19 2,1%	69 17,4%	103 11,8%	47 10,8%
Famille	ND	0	0	0	1 0,6%	6 2,7%	1 0,1%	0	4 2,4%
Collectif soignant	13 8,4%	12 4,6%	6 9,7%	4 10,0%	4 11,0%	3 6,5%	3 5%	7 5,8%	0
Agent Hospitalier	0	0	0	0	0	2 0,6%	3 2,8%	0	1 0,8%
Aide Soignant	27 3,1%	14 3,4%	6 5,5%	11 30,0%	1 0,4%	11 15,6%	39 9,5%	24 3,6%	21 12,9%
Infirmier	17 6,5%	5 3,7%	1 0,8%	0	3 1,5%	6 7,8%	12 4,3%	19 7,2%	13 7,7%
Médecin	4 2,1%	4 1,0%	0	0	2 1,1%	2 1,7%	9 7,7%	6 6,2%	0
Téléphone	0	8 2%	0	0	7 6,5%	15 4,0%	17 5,1%	4 8,3%	3 1,4%
Autre	6 0,8%	7 2,7%	1 0,2%	3 3,0%	6 9,3%	7 6,3%	0	10 2,7%	1 0,2%
Pas d'échange	ND	67,5%	74,8%	50,5%	55,2%	33,3%	47,7%	54,4%	63,9%

Il peut arriver qu'un IDE échange avec ses collègues de même statut pendant 7,2% de son temps de travail mais seulement 3,5% avec des AS. Tandis qu'une autre peut dialoguer avec les AS des différents étages durant 15,6% de sa journée de travail mais conserve un temps « classique » auprès des IDE (7,8%).

Cette dernière rencontre une autre IDE lors des transmissions entre équipes successives, mais, dans cet établissement, un IDE en sus de la seule IDE du matin et d'après-midi travaille de 8 h à 16 h et transmet à l'IDE d'après-midi les points à surveiller spécifiquement pour les 120 résidents. Seule la situation de nuit comporte un temps d'échange IDE / AS long, entre les tournées de soins. Mais ce cas est exceptionnel car, sur les 21 observations ayant permis de relever les échanges AS / IDE, seules trois observations ont relevé plus de 10% d'échanges.

Tableau II : Echanges effectués entre les AS de divers services de gérontologie et l'ensemble des personnes avec qui ils / elles ont pu partager lors d'une journée de travail

	Long séjour CHU				EHPAD Public				EHPAD Privé non lucratif					
	AS matin	AS matin	AS après-midi	AS nuit	AS matin	AS après-midi	AS matin	AS matin	AS 8h30-19h30	AS matin	AS matin	AS après-midi	AS nuit	AS après-midi
Patient	66 29,9%	48 17,4%	44 26,5%	50 7,9%	218 15,4%	52 15,3%	75 15,7%	168 26,3%	30 44,4%	105 17,3%	19 48,0%	27,5%	70 23,2%	52 36,4%
Famille	2 1,4%	1 1,3%	1 0,3%	0	2 0,2%	3 1,3%	2 0,2%	0	0	0	0	5 1,6%	0	2 0,9%
Collectif soignant	19 14,2%	4 29,8%	0	0	9 15,1%	3 9,5%	17 21,9%	6 18,5%	1 9,1%	2 7,7%	1 4,3%	0,7%	9 24,1%	6 35,8%
Agent Hospitalier	3 0,6%	3 0,5%	0	0	7 0,4%	26 6,7%	0	0	3 3,0%	10 1,0%	0	2 0,5%	0	0
Aide Soignant	41 11,5%	18 10,7%	7 20,8%	12 9,6%	115 17,1%	41 3,3%	39 15,5%	76 9,0%	8 6,1%	13 3,6%	13 24,3%	5,3%	0	15 6,3%
Infirmier	11 5,0%	22 8,5%	3 1,0%	9 1,4%	6 1,1%	3 0,7%	4 2,5%	11 3,3%	1 1,5%	2 0,5%	1 0,3%	1,7%	0	1 0,3%
Médecin	3 0,3%	6 2,4%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,3%	0	0
Téléphone	0	0	0	0	0	2 0,7%	0	0	0	1 0,2%	0	1 1,1%	0	1 0,3%
Autre	6 4,2%	0	0	1 1,3%	5 1,3%	0	1 0,4%	6 1,2%	1 0,8%	3 1,0%	3 4,0%	2 0,2%	0	2 0,3%
Pas d'échange	8,0%	6,7%	51,5%	79,8%	49,6%	62,7%	44,1%	41,3%	35,2%	68,7%	19,1%	61,2%	51,8%	19,7%

Ce sont les AS qui dialoguent le plus avec les patients (8 AS sur 14 parviennent à partager plus de 20% de leur temps de travail avec eux), mais elles / ils n'échangent que peu, ou très peu, avec les IDE (de 0,3% au minimum à 8,3% au maximum de leur temps de travail). Ceci peut s'expliquer par la nature des tâches à effectuer. Les AS ont en charge des soins de base (douches, toilettes, aide au repas) prenant bien plus de temps que la majorité des soins techniques réalisés par les IDE (distribution d'un comprimé, dosage de glycémie au bout du doigt, etc.). Les AS se retrouvent auprès des patients plus souvent que les IDE, que ce soit au sein des chambres ou des lieux de vie. Les AS, pendant ces différents temps de la journée, peuvent recueillir des informations importantes sur l'état physique du patient, mais aussi psychologique, permettant de constater des améliorations ou des dégradations de performances motrices ou intellectuelles, accompagnées d'une possible amorce d'état dépressif associé ou non à un risque de dénutrition. Les informations recueillies ne sont pas toujours bien exploitées du fait d'un manque de partage des savoirs entre métiers, les AS ne sachant pas forcément interpréter un comportement anormal, par exemple dû à un surdosage médicamenteux. Nous constatons que, de façon générale, les AS ne trouvent que peu d'opportunités pour transmettre à l'IDE leurs notations ; une recherche de l'IDE n'est entreprise que lors d'un événement grave (chute, diarrhée, etc.).

Il y a clairement une perte d'informations au niveau des IDE qui sont pourtant les références pour les médecins et les familles, les AS ne parlant quasiment jamais à un médecin. Il existe alors un risque dans les soins à administrer aux résidents, l'ensemble des informations non partagées pouvant être source d'erreurs potentiellement dangereuses pour leur santé.

Cependant, le constat de dégradations progressives de l'état de personnes dépendantes, vivant dans ces EHPAD ou USLD leur fin de vie, est émotionnellement lourd pour les AS (exemple : « Laissez-moi mourir »). Elles / ils en reparlent un peu, entre AS, au moment de pauses, de concertation en prise et fin de poste ou rapidement au détour d'un couloir (exemple : « Madame Z a attendu son fils toute la journée et il n'est jamais venu »). Le soignant isolé est encore plus à risque de burnout lorsqu'il ne peut plus partager avec ses collègues ce qu'il ressent au cours des tâches qu'il a à effectuer tout au long de son activité de travail, à fortiori lorsqu'il doit faire face à des décès ou à certains soins particulièrement lourds en gériatrie.

L'éclatement des tâches soignantes et le peu de temps passé auprès du patient

Les séquences d'activité s'enchaînent, s'interrompent, s'inversent, sans que le soignant puisse parfois prendre une pause, sans pouvoir échanger auprès de ses collègues, ou alors uniquement au sein de couloirs, lors de recherches d'informations ou de matériel. Ces moments ne sont pas destinés à des échanges constructifs mais plutôt à l'obtention instantanée de réponses (exemple : « *Te reste-t-il des lingettes ?* ») afin de pouvoir poursuivre son activité entrecoupée d'interruptions. Cette recherche rapide est très souvent mue par la volonté de réussir à terminer de prodiguer le soin entrepris auparavant. La parcellisation du travail, désorganisée par une coordination écourtée et des interruptions multipliées, réduit le temps continu auprès des patients et ne permet pas le développement des soins relationnels (Tableaux III et IV).

Ces soins relationnels ne sont que très rarement supérieurs à 5% du temps de travail, qu'ils soient prodigués par des AS ou des IDE (quatre cas de plus de 5% pour les AS et trois pour les IDE observé(e)s). Ceci est regrettable puisque ce sont essentiellement durant ces moments d'échanges avec le patient que les soignants peuvent en apprendre le plus sur l'état de leur santé mentale et psychique, et que ces moments de partage et d'attention sont un des éléments les plus appréciés par tous les soignants de tous les grades, dans la pratique de leur profession. Lorsque les AS se retrouvent seul(e)s avec un résident, sans retard pour les autres soins, elles/ils tentent de les entourer de façon optimale, si elles / ils ne changent pas d'étage chaque mois et connaissent leurs habitudes, leurs goûts, leurs histoires familiales, et leurs problèmes de santé. Par exemple, l'une des AS parle avec une résidente plus valide de son maquillage puis, en lui enlevant sa couche, elle lui parle du retour d'un résident qu'elle apprécie : « *c'est platonique, mais c'est joli* ». Elle évoque la venue de sa fille ainée et l'encourage en lui disant que « *ce nombre de visites n'est pas donné à tous* ». Elle souligne sa bonne mémoire liée à sa profession de professeur d'espagnol. Ces échanges minimisent la place du change et le rendent moins humiliant et déprimant.

Tableau III : Temps passé aux divers types de soins dans une journée de travail par les AS en services gériatriques

	Long séjour CHU				EHPAD Public					
	AS matin	AS matin	AS après-midi	AS nuit	AS matin	AS matin	AS après-midi	AS matin	AS après-midi	AS matin
Soins relationnels	11 1,8%	16 2,0%	0	5 2,2%	0	40 4,1%	0	39 2,8%	12 2,8%	37 5,6%
Soins techniques directs	1 0,1%	1 0,2%	0	0	0	0	0	3 0,6%	12 2,0%	1 0,1%
Soins de bases	62 32,6%	47 41,2%	42 47,3%	48 29,0%	37 60,2%	95 52,4%	42 45,7%	194 50,6%	100 58,3%	111 36,8%
Soins indirects	72 25,1%	45 17,7%	49 18,1%	31 14,0%	21 9,4%	66 11,2%	38 28,9%	73 8,4%	17 7,3%	33 11,6%
EHPAD Privé non lucratif										
	AS 8h30-19h30	AS après-midi	AS 7h50-19h30	AS 7h45-20h15	AS nuit	AS 7h-19h				
Soins relationnels	6 4,7%	20 11,5%	5 23,7%	39 4,4%	66 2,9%	6 4,7%				
Soins techniques directs	0	12 2,4%	3 1,9%	3%	44 1,8%	0				
Soins de bases	37 52,9%	104 30,5%	38 25,7%	199 52,6%	422 14,9%	79 40,8%				
Soins indirects	5 12,3%	21 10,8%	17 10,1%	46 13,1%	536 17,2%	22 10,0%				

Les soins relationnels sont censés être le moment où le soignant aide le résident dans des soins éducatifs, dialogue avec lui, prend son temps pour le stimuler et l'écouter afin de

dépister les douleurs évitables, d'accompagner son évolution psychologique et de comprendre ses besoins. Or, ici, nous comprenons bien que les soins relationnels ne sont pas vraiment réalisables en lien avec le temps imparti aux soignants pour l'ensemble de leurs tâches. Le résident est amené dans des salons pour prendre le petit déjeuner, une fois sa toilette achevée le matin, il est placé dans l'ordre d'arrivée sans considérer les affinités et les possibilités des patients de converser ensemble. Le temps que passe un résident en présence d'un soignant est souvent limité à la réalisation rapide des soins de base et techniques, sans qu'ils soient précédés ou suivis de temps relationnels et sans qu'il soit possible d'aller au rythme de la personne, tout en préservant au maximum son autonomie résiduelle.

Les soins indirects, de préparation et rangement, durent environ la moitié du temps consacré aux soins directs pour les AS. Nous avons relevé de 7,3% à 28,9% du temps de travail consacré par un(e) AS aux soins indirects. Les soins directs (de base, techniques et relationnels) occupent eux, de 31,2% à 63,1%. Ils dépassent 40% du temps de travail pour 13 AS sur 14, hormis celles de nuit. Seulement six AS dépassent 50% de leur temps en soins de base directs, car elles ont aussi à réaliser des activités de ménage ou de vaisselle hors de la présence des résidents. Mais ils peuvent parfois être très comparables, la part de préparation étant presque aussi importante que le fait de pratiquer le soin, telle une AS du matin en long séjour CHU avec 25,1% pour les soins indirects et 32,6% pour les soins directs.

Cette tendance peut également s'inverser la nuit, le soignant consacrant plus de temps au cours de son poste à la partie indirecte des soins, préparant pour ses collègues de jour, par rapport à la réalisation de soins directs (17,2% contre 14,9%).

Pour les IDE, la durée de préparation et de rangement, hors présence du patient, est plus longue que leur réalisation (en regroupant soins de base et techniques) dans 5 cas sur 10. Les IDE de nuit, aidant souvent les AS aux soins de base, sont celles/ceux qui réalisent le plus de soins directs. Celles de jour consacrent de 12,6% à 33,5% de leur temps aux soins indirects et jamais plus de 27,8% à des soins directs. En effet, s'ajoute à ces tâches le temps de déplacement au sein des couloirs, les IDE ayant très souvent plusieurs unités, ailes, secteurs ou étages, à prendre en charge (ces instants de déplacement concernent ici de 8% à 19,1% du temps d'une journée de travail). La traçabilité sur un nombre de dossiers conséquent, même s'il ne s'agit pas d'écrire dans les 44 à 210 dossiers, occupe une part substantielle du temps de travail. Ces infirmier(e)s sont finalement présent(e)s dans les postes de soins, pour préparer, ranger, écrire et téléphoner, de 17,7% à 58,1% de leur temps de travail (6 sur 10 passent plus de 30% de leur temps dans le poste de soins – bureau infirmier). Or, ces temps de travail au bureau infirmier les éloignent des résidents d'une façon très décevante pour les IDE qui n'apprécient souvent pas, de ce fait, de travailler en long séjour.

Tableau IV : Temps passé à effectuer différents types de soins au cours d'une journée de travail par des IDE de plusieurs services de gériatrie

	Long séjour CHU		EHPAD Public					EHPAD Privé non lucratif		
	IDE matin	IDE après-midi	IDE nuit	IDE nuit	IDE matin	IDE après-midi	IDE matin	IDE 7h15-18h53	IDE nuit	IDE 8h-18h
Soins relationnels	22 6,4%	14 4,0%	7 4,8%	1 0,3%	1 1,7%	3 6,1%	4 0,8%	5 2,1%	10 6,6%	7 3,9%
Soins techniques	38 17,1%	29 16,3%	4 6,7%	19 7,7%	11 16,2%	4 4,2%	73 15%	90 21,0%	33 9,4%	33 15,3%
Soins de bases	16 4,3%	8 4,0%	2 13,3%	51 19,0%	2 1,3%	6 6,5%	15 2,4%	3 1,2%	40 14,7%	1 0,3%
Soins indirects	33 12,6%	34 33,5%	7 8,5%	24 15,2%	15 19,7%	17 23,0%	137 24,9%	114 27,3%	23 6,3%	16 33,5%

L'isolement du soignant en lien avec l'éclatement de ses activités, essentiellement entre soins indirects et soins directs, devient alors prégnant dans une journée de travail. La partie travail de bureau, qui se cumule aux soins indirects, comprend : téléphone, traçabilité et gestion des dossiers de soins de patients à mettre à jour. Nous avons pu constater que seul(e)s certain(e)s IDE peuvent s'accorder une pause lors de leur journée.

Le fait d'être constamment en mouvement renforce leur isolement avec l'impossibilité de partage et d'échange avec d'autres soignants, ne les rencontrant pratiquement que dans les couloirs, où ne s'échangent que de brèves paroles. Ce phénomène, identique pour les infirmier(e)s et pour les aides-soignant(e)s, ne permet pas l'élaboration d'un travail collectif où le soignant serait soutenu par ses pairs et pourrait répondre sans doute ni inquiétude aux familles lui posant des questions sur l'état de santé d'un parent.

Les AS, quant à elles / eux, sont très interrompu(e)s au cours d'une journée de travail, même en passant davantage de temps auprès des patients. Ce temps véritable auprès des patients à prodiguer des soins relationnels, de base ou techniques, peut s'élever à 63,1% pour l'un de nos AS observés. De nombreux soignants (AS ou IDE) viennent les interrompre durant leurs soins afin de recueillir, ou diffuser, des informations qu'ils n'ont pu se transmettre auparavant. Cette part importante de recherche de données est due, en partie, au peu de présence des AS aux transmissions de début de prise de poste, comme à celles de fin, mais aussi aux staffs ou réunions entre équipe. La présence des AS à ces transmissions est faible en lien avec une organisation du travail en inadéquation avec le temps que peuvent prendre les tâches de chaque soignant (par exemple, un AS du matin sera en charge de toilettes généralement de 6h40 à 10h, et plus selon les jours et les nécessités, et ne pourra assister à une réunion prévue à 9h30, les IDE ayant terminé leurs prises de sang, administrations de médicaments, etc.) et un espace non adapté pour accueillir le nombre de soignants présents au sein des locaux pour ces réunions d'équipe. Les AS se sentent alors parfois exclus, renforçant leur sentiment de « mise à l'écart », de non reconnaissance et, par la même, d'isolement.

Discussion

L'affirmation institutionnelle de la nécessaire « prise en charge globale » d'un patient et des « partenariats soignants / soignés » ne peut se concrétiser sans une élaboration collective d'un projet de soins et de vie. Le fait de ne pouvoir échanger réellement, ni avec le patient, ni avec les soignants, enferme ces derniers dans une organisation strictement individuelle, où chaque soignant effectue ses activités sans lien avec l'activité de l'autre et de façon morcelée. En effet, malgré la forte présence des AS auprès des patients, la qualité de l'échange peut ne pas être satisfaisante, compte tenu en particulier du nombre élevé d'interruptions, affaiblissant considérablement le temps passé de façon continue auprès d'un patient, ne permettant pas de l'amener à dialoguer davantage.

Parallèlement à la période où les observations ont été pratiquées, le « Manuel de Certification des Etablissements de Santé » insiste sur le fait que la prise en charge de certaines populations, dont les besoins sont spécifiques, représente un enjeu important en termes d'amélioration de la qualité des soins. Le premier groupe cité est celui des personnes âgées, suivi de celui des patients porteurs de maladies chroniques et des personnes atteintes d'un handicap ou qui sont démunies. Les EHPAD n'hébergent que des personnes relevant de ces catégories. La priorité est donnée à la vérification qu'« *Un projet de soins personnalisé est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD) ; Le projet de soins personnalisé est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient en impliquant le patient et s'il y a lieu l'entourage* » (Direction de l'Amélioration de la

Qualité et de la Sécurité des Soins, 2008). Nous nous demandons alors comment un soignant, quelle que soit sa profession, peut être satisfait du service qu'il rend. Aussi, nous comprenons bien mieux les scores élevés de burnout qui sont relevés parmi les soignants de long séjour en France. Selon l'analyse statistique PRESSST - NEXT, en France, les soignants de long séjour gériatrique sont 52,9% à avoir un score de burnout élevé contre 46% de l'ensemble des soignants. Le pourcentage de soignants avec un score élevé de burnout sur l'ensemble de l'échantillon européen est de 33% en long séjour gériatrique contre 27,8% de l'ensemble des spécialités.

Enfin, il serait intéressant de mettre ces facteurs d'isolement en parallèle avec la « protocolisation » qui s'accroît et la faiblesse des effectifs de long séjour rendant difficile la constitution de collectifs soignants soudés. Ces facteurs pourraient encore venir renforcer le phénomène d'isolement, formant un cercle vicieux par rapport à notre parcellisation et notre manque de temps à accorder aux patients.

Références

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.

Carré, J-M. (2007). *J'ai (très) mal au travail*. Les films Grains de Sable, Canal +, Institut National de l'Audiovisuel.

Colvez, A., Ritchie, K., Ledésert, B. Ankri, J., Gardent, H., & Fontaine, A. (1994). « Cantou » et long séjour hospitalier : évaluation comparative de deux modes de prise en charge de la démence sénile. Paris : INSERM.

Costes, C., Augros, B., & Kerbal, A. (2006). *Les facteurs de risques organisationnels dans un organisme social*. Communisation présentée au 41^{ème} congrès de la SELF, Caen, France, Sept.

Davezies, P. (2007). Intensification. Danger : le travail rétréci. *Santé & Travail*, 57, 30-33.

Dejours, C. (1998). *Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Seuil.

Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins. (2008). *Manuel V2010 de certification des établissements de santé - publication : novembre 2008 - nouvelle maquette : décembre 2008*. Paris : Haute autorité de santé.

Estryn-Béhar, M. (2008). *Santé et Satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Rennes : Presses de l'Ecole des hautes Etudes en Santé Publique.

Huez, D. (2008). *Souffrir au travail, comprendre pour agir*. Edition : Privé.

Stephen, J., Bartels, M.D., Aricca, R., Dums, B-A., Thomas, E., Oxman, M-D., Lon, S., Schneider, M-D., Patricia, A., Areán, P-D., George, S., Alexopoulos, M-D., Dilip, V., & Jeste, M-D. (2004). Evidence-Based Practices in Geriatric Mental Health Care. *Focus*, 2, 268-281.