

Protocolisation et / ou collectif de travail ?

Outil informatique et / ou personnalisation des soins ?

Une analyse statistique et ergonomique participative

Estryn-Behar Madeleine : médecin du travail épidémiologiste ergonomiste, Unité Presst/Sesmat épidémiologie ergonomie SCMT, Hôtel Dieu Parvis Notre dame 75004 Paris France. madeleine.estryn-behar@sap.aphp.fr

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

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

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

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

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

Elise Chaumon : ergonomiste, Hôtel Dieu, Paris. elise.chaumon@sap.aphp.fr

A partir des constats d'une vaste étude statistique européenne concernant la santé et la satisfaction des soignants au travail, les CHSCT de certains établissements ont décidé la mise en œuvre de changements utilisant une méthodologie ergonomique participative. Deux exemples sont présentés qui démontrent les pertes de temps des soignants de tous les métiers du fait de la recherche d'informations et de matériel. L'absence de lieux propices au partage d'information pluridisciplinaire est toujours retrouvée. Le retentissement sur le temps passé auprès des malades est mis en évidence avec autour d'un tiers seulement du temps de travail dans les chambres et un nombre de séjours entre 20 et 66, entravant la qualité des soins. Le partage des constats et la simulation sur maquette ont permis le consensus sur des réaménagements créant des lieux spécifiques pour des « collectifs de travail » sectorisés.

Mots-clés : ergonomie participative, hôpital, qualité, efficacité, architecture

Introduction : Nouvelles technologies, modifications de l'organisation et formalisation à l'hôpital

Les personnels des services de soins doivent s'adapter aux changements alors que le travail connaît une intensification et que les tensions s'exacerbent entre les contraintes actuelles et la réaffirmation des critères de prise en charge globale du malade, qui sont à la base du désir de soigner et de la fierté professionnelle des soignants. Les évolutions majeures des trois dernières décennies ont été portées par des évolutions technologiques (techniques chirurgicales, imagerie...), de la demande de soins (vieillesse de la population, chronicité des pathologies...), et de l'offre de soins (diminution de la durée moyenne de séjour hospitalier, augmentation des prises en charge en soins ambulatoires...). Les transformations du mode de financement, les efforts de maîtrise des budgets hospitaliers et la mise en place de la gestion par pôle de 4 ou 6 services, aboutissent souvent à une taylorisation de nombreuses fonctions et à la suppression des postes et horaires fixes, rompant les collectifs de travail.

L'accréditation, correspondant à la certification des établissements, obligatoire pour le développement d'une activité de soins dans une structure, a été instituée en 1996 par la Haute Autorité de Santé (HAS, anciennement ANAES). Des nouvelles normes de qualité des soins ont entraîné la mise en place de protocoles, d'outils de traçabilité et de contrôle, de plus en plus informatisés, dans un but de « rationalisation » de l'activité, d'amélioration de la sécurité des soins et de développement de l'éducation thérapeutique des patients en particulier atteints de maladies chroniques. La valorisation institutionnelle de la traçabilité et l'accréditation faite sur celle-ci, obligent à y consacrer du temps au détriment d'une élaboration basée sur l'échange entre tous ceux qui s'occupent du même groupe de malades. Par exemple, la Référence 18 du référentiel d'accréditation (ANAES, 2004) comporte les éléments d'appréciation suivants : « Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes » et « Un ou des professionnel(s) référent(s) est désigné pour la prise en

charge du patient ». De même, la référence 19a souligne que la prise en charge de certaines populations dont les besoins sont spécifiques représente un enjeu important en termes d'amélioration de la qualité : les personnes âgées ; les enfants et adolescents ; les patients porteurs de maladies chroniques ; les populations vulnérables. Pour ces populations, les plus nombreuses à l'hôpital, il est spécifié : « Un projet de prise en charge spécifique est formalisé » et « La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective ». Mais la HAS (2008) reconnaît l'existence de difficultés : « la surexposition des professionnels à des procédures externes marquées par un excès de formalisme ».

Mais, dans le contexte actuel d'intensification, ne risque-t-on pas de se trouver dans une situation de double contrainte entre des exigences contradictoires et difficilement conciliables ?

Une analyse approfondie de la littérature (Estryn-Behar, 2008) a permis de relever de nombreuses études liant insuffisance de communication et turnover, or le manque de soignants qualifiés est une difficulté actuelle majeure en France. Enfin, la question du lien entre burnout des soignants et qualité des soins apparaît incontournable. Il est nécessaire de savoir comment les personnes des différentes disciplines qui s'occupent des mêmes patients travaillent ensemble en France. Il s'agit de répondre à quatre questions centrales : Qui participe à l'équipe ? Comment les membres de l'équipe travaillent-ils ensemble ? La protocolisation permet-elle de se passer du collectif de travail ? L'outil informatique redonne-t-il du temps aux soins ?

Méthode : Lier analyse statistique et ergonomique avec une démarche participative

Grâce à un premier financement de l'Union Européenne (QLK6-CT-2001-00475), puis de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et des Conseils régionaux d'Ile-de-France et de Rhône-Alpes, nous avons pu conduire des analyses statistiques montrant l'ampleur et l'impact des facteurs de risque pour la santé et la satisfaction professionnelle des soignants. L'enquête Presst-Next a concerné 5376 soignants paramédicaux en France et 39 689 dans 10 pays européens (Estryn-Behar, 2008). Un panel représentatif de 585 établissements a adressé un questionnaire à 77 202 soignants, 52,9% l'ont renvoyé anonymement aux équipes de recherche. Les 122 questions, avec de nombreuses sous-questions, abordaient le cursus professionnel, les caractéristiques du poste, l'organisation du travail, le fonctionnement des collectifs de travail et les souhaits concernant l'avenir professionnel. Le questionnaire abordait également la situation personnelle, familiale et l'état de santé. Un comité de pilotage, associant tous les partenaires sociaux et les tutelles a participé à toutes les étapes de la collecte des questionnaires, à l'analyse et à la diffusion des résultats.

Suite à la mise en lumière des enjeux, un plan d'améliorations des conditions de travail a été établi. Des analyses ergonomiques participatives ont été conduites pour aider à la clarification des déterminants des difficultés à atténuer et de leurs interactions. Cette démarche cherche à améliorer la situation des différents métiers, aux différents horaires, en dépassant les à priori. Des observations de journées complètes de travail ont été réalisées dans chaque service, par les ergonomes et par le personnel, après une formation de deux jours comprenant des bases ergonomiques et une initiation à l'observation. Le décryptage collectif des interconnexions entre les différentes situations de travail a facilité les discussions sur les variations qui auraient pu être relevées si les observations s'étaient déroulées un jour différent. Les fonctionnements des services ont été passés au crible. Les dysfonctionnements et leurs conséquences potentielles ont été détaillés par les groupes. A partir des connaissances sur l'homme au travail, des solutions ont été argumentées concernant l'organisation, le matériel et les affectations de locaux, tenant compte des possibilités du bâti. Dans une des démarches, le travail ergonomique participatif a été décidé pour l'écriture des aspects qualitatifs du

programme de construction d'un nouvel hôpital. Nous prendrons deux exemples, celui d'un Centre hospitalier général (CHG) de province et celui d'un Centre hospitalier universitaire (CHU) parisien.

Résultats statistiques : Les principaux facteurs de stress ou de souffrance

Ce métier est particulier : 86,9% des soignants se disent plutôt fiers ou très fiers de l'exercer, 93,3% trouvent que leur travail a du sens. Mais, parmi les infirmiers français, 86,3% déclarent que leurs tâches administratives ont augmenté et 55% que cela les perturbe considérablement ou vraiment beaucoup. Dans ce contexte, seulement 29,1% considèrent avoir souvent ou toujours assez de temps pour parler aux malades. Cette enquête s'est située au début de la mise en place de la mobilité et déjà 14,3% des infirmiers déclarent ne pas avoir de poste fixe. Si 6,3 % des infirmiers déclarent que leurs transmissions entre équipes successives associent les différents personnels paramédicaux et les médecins, 32 % des infirmiers réalisent leurs transmissions aux infirmiers de l'équipe suivante sans même y associer les aides-soignants. La satisfaction du temps de chevauchement pour les transmissions ne concerne que 39,1% de l'échantillon. Seuls 36,7 % des infirmiers déclarent pouvoir discuter en détail de questions d'organisation et seuls 25,5 % de questions psychologiques.

Le score de qualité des relations interpersonnelles est bon pour seulement 39,7 % des infirmiers et mauvais pour 8,8 %, sans différence selon l'ancienneté. Pour les infirmiers, le score de support social des collègues est plus souvent élevé en début de carrière (64,5 % versus 45,6 % après 25 ans d'ancienneté). Celui concernant le support des supérieurs s'améliore un peu avec l'ancienneté: 33,2 % ont un score élevé parmi les infirmiers d'au moins 25 ans d'ancienneté versus 26,4 % parmi ceux de moins de 5 ans d'ancienneté. En convergence avec ces données, 70% des infirmiers se disent insatisfaits ou très insatisfaits du soutien psychologique reçu au travail et 52,6% de leurs possibilités de donner aux patients la qualité des soins dont ils ont besoin. Au total, seulement 30,6% des infirmiers ont un score élevé de qualité du travail d'équipe et 11,1 % en ont un faible.

Dans ce contexte, 44,7% ont un score moyen de qualité du sommeil et 9,4% mauvais ; 10,1% prennent des somnifères ou tranquillisants au moins 3 fois par mois. De plus, 26,3% déclarent des troubles de la santé mentale (5,9% prennent un traitement sans s'arrêter et 3,3% se sont arrêtés de travailler pour cela dans les 12 derniers mois). Le score de burnout ou épuisement professionnel général (Copenhague Burnout Inventory) est élevé pour 47,7% des infirmiers et le burnout spécifique aux soins aux patients est élevé pour 21,7% de l'échantillon. La première étape de l'insatisfaction est le souhait de changer d'établissement et 36,8% des infirmiers déclarent y penser au moins chaque mois. Puis les infirmiers pensent à abandonner leur métier, pensée qui est au moins mensuelle pour 16,4% de l'échantillon.

Cette étude a en particulier montré le lien entre l'intention d'abandonner la profession et l'insuffisance de qualité du travail d'équipe qui sextuple, pour l'ensemble de l'échantillon européen, l'intention d'abandonner (odds ratio ajusté, OR=6,32) ainsi que le lien avec l'épuisement professionnel ou burnout qui double cette intention (OR=2,19) (Estryn-Behar et al., 2007). L'influence des mêmes facteurs est aussi dominante pour les infirmiers français. L'insuffisance de qualité du travail d'équipe quadruple, parmi eux, l'intention d'abandonner (OR=4,51) et le burnout la quadruple aussi (OR=4,28).

Résultats ergonomiques : Interactions des déterminants organisationnels et spatiaux

Place de la traçabilité, informatique ou papier, dans l'activité d'infirmiers et temps disponible auprès des malades

Dans le CHG, la transmission orale réduite des informations est suivie par des recherches d'information dans les couloirs et des retours au bureau ce qui multiplie les entrées et sorties

des chambres, avec non-possibilité de respecter les règles d'hygiène. Actuellement de 25% à 55 % du temps de travail des infirmiers (IDE) se passe dans un bureau commun à plusieurs secteurs, pour les besoins de la traçabilité, mais très peu pour la concertation (tableau 1). La qualité d'écoute et le temps dans les chambres en sont largement amputés. Par ailleurs, la co-activité multiplie les risques d'erreurs et d'évènements indésirables.

Les aides soignants (AS), observées dans les mêmes services, sont souvent plus de 50% de leur temps dans les chambres. Mais elles n'ont pas d'opportunité pour partager les informations recueillies afin d'obtenir une meilleure qualité des soins. Les surfaces des bureaux infirmiers ne leur laissent pas d'espace pour s'intégrer aux transmissions ou discussions et l'habitude de travail intra-catégoriel est devenue majoritaire, sauf pour le travail de nuit. Les AS viennent dans le bureau infirmier moins de 10 % du temps de travail pour la majorité d'entre elles et une seule fois 16,7 %. Les échanges ont surtout lieu dans le couloir et restent brefs.

Tableau 1. Observations ergonomiques du travail réel d'infirmières dans un CHG en 2008

	Cardio	Cardio	Ortho	Ortho	Médecine	Médec	Pneumo	Gastro
	Matin	A.Midi	Matin	A.Midi	Matin	Matin	A.Midi	A.Midi
Nombre de malades en charge	47 / 4 IDE	47 / 3 IDE	24 / 3 IDE	24 / 2 IDE	33 / 3 IDE	33 / 2 IDE	42 / 3 IDE	26 / 2 IDE
% temps ds chambres	22,9 %	20,0 %	45,2 %	27,9 %	29,8 %	20,7 %	31,5 %	23,8 %
Nombre de séjours	37	16	33	46	46	46	56	29
Durée tot. ds chambres	1 h 47	1 h 35	3 h 25	2 h 09	2h19	1 h 56	2 h 25	1 h 59
% temps ds couloir etc.	8,5 %	4,0 %	6,8 %	5,6 %	12,9 %	8,0 %	6,6 %	13,4 %
Nombre de séjours	80	18	19	20	80	44	11	33
% temps ds bur. IDE	57,4 %	53,5 %	26,2 %	42,2 %	27,4 %	41,1 %	31,1 %	53,1 %
Nombre de séjours	31	20	10	21	34	43	25	30
% temps ds poste. IDE	4,9 %	12,2 %	9,0 %	10,0 %	18,7 %	7,0 %	11,2 %	3,8 %
Nombre de séjours	17	13	15	30	56	28	45	6

Dans le CHU, selon des déterminants voisins, le nombre d'entrées dans les chambres est aussi multiplié. La qualité d'écoute et le temps dans les chambres en sont de même amputés (tableau 2). Dans cet établissement, les IDE utilisent un dossier de soins informatisé, mais son utilisation est lente et son adaptation aux besoins de synthèse des soignants médiocre. Ainsi, de 15,2% à 29 % du temps de travail des IDE se passe dans le bureau commun. S'y ajoute le temps dans le couloir, de 7,5% à 16,7% du temps de travail, car les séjours dans le couloir sont principalement dus à de la traçabilité, l'ordinateur portable étant emmené sur un chariot.

Pour l'infirmière de dermatologie du matin, par exemple, continuité et coordination de la prise en charge des patients sont officiellement existantes puisqu'un dossier informatisé en atteste. Mais, de fait, on constate l'absence de transmission orale et des longues recherches d'informations sur écran, en particulier pour retranscrire un plan de soins manuscrit, car le logiciel ne permet pas de l'éditer. Le travail sur écran, pour lire ou saisir les transmissions et les diverses fiches, implique des séjours continus prolongés. La traçabilité, sur écran principalement et sur papier, occupe, au total 1 h 47, soit 24,3% du temps de travail en 54 épisodes. Elle se réalise principalement au bureau infirmier (18,7% de son temps majoritairement d'écriture et quelques échanges) et en salle des internes, uniquement pour réaliser au calme la recherche sur écran, avant l'arrivée de ces internes (10,3% du temps total). Un cinquième du temps passé dans le couloir est aussi consacré à la saisie sur écran. Mis à part en début de matinée, lorsque l'infirmière s'est installée dans le bureau des internes,

ces activités sont très interrompues et aucune n'a duré plus de 5 minutes sans interruption. Pour cette IDE, du fait de ces obligations de traçabilité, des distances et des interruptions, le temps relationnel n'est que de 8,5% du temps total de travail. Pour le reste du temps passé dans les chambres, elle réalise des soins de plaies complexes avec un masque qui n'est pas propice à l'échange.

Tableau 2. Observations du travail réel d'infirmières, CHU à dossiers informatisés en 2007

	Dermato	Dermato	Dermato	Urologie	Urologie	Médecine
	Matin	A. midi	A. midi	Matin	A. midi	matin
Nombre de malades en charge	21 / 3 IDE	21 / 3 IDE	23 / 3 IDE	38 / 3 IDE	38 / 3 IDE	24 / 4 IDE
% de temps dans les chambres	29,9%	31,6%	32,7%	29,2%	21,1%	28,7%
Nombre de séjours	26	47	36	67	77	62
Durée totale dans les chambres	2h11	2h32	2h33	1 h 57	1 h 37	2 h 01
% de temps dans couloir, asc.	13,5%	11,8%	7,5%	9,6%	16,7%	11,7%
Nombre de séjours	51	92	19	39	85	46
% de temps ds bureau infirmier	18,7% +10,3%	15,2%	23,3%	22,2%	22,4%	24,6%
Nombre de séjour	19 + 3	44	21	21	31	19
% de temps dans poste infirmier	17,9%	27,2%	21,2%	9,1%	13,3%	11,2%
Nombre de séjour	26	56	29	37	43	45

L'impact de l'inadéquation du logiciel peut être illustré par la description plus fine du travail de cette même infirmière de dermatologie. Elle prépare une feuille personnelle de planification qu'elle va compléter avec les données du dossier informatisé sur le moniteur du bureau des internes. Elle regarde sur le dossier informatisé avec le logiciel Actipidos® les dossiers de chaque malade et reporte les éléments sur sa feuille manuscrite de planification des soins. Pour obtenir les informations il lui faut changer 5 à 7 fois de page écran pour chaque malade (5 min au minimum par malade). Nous décrivons, comme illustration, la durée de la recherche des informations et le nombre de pages-écran consultées pour les 7 malades et, pour les 3 premiers, le détail des éléments reportés sur la fiche personnelle papier. Cette fiche permet à l'IDE de vérifier, tout au long de la journée, en un regard, que rien d'important n'a été omis.

Patient 28 : 7 h 22-7 h 27 : Isolement protecteur (5 pages écran); Dextro 8 h 12 h, Insuline actrapid® selon dextro ; Humanix®, suppo Proctolog® Clique planif horaire des médicaments ; Regarde transmission écrite et cibles : douleur et HTA ; Pansement : xylo, eau briquée, algo
 Patient 30 A : 7 h 27 – 7 h 32 Kaposi, transplantation rénale (6 pages écran); Cathéter central ; Plan de soins : Primpéran®, dextro 8 h 12 h, insuline 8 h ; Regarde transmission écrite et cibles : nausées, risque de chute ; Régime diabétique sans sel ; Traçabilité regarde note de la veille : 2 litres d'oxygène (saturation 97%)
 Patient 30 B : 7 h 32 – 7 h 42 Escarre fessier (7 pages écran); Plan de soins : Pansement : détersion ; Clique planification horaire des médicaments : Augmentin® à 10 h, Perfalgan® à 8 h, Ixprim® selon besoin, Fortimel® x 3 ; Regarde transmission écrite et cibles : douleurs, diarrhée, dyspnée, incapacité partielle à se laver ; hier refus du Perfalgan® ; Traçabilité regarde note de la veille : 0,5 litres d'oxygène (saturation 88 %) ; Recherche prescription O₂ de la veille non reportée
 Patient 32 A : 7 h 42 – 7 h 50 Erythème noueux (7 pages écran)
 Patient 32 B : 7 h 50 – 7 h 55 Dermatose bulleuse (5 pages écran)
 Patient 34 A : 7 h 55 – 8 h 01 Syndrome de Sézary; aplasie (7 pages écran)
 Patient 40 : 8 h 01 – 8 h 05 : Mal perforant plantaire; isolement protecteur (4 pages écran).

Temps de traçabilité et échanges entre équipes successives lors des transmissions

La traçabilité occupe plus de 25% du temps de travail dans 3 sur 6 des observations en services informatisés et plus de 15% dans tous, contre moins de 15% du temps dans les deux services non informatisés (tableau 3).

Tableau 3. Traçabilité, transmissions entre équipes successives et concertations en cours de poste d'infirmières de CHU

	Demnat	Demna	Demna	Urol	Urol	Médec	Demna	Oncoc	Héma	Héma
	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 Trans orale prise fin poste	2,1%	5,1%	5,3%	4,7%	3,0%	5,2%	0,4%	1,7%	9,3%	2,6%
% de temps Concertations 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

Ainsi, pour l'IDE d'urologie du matin, la traçabilité, sur écran et papier, occupe 24,4% de son temps. Pour ses 10 patients la transmission orale, à l'arrivée, dure 17 min. Sur 4 patients elle n'aura pas de renseignements suffisants ce qui l'emmènera à plusieurs moments de recherche d'informations. Deux groupes effectuent les transmissions simultanément. Les échanges sont brefs. L'IDE copie, sur sa feuille de planification manuscrite, le plan de soins à l'écran. Elle prend connaissance des nouveaux patients sur ordinateur en examinant les fiches de chacun et en écrivant sur sa feuille les renseignements. Elle fait sa transmission écrite de fin de poste en 3 moments pour un total de 13 min car, plusieurs fois dans la journée, elle a déjà mis à jour les données des patients. Elle revient une troisième fois sur les fiches informatiques pour être sûre ne rien avoir oublié. Toutes les activités de traçabilité sont très interrompues car elles se passent dans le bureau infirmier qui est commun à 3 secteurs mais est aussi un lieu de passage et de téléphone. La période plus longue sans interruption a été de 14 minutes, mais en moyenne elle est dérangée toutes les 2 minutes 35. L'IDE écrit systématiquement sur sa feuille d'activité les actes faits (distribution des médicaments, soins...). Après chaque période de soins, après la visite et la discussion avec l'anesthésiste, elle met à jour le plan de soins, mais elle rencontre de nombreuses difficultés. Par exemple, pendant 20 minutes de saisie, elle est interrompue 11 fois par le blocage de l'ordinateur, par des collègues, par l'anesthésiste et par une famille.

Pour l'IDE d'urologie d'après-midi, la transmission orale en début et fin de poste ne prend que 3 % du temps. L'écriture et la saisie des informations occupent 17,6 % du temps de travail (vérification les données saisies écriture de la fiche de synthèse de l'ensemble des malades, saisie dans le couloir, remplissage du dossier de chaque patient). Par contre, les soins relationnels sont réduits à 3,3% du temps de travail.

La traçabilité est moins longue en hôpital de jour (HDJ) et en hématologie, dans le même CHU. En HDJ, les conditions matérielles sont plus favorables : un poste et un bureau spécifique près des chambres dédiées, un séjour des patients brefs sans besoin de fiche de synthèse sur plusieurs patients et un travail plus en lien avec les médecins. En hématologie, comme en oncologie, le service n'a pu utiliser le logiciel du fait de la complexité des

prescriptions. Le temps total de traçabilité est moindre, en particulier pas de saisie dans le couloir. Mais la complexité et la longueur des préparations de chimiothérapie sous hotte ainsi que les besoins de l'habillage spécifique dans le couloir avant d'entrer dans les chambres ne permettent pas un temps disponible beaucoup plus long dans les chambres pour des soins relationnels.

Place de la concertation dans l'activité des différents soignants et interruptions de recherche d'informations

Les informations écrites ne suffisent pas pour être au clair lors des nombreuses microdécisions en cours de journée. Dans le CHG les interruptions occupent de 9% à 19,3% du temps de travail des IDE comme des AS ou des médecins (tableau 4).

Tableau 4 Transmissions entre équipes successives et interruptions d'infirmières de CHG

	AS Cardio	AS Ortho	AS Ortho	Méd Cardio	Médec. Gastro	IDE Gastro	IDE Cardio	IDE Cardio	IDE Méde
	Matin	Mati	Soir	Jour 11h	Jour 12h	Soir	Jour	Soir	Soir
Durée trans. prise poste	16 min	9 min	14 min	15 m	0	12 min	11 min	38 min	9 min
Durée tran. fin de poste	6 min	16 min	0	0 min	0	37 min	12 min	20 min	29 m
Durée interruptions	1h09	1 h07	1 h25	1 h28	1h36	1 h04	42min	1h25	1h02
% temps interruptions	15 %	14,6 %	19,3%	13,1%	14,8%	12,8%	9,0 %	18,5 %	15 %
Nb. d'interruptions	24	18	49	24	20	51	43	42	56

Ces interruptions sont bien moins le fait des malades que de la recherche d'informations ou de matériel, recherches qui auraient pu être évitées par une sectorisation qui permet une discussion approfondie des soins à prodiguer à chaque patient à la prise de poste. La meilleure continuité du temps dans les chambres permet aussi de réduire les interruptions du fait des malades dont les besoins sont mieux perçus et pris en compte.

De même dans le CHU, les réajustements et dysfonctionnements désorganisent le travail de chacun avec 4 observations sur 7 où le temps embolisé par des interruptions dépasse 22% du temps de travail (tableau 5). Ces interruptions sont brèves, mais perturbatrices de la concentration et n'offrent pas de vraies possibilités de concertation.

Tableau 5 Interruptions d'infirmières de CHU

	Dermato	Dermato	Urologie	Urologie	Médecine	Onco	Hémato
	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	HDJ	Matin
% de temps en interruptions et problèmes	24,1%	6,8%	9,2% +17,0%	2,7%	14,1% + 29,2%	22,6%	1,1%
Nombre d'épisodes	69	25	65+37	10	61+11	64	5

Les échanges restent intra-catégoriels pour les IDE du CHG (tableau 6). Il y a au maximum 2,5% du temps d'échanges avec une aide soignante (AS), les moments de discussions d'un collectif paramédical sans médecin se déroulent le plus souvent entre infirmiers d'un côté, les AS se concertant de l'autre. On relève, dans un seul cas, plus de 10% du temps d'échanges avec un médecin. Dans ce service, uniquement, il y a aussi du temps d'échange d'un collectif de soignants avec un médecin.

Tableau 6 Echanges d'infirmières de CHG

	IDE Gastro 13h40 – 22 h		IDE cardio 6h37 – 14h24		IDE Médecine 13h40 – 21h20		IDE Médecine 6h30-14h16		IDE pneumo 13h40 – 21h20	
	N	%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%
Collectif paramédicaux	3	15,6 %	11	9,6%	2	5,6%	4	6,4%	5	10%
Collectif+ 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	15	8,4 %	13	1,2%	5	0,1%	4	1,2%	4	1%
Tel.			27	3,2%	29	4,9%	5	2,4%	8	2%
Pas d'échanges		28,0 %		66,9%		67,6%		63,3%		46%

La situation est identique pour les IDE du CHU dont l'espace de préparation des soins et de traçabilité est commun pour 3 à 5 infirmiers (tableau 7). Ces locaux exigus et aveugles ne laissent pas de place aux aides soignants, pas plus qu'aux médecins. Pourtant, cet échange permettrait de mieux comprendre les réactions de chaque patient et de mieux adapter le projet de soins à l'état physiologique et psychologique de chacun. Ces échanges permettent, en améliorant la cohérence des propos, de rassurer et de limiter les réactions agressives ou violentes des patients ou des familles. Ce partage des informations permet de réduire les risques d'erreurs et de soutenir les soignants face aux difficultés émotionnelles de la prise en charge de personnes gravement atteintes.

En l'absence de concertation pluridisciplinaire, les soignants peuvent être en difficulté. En oncologie, par exemple, l'observation a relevé une situation où la dégradation physique rapide du malade l'amène à interpeller l'IDE « X, est-ce que je vais mourir ? ». L'IDE ne peut que redire « qu'est-ce que tu en penses ? ». On apprend ce que le médecin a dit par le malade « Le médecin a dit que je vais mourir ». Mais on ne sait ce que le médecin a dit précisément. Elle commente à l'observateur ultérieurement : « Le jour c'est souvent que l'on rentre dans la chambre et le patient dit qu'il a été informé. On ramasse les morceaux, sans savoir ce qui a été dit. Je me retrouve aux pieds du mur, je ne suis pas préparée à entendre des choses. »

Tableau 7 Total des échanges : Possibilités restreintes de concertations pluridisciplinaires d'infirmiers dans un CHU en 2007

Nb. (% temps) Avec :	IDE matin médecine	IDE matin urologie	IDE matin dermato	IDE AM. dermato
Patients/ familles	84 (13,1%)	97 (15,4%)	72 (21,3%)	50 (31,8%)
Médecins	19 (7,7%)	10 (1,3%)	11 (3,8%)	7 (1,5%)
Plusieurs soignants	5 (5,3%)	16 (14,0%)	5 (3,0%)	16 (14,0%)
Autre infirmier	43 (9,8%)	39 (5,4%)	17 (3,6%)	41 (19,2%)
Etudiant inf. EI	69 (7,7%)	31 (3,0%)	57 (16,4%)	31 (3,0%)
AS ou ASH	10 (1,9%)	15 (1,5%)	16 (2,2%)	6 (0,5%)
Autre dont cadre	3 (0,4%)	8 (1,6%)	19 (2,9%)	3 (0,2%)
Téléphone		12 (4,0%)	6 (0,8%)	
Sans échanges	54,1%	53,8%	46,2%	46,8%

Discussion

La richesse de la confrontation entre statistiques et analyses ergonomiques a été soulignée par Volkoff (2005). L'apport des démarches participatives a été démontré par Teiger et Lacomblez (2006). L'avantage, pour les transformations d'organisation, de matériel ou de locaux, d'éléments supplémentaires, nés de l'alternance entre position d'expert et élaboration collégiale de propositions et de compromis, a été un des apports spécifiques de ces démarches. La comparaison des relevés réalisés par des ergonomes et des acteurs de terrain rend les constats plus incontournables et outille les acteurs de terrain qui restent dans l'établissement et qui pourront suivre le devenir des propositions avec un regard exercé.

L'insatisfaction de l'augmentation du temps passé aux tâches administratives, massive dans les questionnaires, est confirmée par les observations. Au cours des observations, aucun des soignants n'a regardé un protocole. L'utilisation de fiches de synthèses personnelles a été systématique, même dans les services informatisés, l'outil informatique n'ayant pas la programmation permettant d'éditer les plans de soins préparés rapidement. Les diverses étapes de la traçabilité occupent de 15 à 30% du temps de travail des infirmiers sans que ces documents médico-légaux soient un support pour les équipes soignantes. A la vue des interruptions et des recherches d'informations on constate que les membres du collectif de travail s'entraident sans pouvoir réduire les dysfonctionnements et se soutenir émotionnellement. Les analyses du rôle de l'insuffisance dans la circulation des informations sur la survenue des événements indésirables ont été développées (Barker et al. 2004). L'insatisfaction de la qualité de son travail est particulièrement difficile à supporter pour les soignants, comme l'ont montré les résultats statistiques. Mais, recommander de travailler autrement et former à l'accompagnement, ne font qu'aggraver la souffrance de ceux qui terminent chaque journée avec des inquiétudes et des regrets sur ce qu'ils n'ont pu faire pour soutenir « leurs » malades.

La prévision d'un espace de coopération, pour chaque secteur soignant pluridisciplinaire, est déterminante pour l'organisation du travail du personnel et l'obtention de soins de qualité. Des transmissions dans de meilleures conditions permettent une réduction des déplacements, des interruptions de l'activité et accroissent le temps passé dans les chambres. Mais la confiance pour partager les émotions ou conseiller afin de réduire les « événements indésirables » nécessite la construction d'un vrai collectif de travail. La nécessité de faire évoluer l'ergonomie des logiciels, pour leur donner les fonctionnalités indispensables pour faciliter le travail réel des soignants, commence à être comprise (Gaudart, 2000).

Références

- Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé). Manuel de certification des établissements de santé V2 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/manuel_v2_2004.pdf
- Barker G.R. et al. (2004) The Canadian Adverse Events Study : The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *C. Maj.*, 170 (11): 1678-1686.
- Cordier, M. (2008). Hôpitaux et cliniques en mouvement. Changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients, *Etudes et Résultats* n° 633, DREES.
- Estry-Behar, M. ; Van der Hiejden B.I.J.M.; Oginska H., et al. (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. Consulter aussi le site : www.prest-next.fr
- Estry-Behar, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Presses de l'EHESP, 383 p.
- Gaudart C. Quand l'écran masque l'expérience des opérateurs vieillissants : changement de logiciel et activité de travail dans un organisme de services *Pistes*, 2000, 2,2. <http://www.pistes.uqam.ca/v2n2/pdf/v2n2a4.pdf>
- Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008_12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf
- Volkoff, S (2005). *L'ergonomie et les chiffres de la santé au travail : Ressources tensions et pièges*. Octarès éditions.
- Teiger, C ; Lacomblez, M (2006). L'ergonomie et la transformation du travail et/ou des personnes *Education Permanente*, 166, 9-28.