

étude Presst-Next

Insuffisance du travail d'équipe et *burnout*, deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession infirmière

 MADELEINE ESTRYN-BEHAR
OLIVIER LE NÉZET

■ Comment délivrer des soins de qualité par un personnel satisfait au travail et en nombre suffisant ? ■ Pour répondre au mieux à cette préoccupation, à laquelle sont confrontés la plupart des systèmes de santé, notamment la France, deux facteurs doivent au préalable être corrigés : l'insuffisance du travail en équipe et le *burnout* ou épuisement professionnel. ■ Au regard d'une revue extensive de la littérature et de l'analyse des résultats de l'étude Presst-Next pour la France, ces deux facteurs semblent, en effet, jouer un rôle primordial dans l'intention d'abandonner la profession parmi les infirmiers français ayant une forte ancienneté et plus encore parmi les nouveaux diplômés.

MOTS CLÉS

- *Burnout*
- Communication
- Épuisement professionnel
- Infirmière
- Mobilité professionnelle
- Organisation du travail
- Profession
- Qualité des soins
- Satisfaction au travail
- Travail d'équipe

Le système de soins de santé continue de connaître des changements importants depuis les années 90, aussi bien en Europe, qu'aux États-Unis ou au Canada. Les transformations du mode de financement et les efforts de maîtrise des budgets hospitaliers ne sont qu'une partie des facteurs clés affectant les soins aux patients. La répartition des effectifs se modifie aussi du fait de l'augmentation de l'ancienneté professionnelle et du vieillissement des soignants, et les efforts de réorganisation et de restructuration ont eu un impact majeur dans le fonctionnement quotidien des unités de soins. Au fur et à mesure que diminue la durée moyenne de séjour des malades, l'acuité des pathologies prises en charge augmente et le travail infirmier devient plus technique et plus difficile. Par ailleurs, l'abandon du métier d'infirmier

dans les quinze premières années après leur diplôme est une préoccupation sérieuse en France. Maintenir une capacité professionnelle satisfaisante au regard des exigences du poste après vingt-cinq ans d'exercice professionnel est également un autre enjeu d'importance.

Ainsi, comment délivrer des prestations de qualité par un personnel satisfait et en nombre suffisant ? Cet article cherche à répondre à ces préoccupations en s'appuyant sur une approche bibliographique et les résultats d'une enquête de terrain. D'une part, nous présenterons les données de la littérature concernant les procédures de travail les mieux acceptées et qui peuvent être rapidement mises en place, tel un meilleur travail d'équipe. D'autre part, nous confronterons ces connaissances acquises avec la réalité de terrain issue de l'en-

quête Presst-Next¹ en décrivant la situation en France et les facteurs liés à l'intention des infirmiers d'abandonner leur métier ou, au contraire, favorisant la poursuite de leur profession, dans quatre groupes d'ancienneté différente.

CONTEXTE THÉORIQUE

Une analyse approfondie de la littérature a permis de relever de nombreuses études liant insuffisance de communication et *turnover*. Nous avons aussi constaté que de plus en plus de publications évaluent l'efficacité de programmes destinés à améliorer la collaboration au sein des équipes, tandis que d'autres s'attachent aux changements dans la relation médecins/infirmiers. Les études concernant l'organisation du travail avec des postes fixes ou mutualisés par rapport aux erreurs dans les soins ont égale-

ment enrichi notre réflexion. Enfin, la question du lien entre *burnout* des soignants et qualité des soins apparaît incontournable.

COMMUNICATION ET TURNOVER

L'aggravation de la pénurie infirmière a attiré l'attention sur la nécessité de recruter et de retenir les infirmiers de manière plus efficace. La recherche des facteurs qui influencent le *turnover* est essentielle pour créer un environnement retenant les infirmiers. En effet, le *turnover* infirmier s'avère coûteux pour les institutions qui, pour faire face à cette pénurie, sont contraintes de faire valoir des critères d'attractivité concurrentiels (salons, communications, avantages spécifiques). La collectivité supporte également le coût des formations supplémentaires nécessaires au remplacement des soignants qui abandonnent la profession ou quittent leur région de formation. L'insuffisance du travail en équipe, de la communication et du partage des décisions dans un environnement stressant est apparue comme un des facteurs clés de ce *turnover*. *A contrario*, les procédures les plus convaincantes s'articulent autour du *teambuilding*, autrement dit de la "construction des collectifs de travail". Le soin apporté à la communication afin de mieux collaborer profite aux patients, infirmiers et médecins. D'autres facteurs, dont la satisfaction professionnelle et la stabilité des horaires, concourent à retenir les infirmiers recrutés.

En analysant les réponses des infirmiers de douze unités dans un hôpital universitaire américain de 908 lits, Shader *et al.*² ont constaté que plus le stress du travail était élevé, moins il y avait de cohésion d'équipe et de satisfaction, et que ces facteurs contribuaient à l'intention de quitter

l'établissement. Le travail supplémentaire du week-end était aussi prédicteur du *turnover*. Leurs résultats montrent à l'inverse que plus la satisfaction professionnelle et la cohésion d'équipe sont élevées moins il y a d'intention de quitter l'établissement. Toujours selon cette étude, plus les horaires de travail sont stables, moins il y a de stress professionnel et d'intention de partir.

Davidson *et al.*³ ont étudié l'impact d'un changement d'organisation sur la satisfaction et le départ volontaire des soignants entre 1993 et 1994. L'analyse multivariée a indiqué que les déterminants les plus importants d'une faible satisfaction étaient une mauvaise communication au sein de l'organisation et une trop grande charge de travail. L'intention d'abandon de la profession était prédite par la perception d'un manque d'opportunités de promotion, une faible latitude de décision et une mauvaise communication. Les prédicteurs du *turnover* étaient une faible ancienneté, l'intention d'abandonner et le manque de temps pour bien faire le travail.

TRAVAIL D'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE ET SATISFACTION PROFESSIONNELLE

L'autonomie, le contrôle sur son travail, l'expertise clinique ainsi que les relations entre infirmiers et médecins ont obtenu des scores supérieurs à la moyenne chez tous les répondants indiquant un environnement professionnel favorable dans deux hôpitaux militaires⁴. L'analyse menée dans le réseau américain d'hôpitaux VHA Inc.⁵ a montré que la qualité des relations quotidiennes entre infirmiers et médecins influençait fortement le moral et le maintien dans l'établissement des infirmiers, et que cette qualité pouvait être améliorée.

Ernst *et al.*⁶ ont identifié une série de facteurs décrivant la satisfaction des infirmiers en pédiatrie. Les infirmiers les plus anciens, dans l'unité et dans l'hôpital, avaient davantage confiance en eux et moins de difficultés avec la pression temporelle. Ils étaient moins concernés par le salaire et les exigences des tâches que les plus jeunes. Le stress professionnel était inversement corrélé avec l'âge ainsi que l'ancienneté professionnelle et dans l'établissement. Les infirmiers les plus âgés étaient plus satisfaits de leur reconnaissance professionnelle que les plus jeunes. Les auteurs promeuvent le tutorat des novices et la communication à tous les niveaux.

POSTES FIXES OU MUTUALISÉS

McHugh⁷ a comparé les pratiques avec affectations variables ou fixes aux États-Unis de manière à évaluer coûts et répartition des effectifs. Un *turnover* élevé des infirmiers a été associé à des changements d'affectation forcés vers des unités non familières aux soignants pour des différences de coûts directs négligeables. Par ailleurs, si la mobilité a permis de réduire le nombre de postes non pourvus, les équipes à affectations fixes montrent, en revanche, davantage de compétences.

Le regroupement des malades, indépendamment de leurs pathologies, a augmenté le coût du fonctionnement de l'unité. Les infirmiers, insatisfaits de leur travail sur de nombreux aspects, ont exprimé de l'inquiétude concernant la sécurité et la qualité des soins, et présentaient un mauvais moral.

La grande taille des équipes, le manque de familiarité, l'instabilité des soignants et des affectations, l'absence d'objectif commun sont des handicaps récurrents dans les structures ►

► de soins classiques⁸. Ces handicaps rendent difficile un travail d'équipe de haut niveau. Les auteurs soulignent également l'impact de l'inadéquation des locaux de travail.

TRAVAIL D'ÉQUIPE ET ERREURS DANS LES SOINS

Broadbent *et al.*⁹ considèrent que la charge cognitive, la complexité et le manque de familiarité des informations à traiter peuvent conduire à un échec du raisonnement et entraîner des erreurs. Les effectifs infirmiers et leurs conséquences pour les patients sont aussi devenus un thème de discussion important. Dugan *et al.*¹⁰ ont montré une relation forte entre le stress et l'occurrence

d'incidents concernant les patients, ainsi qu'un lien entre le stress et le *turnover* infirmier. Le rôle important du *burnout* et du stress dans la survenue d'erreurs de raisonnement est aussi souligné par Bissoondial¹¹.

Les publications d'envergure des États-Unis et du Canada insistent sur le contexte organisationnel qui, lorsqu'il dégrade la qualité du travail d'équipe et de la communication, peut conduire aux erreurs. Les rapports des erreurs médicales des hôpitaux, soins ambulatoires et soins à domicile ont été colligés dans le FDA's *Adverse Event Reporting System*. L'analyse des données de 1993-1998¹² indique 5 366 rapports concernant des erreurs, dont 68,2 % avec des conséquences sérieuses et 9,8 % fatales. Les types d'erreurs les plus communes ayant conduit au décès ont été l'administration de la mauvaise dose (40,9 %), du mauvais médicament (16 %) et l'utilisation de la mauvaise voie d'administration (9,5 %). Dans 44 % des cas, ces erreurs ont été causées par des déficits de connaissance et dans 15,8 % des cas par un défaut de communication. Une analyse spécifique portant sur 1 116 hôpitaux américains ayant déclaré 430 586 erreurs de médication et 913 ayant déclaré 17 338 erreurs qui ont eu une influence sérieuse sur les patients a été conduite par Bond *et al.*¹³ afin d'évaluer l'influence d'une collaboration rapprochée entre les unités de soins et les pharmaciens. Alors que des erreurs de médication surviennent chez 5,07 % des patients admis chaque année dans ces hôpitaux, les auteurs notent 45 % d'erreurs de médication en moins dans les hôpitaux ayant des pharmacies décentralisées au niveau des services par rapport à ceux ayant des pharmacies centralisées. Ils ont

observé jusqu'à 94 % de diminution des erreurs de médication si l'on ne considère que celles qui ont eu une influence sérieuse sur la santé des patients. El-Jardali et Lagace¹⁴ ont travaillé à partir des données de l'étude canadienne, *Canadian Adverse Events (AE) Study*, qui avait évalué le taux annuel d'événements indésirables à 7,5 % des admissions hospitalières au Canada¹⁵. Ils ont établi que la perception d'un manque d'effectifs, celle de services logistiques inadéquats, d'un environnement professionnel inapproprié, d'un mauvais travail d'équipe et d'un faible soutien de l'administration avaient contribué à l'augmentation du nombre de tâches omises ou non terminées par les infirmiers, ce qui était lié à la survenue d'événements indésirables dans les hôpitaux.

Spear et Schmidhofer¹⁶ ont démontré que les organisations propices aux erreurs sont celles qui s'accrochent à l'ambiguïté et d'un manque de clarté sur les critères de surveillance de chaque malade et sur l'organisation des soins. Les problèmes sont alors plus difficiles à identifier. Même s'ils sont reconnus, ils sont mal gérés. Les gens font leur travail mais ils ne font pas d'efforts pour apprendre des problèmes ou améliorer les procédures.

Une étude de Silen-Lipponen *et al.*¹⁷ exploite des descriptions des sources potentielles d'erreurs et des pratiques de prévention appliquées par des équipes de bloc opératoire faites par des infirmiers finlandais, américains et anglais. Le *turnover* dans les équipes, les heures supplémentaires et la détresse émotionnelle ont été identifiés comme facteurs potentiels conduisant aux erreurs dans les équipes de bloc. Cette étude montre, en revanche, comment le partage des responsabilités, la stabilité des équipes tra-



©BSIP/Mendil

Le soutien et la solidarité des membres de l'équipe sont des conditions favorables pour améliorer la sécurité et la sérénité des soignants, et la qualité du travail qu'ils réalisent malgré un espace ici inadéquat.

vaillant ensemble régulièrement, les contrôles de sécurité et la documentation formelle des erreurs pour les analyser prévenaient les erreurs. Une planification horaire du travail, une bonne organisation, un développement régulier de la compétence et un environnement physique raisonnable ont aussi été déterminants pour la qualité des soins.

BURNOUT DES SOIGNANTS ET QUALITÉ DES SOINS

Vahey *et al.*¹⁸ ont conduit une étude simultanée auprès de 820 infirmiers et de 621 patients de 40 unités dans 20 hôpitaux américains. Les patients pris en charge dans les unités décrites par les infirmiers comme ayant un effectif adéquat, un bon soutien de l'administration et de bonnes relations entre médecins et infirmiers ont été plus du double à déclarer une haute satisfaction des soins par rapport à ceux des autres unités. Par ailleurs, les infirmiers de ces unités ayant une bonne organisation et des relations internes satisfaisantes avaient significativement moins de *burnout*. Le niveau global du *burnout* infirmier des unités a aussi affecté la satisfaction des patients. Selon cette étude, l'amélioration de l'environnement professionnel peut donc réduire simultanément le *burnout* et le *turnover* tout en augmentant la satisfaction des patients.

LES CHANGEMENTS DE LA RELATION MÉDECINS/INFIRMIERS

Le besoin de changement des comportements médicaux a été largement décrit. Cook *et al.*¹⁹ suggèrent de se centrer sur les erreurs par omission et proposent cinq étapes pour changer les comportements des médecins. Selon Almost et Laschinger²⁰, l'accès des infirmiers à l'information, aux ressources et aux opportunités

dans leur environnement professionnel favorise leur collaboration avec les médecins et les cadres, et diminue le degré de stress ressenti au travail.

Les organisations avec une "gouvernance partagée" renforcent l'implication des infirmiers, améliorent le moral de l'équipe, la communication et réduisent le *turnover*^{21,22}.

Une équipe soignante est d'abord le fruit d'un fonctionnement collectif

Le *US Institute of Medicine* a recommandé que les organisations mettent en place des programmes de formation au fonctionnement en équipes interdisciplinaires. Il a souhaité promouvoir cette compétence tout au long de la formation médicale ainsi qu'au cours de l'exercice professionnel afin que tous les membres d'une même équipe aient des connaissances et des attitudes facilitant échange d'information et coordination²³.

PROGRAMMES DESTINÉS À AMÉLIORER LA COLLABORATION AU SEIN DES ÉQUIPES

Une équipe n'est pas un simple côtoiement hiérarchique de personnes œuvrant dans différentes disciplines pour délivrer des soins aux patients. Une équipe soignante est d'abord le fruit d'un fonctionnement collectif. Des interventions pour améliorer la cohésion des groupes ont amélioré le plaisir au travail et réduit le *turnover*²⁴.

Horak *et al.*²⁵ ont identifié au *George Washington University Hospital* les situations qui affectaient les soins aux patients. Ils se sont particulièrement attachés à la collaboration

entre infirmiers et médecins et ont souligné un manque de communication et de travail d'équipe. Suite à leurs observations, des actions, telles des réunions de construction du travail d'équipe et l'établissement de règles de collaboration entre infirmiers et médecins, ont été entreprises.

Des expériences cherchant à promouvoir la construction de véritables équipes ont été évaluées dans toutes les spécialités. Une étude en médecine et chirurgie²⁶ a montré un lien entre les efforts de l'encadrement pour renforcer la communication, les relations interpersonnelles facilitant la cohésion du groupe, l'amélioration de la communication et la satisfaction professionnelle.

Au bloc opératoire, Davies²⁷ a montré qu'échecs et succès dépendent de la mauvaise ou de l'excellente qualité de la communication, comme dans l'aviation. L'auteur a souligné qu'un réel travail d'équipe devait s'exercer sur les six composants suivants : la connaissance des situations, l'identification des problèmes, la prise de décision, la répartition des tâches, la gestion du temps et la résolution des conflits. Par ces pratiques et l'autoévaluation régulière de la qualité de la communication au sein de cette dernière, il est possible d'améliorer le fonctionnement de l'équipe et la sécurité des soins. En hémodialyse, où les soins aux personnes âgées souffrant de co-morbidités augmentent, Bryson²⁸ a montré l'impact du tutorat et du partage de la culture du service sur la satisfaction tant du tuteur que du soignant encadré. En soins intensifs, Boyle et Kochinda²⁹ ont observé une amélioration des compétences pour communiquer entre infirmiers et médecins, et une amélioration de leur satisfaction suite à un programme ciblé sur les difficultés. ►

► Les infirmiers ont vu leur niveau de stress diminuer, avec plus de respect des collègues, des médecins et des cadres.

Enfin, l'*American Society of Critical Care Medicine* (soins intensifs) n'a pas hésité à publier un guide pratique pour mettre en place des programmes favorisant l'interdisciplinarité, afin d'améliorer la qualité des soins³⁰. Les auteurs y préconisent sept étapes :

- **identifier la motivation locale**, le soutien donné au travail d'équipe et les possibilités de l'encadrement ;
- **donner la priorité à des projets** et choisir un premier objectif ;
- **rendre les mesures opérationnelles**, construire le support du projet et développer un programme de travail ;
- **réaliser un état des lieux de l'environnement** pour mieux comprendre les problèmes, les barrières potentielles, les opportunités et les ressources pour le projet ;
- **créer un système de recueil de données** qui mesure avec exactitude l'état initial et les améliorations futures ;
- **créer un système de rapport des événements** qui permette aux cliniciens et aux autres soignants de comprendre le problème ;
- **introduire des stratégies efficaces** pour changer le comportement des cliniciens.

En outre, ils ont identifié quatre étapes pour évaluer et maintenir le programme :

- **déterminer si l'objectif change en fonction des recueils de données périodiques ;**
- **modifier les stratégies de changement de comportement** pour améliorer et soutenir les avancées ;
- **insister sur le fait que la collaboration interdisciplinaire** est un élément pivot du projet ;
- **développer et maintenir le soutien de la direction de l'hôpital.**

Kaiser Permanente, système de soins de santé non lucratif qui couvre 8,3 millions de patients aux États-

Unis, est la structure internationalement la plus avancée sur ce terrain³¹. Une bonne communication et un travail d'équipe bien rodé y sont considérés comme essentiels pour assurer des soins de qualité et garantir la sécurité des patients. Les chercheurs ont d'ailleurs relevé que les défauts de communication sont les causes les plus courantes des dommages subis par les patients. La complexité des soins médicaux, couplée aux limites humaines, rend cruciale des outils de communication standardisés, un environnement où les individus puissent faire valoir leur point de vue et exprimer leurs préoccupations, et un langage commun pour alerter les autres membres de l'équipe des situations à risque.

En s'appuyant sur les exemples de Bangor, Me et Kaiser Permanente (Georgie, USA), Grumbach et Bodenheimer³² ont dégagé cinq caractéristiques déterminantes pour la cohésion d'une équipe : des objectifs clairs avec des critères mesurables, des systèmes de recueil cliniques et administratifs, une répartition du travail, une formation de tous les membres de l'équipe et une communication efficace. Les recherches menées dans ces sites suggèrent que les équipes où règne la cohésion la plus forte et où l'on observe la meilleure synergie entre médecins et non médecins sont celles qui obtiennent les meilleurs résultats cliniques et la meilleure satisfaction des patients.

Selon Schulmeister³³, les stratégies qui peuvent être largement diffusées pour améliorer la sécurité incluent l'organisation du travail, la diffusion d'informations actualisées au lieu même du soin et le partenariat avec les malades. De telles études se développent peu en France. Nous avons tenté d'en faire la synthèse au regard de nos propres recherches^{34, 35, 36}.

HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

À partir de cette analyse extensive de la littérature, qui a retrouvé peu d'études de cette nature en France, nous avons souhaité tester trois hypothèses :

- **la place du travail d'équipe** est extrêmement importante en France comme dans les autres pays ;
- **le burnout** est un facteur de préoccupation sérieux en France pour le bien-être des soignants et la qualité des soins ;
- **ces deux facteurs jouent un rôle primordial dans l'intention d'abandonner la profession** parmi les infirmiers français pour toutes les tranches d'âge confondues.

MÉTHODE

Lors de la première étape de l'enquête Presst-Next, 13 039 questionnaires (Q0) ont été envoyés avec 5 376 répondants en octobre 2002. Sur de nombreux points, leur situation est apparue plus difficile que celle de leurs homologues des neuf autres pays européens^{37, 38, 39} étudiés. Les descriptions de situations faites par les soignants de l'enquête Presst-Next ont été corroborées par l'enquête menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de l'Emploi et de la Solidarité pour tous les items partagés⁴⁰. La partie longitudinale de l'étude comportait un deuxième questionnaire, reprenant à l'identique une partie des questions du Q0 transmis, douze mois après le premier (Q12), à tous les soignants restés dans la même institution. Cependant, certains établissements n'ont pas renvoyé ce deuxième questionnaire à leurs salariés. Le Q12 porte donc sur les réponses des 2 627 soignants de 45 établissements qui représentent toujours la diversité des

structures de soins et médico-sociales du pays.

Une extension de l'étude à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a permis d'interroger les soignants de cinq établissements supplémentaires.

L'analyse que nous présentons ici repose sur l'échantillon français de l'étude Presst-Next ainsi que sur l'échantillon supplémentaire de l'AP-HP. Elle porte sur 3 689 infirmiers français, dont 392 ont acquis un diplôme de spécialisation. Pour tester l'influence des facteurs de risque potentiels, nous avons utilisé différents scores.

■ **Le score de satisfaction du travail d'équipe** regroupe les réponses aux quatre items de la question : « *Quel degré de satisfaction éprouvez-vous à l'égard... du soutien psychologique que vous avez de donner aux patients les soins dont ils ont besoin ?/de la façon dont vos compétences sont utilisées ?/de vos perspectives professionnelles ?* ». Les réponses sur une échelle d'un à cinq pouvaient varier de « *très insatisfait* » à « *très satisfait* ».

■ **Le score de pression temporelle dans le travail** regroupe les réponses à cinq items : « *Avez-vous assez de temps pour parler aux patients ?* » ; « *À quelle fréquence manquez-vous de temps pour réaliser toutes vos tâches ?* » ; « *Pouvez-vous prendre une pause dans votre travail quand vous voulez ?* » ; « *Devez-vous travailler très rapidement ?* » ; « *Votre charge de travail est-elle inégale de telle manière que vous accumulez du retard ?* ». Les réponses sur une échelle d'un à cinq pouvaient varier de « *presque jamais* » à « *toujours* ».

■ **Le score de qualité des relations interpersonnelles** regroupe les réponses à la question : « *Comment qualifiez-vous les relations entre les soignant(e)s et les groupes suivants, pour cinq groupes : la surveillante générale/la direction des soins ; la surveillante ; les collègues ; les médecins ;*

l'administration ». Les réponses sur une échelle d'un à cinq pouvaient varier de « *hostiles et tendues* » à « *amicales et détendues* ».

■ **Le score d'incertitude concernant les traitements** regroupe les réponses aux cinq items de la question suivante : « *Merci d'indiquer la fréquence des situations de stress suivantes* » :

- **informations inadéquates d'un médecin sur l'état d'un patient ;**
- **médecin prescrivant ce qui semble un traitement inapproprié à un patient ;**
- **absence de médecin lors d'une urgence ;**
- **ne pas savoir ce que l'on peut dire à un patient ou à sa famille sur son état ou son traitement ;**
- **incertitude sur le maniement ou le fonctionnement d'un équipement spécialisé.**

Les réponses sur une échelle d'un à quatre pouvaient varier de « *jamais* » à « *très fréquemment* ».

■ **Le score de conflit entre les exigences du travail et de la vie de famille** regroupe les réponses aux cinq items de la question : « *Quelle est l'exactitude des affirmations suivantes par rapport à votre propre situation professionnelle ?* » :

- **les exigences de mon travail interfèrent régulièrement avec ma vie familiale et personnelle ;**
- **fréquemment, le temps que me prend mon travail rend difficile la réalisation de mes responsabilités familiales ;**
- **souvent, les choses que je veux faire à la maison ne peuvent être réalisées en raison des exigences de mon travail ;**
- **les tensions créées par mon travail rendent souvent difficiles l'accomplissement de mes obligations familiales ;**
- **en raison de mes activités professionnelles, je dois faire des changements réguliers dans mes activités familiales et personnelles.**

Les réponses pouvaient se répartir



©BSIP/H. Raguet

tir sur une échelle de cinq graduations de « *pas du tout d'accord* » à « *tout à fait d'accord* ».

■ **Le score de limitation ou de gêne de la capacité physique de Von Korff** regroupe les réponses aux quatre questions suivantes : « *Au cours des six derniers mois, pendant combien de jours n'avez-vous pas pu faire vos activités habituelles (au travail ou à la maison) à cause de douleurs du cou ou de lombalgies (douleurs du dos) ?* » ; « *Au cours des six derniers mois, à quel point les douleurs du cou ou les lombalgies ont-elles interféré avec vos activités quotidiennes ?* » ; « *Au cours des six derniers mois, à quel point les douleurs du cou ou les lombalgies ont-elles interféré avec vos possibilités de prendre part aux activités de loisirs, sociales et familiales ?* » ; « *Au cours des six derniers mois, à quel point les douleurs du cou ou les lombalgies ont-elles interféré avec votre capacité de travail (y compris à la maison) ?* ».

Les réponses se faisaient sur une échelle allant de 0 « *aucune interférence* » à 10 « *incapable de faire aucune activité* ».

■ **Le score de burnout général physique et psychologique** (Copenhagen Burnout Inventory, CBI) regroupe les réponses à six questions avec cinq niveaux de réponse (de « *jamais/presque jamais* » à « *toujours* ») : « *Vous sentez-vous fatigué(e) ?* » ; « *Vous arrive-t-il d'être épuisé(e) physiquement ?* » ; « *Vous arrive-t-il d'être épuisé(e) émotionnellement ?* » ;

Le burnout lié au travail avec les patients est élevé pour plus du cinquième des infirmiers dès cinq ans d'ancienneté.

► « Vous arrive-t-il de penser : “Je n’en peux plus” ? » ; « Vous sentez-vous exténué(e) ? » ; « Vous arrive-t-il de vous sentir faible et prédisposé(e) à être malade ? ».

■ **Le score de burnout lié au travail soignant** (*Maslach Burnout Inventory*) regroupe les réponses à six questions avec cinq niveaux de réponse (de « jamais/presque jamais » à « toujours ») : « Trouvez-vous difficile de travailler avec des patients ? » ; « Trouvez-vous frustrant de travailler avec des patients ? » ; « Travailler avec des patients vous vide-t-il de votre énergie ? » ; « Avez-vous l'impression de donner davantage que vous ne recevez lorsque vous travaillez avec des patients ? » ; « Êtes-vous fatigué de travailler avec des patients ? » ; « Vous demandez-vous parfois combien de temps vous allez être capable de continuer à travailler avec des patients ? ».

Les questions permettant de calculer ce score n’ont pas été posées dans le deuxième questionnaire longitudinal.

■ **L’indice de santé subjective** regroupe les réponses à deux questions : « En général, diriez-vous que votre santé est... » (avec cinq graduations de « mauvaise » à « excellente ») ; et « merci d’indiquer à quel point les propositions suivantes vous semblent vraies ou fausses ? » avec quatre sous-questions : « J’ai l'impression de tomber malade un peu plus facilement que les autres » ; « Je suis en aussi bonne santé que n’importe qui que je connais » ; « Je m’attends à ce que ma santé se dégrade » ; « Ma santé est excellente ».

■ **Méthodes d’analyses statistiques.** Des analyses multivariées ont été conduites séparément pour chaque groupe d’ancienneté (moins de 5 ans ; de 5 ans à 14 ans ; de 15 ans à 24 ans ; 25 ans ou plus), en utilisant le logiciel de statistiques SPSS.12. La première étape inclut seulement les variables de conditions de travail ; la seconde ajoute les fac-

teurs sociodémographiques et la troisième les variables de santé. Une analyse a ensuite été menée sur l’ensemble des infirmiers et infirmiers spécialisés ayant répondu au deuxième questionnaire un an après. Le nombre plus faible de répondants nous a amenés à conduire une analyse sur l’ensemble de l’échantillon en prenant l’ancienneté comme variable d’ajustement. Les questions permettant de calculer les scores d’incertitude concernant les traitements et les relations interpersonnelles n’étaient pas incluses dans le deuxième questionnaire. Une variante du score de conflit entre vie de travail et vie familiale a dû être utilisée.

RÉSULTATS

■ **Fréquence de l’intention d’abandonner la profession (IAP) et description de la fréquence des facteurs de risque.** On observe une forte augmentation de l’IAP parmi les infirmiers dès qu’ils appartiennent au groupe “5 à 15 ans d’ancienneté” par rapport au groupe des infirmiers de moins de cinq ans d’ancienneté (17,1 % vs. 10,6 %). Les infirmiers avec l’IAP la plus élevée appartiennent au groupe de 25 ans d’ancienneté ou plus (21,3 %).

Au regard de l’analyse bibliographique, qui a montré le bénéfice que tirent les infirmiers d’un environnement de travail avec plus de collaboration, 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 deux questions centrales : qui participe à l’équipe ? ; et comment les membres de l’équipe travaillent-ils ensemble ?

Si 6,3 % des infirmiers déclarent que leurs transmissions entre équipes successives associent les

différents personnels paramédicaux et les médecins – et même 8,7 % parmi ceux ayant au moins 25 ans d’ancienneté –, 32 % des infirmiers réalisent leurs transmissions aux infirmiers de l’équipe successive sans même y associer les aides-soignants (ce n’est le cas que de 24,3 % des infirmiers de forte ancienneté). La satisfaction du temps de chevauchement pour les transmissions s’améliore un peu avec l’ancienneté, mais sans jamais atteindre la moitié de l’échantillon.

Seuls 36,7 % des infirmiers déclarent pouvoir discuter en détail de questions d’organisation et seuls 25,5 % de questions psychologiques (sans lien ici avec l’ancienneté). La possibilité de discuter régulièrement en groupe avec une personne spécialisée sur les aspects psychologiques est déclarée par 14,4 % des infirmiers et 20,9 % le peuvent exceptionnellement. Néanmoins, 49,7 % n’en ont pas l’opportunité alors qu’ils le souhaitent.

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.

Parmi les 3647 infirmiers, 20,5 % ont un score élevé de satisfaction du travail d’équipe et 28,5 % en ont un faible. Le pourcentage d’infirmiers avec un faible score passe de 20,7 % pour les moins de 5 ans d’ancienneté à plus de 30 % ensuite.

Le score de *burnout* physique et psychologique (CBI) croît aussi à partir de 5 ans d'ancienneté, avec une légère décroissance pour le groupe de 15 à 25 ans d'ancienneté et passe de 12,6 % d'infirmiers avec un score élevé pour ceux avec moins de 5 ans d'ancienneté à 19,1 % pour ceux de 25 ans d'ancienneté ou plus.

La fréquence d'un score élevé de *burnout* (MBI) lié au travail avec les patients croît, lui, régulièrement avec l'ancienneté, passant de 15,1% parmi les infirmiers les moins anciens à 21,7 % parmi les plus anciens.

■ **Analyse multivariée des facteurs liés à l'intention d'abandonner la profession parmi les infirmiers de différente ancienneté professionnelle.** Nous avons testé l'influence de différents facteurs tels les horaires de travail, la durée hebdomadaire de travail, la qualité du leadership, la pression temporelle et les conditions physiques de travail. Dans les analyses multivariées, ces facteurs ne sont pas restés significativement liés avec l'intention d'abandonner la profession. Nous avons aussi testé les facteurs de risque concernant la situation familiale et divers problèmes de santé. Ces facteurs ne sont pas, non plus, restés significatifs. Nous ne les incluons donc pas dans le modèle que nous présentons. Mais trois scores sont très significatifs après ajustement sur le sexe et l'âge : la satisfaction du travail d'équipe, le *burnout* général (CBI) et le *burnout* spécifique au travail avec les maladies (Maslach). Nous avons testé le modèle d'analyse multivariée auquel nous avons abouti pour les quatre groupes d'ancienneté professionnelle afin de préciser le rôle respectif de chacun des facteurs sur l'intention d'abandonner la profession (voir tableau 1).

• **Le odds ratio de l'insatisfaction du travail d'équipe** pour l'IAP est

le plus élevé. Il est multiplié par sept pour les infirmiers de moins de 5 ans d'ancienneté (OR = 7,40 ; IC à 95 % : 2,00-24,76). Pour les trois groupes d'ancienneté supérieurs, les *odds ratios* montrent tous au moins un triplement de l'IAP en cas d'insatisfaction du travail d'équipe par rapport aux infirmiers satisfaits.

• **C'est aussi pour les infirmiers de moins de 5 ans d'ancienneté que le odds ratio pour le burnout général** est aussi le plus élevé, multiplication par huit (OR = 8,26 ; IC à 95 % : 2,42-28,25). Pour les trois groupes d'ancienneté supérieurs, les *odds ratios* montrent tous au moins un doublement de l'intention d'abandon de la profession en cas de *burnout* élevé par rapport aux infirmiers ayant un *burnout* faible.

• **Le odds ratio pour le burnout spécifique au travail avec les maladies** est encore le plus élevé pour les infirmiers de moins de 5 ans d'ancienneté. On constate plus du doublement de l'IAP lorsque le score de *burnout* de Maslach est élevé (OR = 2,47 ; IC à 95 % : 1,41-4,33). Pour les trois groupes d'ancienneté supérieure, les *odds ratios* montrent aussi un doublement de l'IAP en cas de *burnout* élevé, significatif pour les deux groupes d'ancienneté moyenne et à la limite de la significativité ($p = 0,07$) pour les infirmiers les plus anciens.

Une mauvaise qualité des relations interpersonnelles est très liée à l'IAP dans les deux groupes de moins de 15 ans d'ancienneté (OR = 2,95 ; IC à 95 % : 1,23-7,05 avant 5 ans d'ancienneté OR = 2,32 ; IC à 95 % : 1,26-4,25 pour le groupe d'âge 5-15 ans).

Le score de conflit entre les exigences du travail et de la vie de famille reste significatif jusqu'à la troisième étape de l'analyse pour le groupe d'âge 15-25 ans (OR = 1,73 ; IC à 95 % : 1,03-2,91), et le

groupe d'âge de plus de 25 ans d'ancienneté (OR = 2,15 ; IC à 95 % : 1,09-4,27), mais il ne le reste que jusqu'à la deuxième étape de l'analyse pour les deux autres groupes d'ancienneté. La significativité disparaît à la troisième étape, l'influence des variables de santé étant prépondérante.

Une forte incertitude concernant les traitements a une influence à la première et à la seconde étape, sans l'introduction des variables de santé, mais ne reste plus significative lorsque le score de *burnout* est ajouté.

Les femmes ont davantage l'intention d'abandonner la profession que les hommes dans les groupes de faible ancienneté, mais cette différence s'estompe dans les autres groupes d'ancienneté.

L'indice de santé subjective n'est pas significativement lié à l'IAP après prise en compte des autres facteurs et ce dans les différents groupes d'ancienneté.

Ainsi, si l'intention d'abandonner la profession infirmière augmente avec l'ancienneté professionnelle, ce sont, pour tous les groupes, les mêmes facteurs de risque. Les soignants plus satisfaits du travail d'équipe, ayant le moins de conflit entre travail et vie familiale et le moins d'épuisement ont deux à trois fois moins l'intention d'abandonner leur profession que ceux qui déclarent fortement ces problèmes, même après prise en compte des autres facteurs de risque dans l'analyse.

■ **Analyse multivariée sur l'ensemble de l'échantillon initial et sur l'échantillon répondant un an après l'enquête initiale.** L'analyse a été reconduite sur l'échantillon des infirmiers et infirmiers spécialisés restés dans les mêmes établissements un an après la première enquête (voir tableau 2). Elle n'a pas pu être ►

PRÉCISION

• **Odds ratio** : rapport du risque d'avoir le problème étudié chez les sujets exposés et non-exposés.

TABLEAU 1

Analyse des facteurs liés à l'intention d'abandon de la profession parmi les infirmiers DE et plus qualifiés selon l'ancienneté professionnelle (conditions de travail + caractéristiques personnelles + santé)

| | Moins de 5 ans d'ancienneté | | | | | De 5 à 15 ans d'ancienneté | | | | | De 15 à 25 ans d'ancienneté | | | | | Plus de 25 ans d'ancienneté | | | | |
|--|--|----------------------|------------------------|----------------------|-------------------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------------|--------|-----------|---|
| | Effectif restant inclus à l'étape 3 | OR aj. | IC à 95 % | p | Effectif restant inclus à l'étape 3 | OR aj. | IC à 95 % | p | Effectif restant inclus à l'étape 3 | OR aj. | IC à 95 % | p | Effectif restant inclus à l'étape 3 | OR aj. | IC à 95 % | p | Effectif restant inclus à l'étape 3 | OR aj. | IC à 95 % | p |
| Score de satisfaction du travail d'équipe | • Élevé • Moyen • Faible | 1,00 3,42 7,40 | 1,01 11,54 24,76 | 0,05 0,01 0,01 | 194 544 317 | 1,00 2,59 3,99 | 1,20 5,58 8,85 | 0,02 0,00 0,00 | 161 415 275 | 1,00 1,31 3,01 | 0,62 2,74 6,49 | ns 0,01 0,01 | 119 230 160 | 1,00 0,94 3,08 | 0,43 2,03 6,76 | ns 0,00 0,00 | | | | |
| Score de qualité des relations interpersonnelles | • Bonnes • Moyennes • Mauvaises | 1,00 1,49 2,95 | 0,79 2,79 7,05 | 0,22 0,02 0,02 | 382 572 101 | 1,00 1,60 2,32 | 1,04 2,47 4,25 | 0,03 0,01 0,01 | 343 422 86 | 1,00 1,35 1,62 | 0,85 2,16 3,13 | ns ns ns | 213 252 44 | 1,00 1,07 1,25 | 0,60 1,88 2,99 | ns ns ns | | | | |
| Score d'incertitude concernant les traitements | • Faible ou plutôt faible • Élevé ou plutôt élevé | 1,00 | 0,40 | 2,03 | ns | 1,00 | 0,92 | 2,51 | 0,10 | 1,00 | 0,70 | 2,16 | ns | 1,00 | 0,66 | 2,47 | ns | | | |
| Sexe | • Homme • Femme | 1,00 0,44 | 0,20 | 0,94 | 0,04 | 1,00 0,73 | 0,43 | 1,25 | ns | 1,00 1,04 | 0,56 | 1,91 | ns | 1,00 2,38 | 0,87 | 6,51 | ns | | | |
| Âge | • Variable continue | 0,95 | 0,90 | 1,02 | ns | 1,00 | 0,96 | 1,03 | ns | 0,97 | 0,92 | 1,02 | ns | 1,03 | 0,96 | 1,11 | ns | | | |
| Score de conflit entre le travail et la vie familiale | • Faible • Moyen • Élevé | 1,00 1,66 1,46 | 0,80 3,44 3,18 | ns ns ns | 359 354 342 | 1,00 1,32 1,36 | 0,82 2,14 2,24 | ns ns ns | 323 276 252 | 1,00 1,56 1,73 | 0,94 2,59 2,91 | 0,09 0,04 0,04 | 187 174 148 | 1,00 1,59 2,15 | 0,82 3,10 4,27 | ns 0,03 0,03 | | | | |
| Score de niveau de santé perçue | • Élevé • Moyen • Faible | 1,00 0,76 0,81 | 0,43 1,35 1,82 | ns ns ns | 639 312 104 | 1,00 0,88 1,28 | 0,59 1,33 2,24 | ns ns ns | 483 270 98 | 1,00 1,05 0,84 | 0,68 1,63 1,56 | ns ns ns | 285 157 67 | 1,00 0,60 1,90 | 0,32 1,11 3,96 | ns 0,09 0,09 | | | | |
| Score de burnout (CBI) physique et psychologique | • Faible • Moyen • Élevé | 1,00 4,68 8,26 | 1,58 13,87 28,25 | 0,05 0,00 0,00 | 233 637 185 | 1,00 1,25 2,53 | 0,72 2,17 4,86 | ns 0,01 0,01 | 219 491 141 | 1,00 1,67 2,62 | 0,90 3,10 5,59 | ns 0,01 0,01 | 135 283 91 | 1,00 1,11 2,70 | 0,54 2,26 6,70 | ns 0,03 0,03 | | | | |
| Score de burnout (MBI) lié au travail avec les patients | • Faible ou plutôt faible • Élevé ou plutôt élevé | 1,00 | 1,41 | 4,33 | 0,02 | 1,00 | 1,61 | 3,42 | 0,00 | 1,00 | 1,35 | 3,07 | 0,00 | 1,00 | 0,96 | 3,05 | 0,07 | | | |

Légende. **OR aj** : odds ratio ajusté. **ns** : non significatif. **IC** : intervalle de confiance

► reconduite par groupes d'ancienneté différente car l'effectif était insuffisant, mais l'analyse a introduit l'ancienneté comme facteur d'ajustement. On constate qu'elle n'est pas un facteur significatif pour l'intention d'abandonner la profession dans cet échantillon de taille inférieure. En revanche, l'insatisfaction du travail d'équipe est un facteur majeur d'IAP, avec presque un triplement de l'IAP pour les infirmiers ayant un score moyen de satisfaction par rapport à ceux en ayant un bon (OR = 2,89 ; IC à 95 % : 1,20-6,96). Le gradient est extrêmement fort ; l'IAP est décuplée pour ceux qui ont un très faible score (OR = 9,65 ; IC à 95 % : 3,92-23,74).

On retrouve aussi l'influence de

l'épuisement professionnel. Sans être significative, on observe cependant une tendance à l'augmentation de l'IAP dès que les infirmiers ont un score moyen de burnout (OR = 1,54 ; IC à 95 % : 0,93-2,55). En revanche, le *burnout* est lié à un doublement très significatif pour les infirmiers présentant un score élevé de *burnout* (OR = 2,45 ; IC à 95 % : 1,24-4,81). Un fort déséquilibre entre vie de travail et vie de famille double quasiment l'intention d'abandonner (OR = 1,96 ; IC à 95 % : 1,07-3,57). La même analyse menée sur l'ensemble de l'échantillon initial, avec ajustement sur l'ancienneté, montre la similitude des facteurs de risque. Le travail d'équipe et l'épuisement psychologique sont au premier plan, suivis par les difficultés entre vie professionnelle

et vie familiale, alors que la santé physique n'a pas d'influence significative sur l'intention d'abandonner sa profession.

DISCUSSION

■ **Les trois hypothèses que nous avons testées se trouvent vérifiées.**

• **La place du travail d'équipe est déterminante en France comme dans les autres pays.** Un cinquième seulement des infirmiers a un score élevé de satisfaction du travail d'équipe, alors que près d'un tiers a un score faible.

• **Le *burnout* est bien un facteur de préoccupation sérieux en France pour le bien-être des soignants et la qualité des soins.** Le burnout physique et psychologique croît rapidement ►

TABEAU 2

Analyse des facteurs liés à l'intention d'abandon de la profession parmi les infirmiers DE et plus qualifiés interrogés un an après la première enquête

| | | Questionnaires 2003 | | | | | Questionnaires 2004 | | | | |
|---|---------------------|---------------------|--------|-----------|------|------|---------------------|--------|-----------|-------|-------|
| | | N | OR aj. | IC à 95 % | | p | N | OR aj. | IC à 95 % | | p |
| Score de satisfaction du travail d'équipe | • Élevé | 637 | 1,00 | | | | 190 | 1,00 | | | |
| | • Moyen | 1621 | 2,00 | 1,35 | 2,97 | 0,00 | 440 | 2,89 | 1,20 | 6,96 | 0,02 |
| | • Faible | 905 | 4,51 | 3,02 | 6,73 | 0,00 | 212 | 9,65 | 3,92 | 23,74 | 0,000 |
| Sexe | • Homme | 350 | | | | | 93 | | | | |
| | • Femme | 2813 | 0,76 | 0,55 | 1,05 | ns | 749 | 0,70 | 0,38 | 1,27 | ns |
| Âge | • Variable continue | | 0,99 | 0,97 | 1,01 | ns | 828 | 1,01 | 0,97 | 1,06 | ns |
| Score de conflit travail/famille | | 1138 | | | | | 273 | | | | |
| | | 1098 | 1,54 | 1,17 | 2,03 | 0,01 | 310 | 1,51 | 0,83 | 2,75 | ns |
| | | 927 | 1,75 | 1,32 | 2,33 | 0,00 | 259 | 1,96 | 1,07 | 3,57 | 0,03 |
| Ancienneté | • <=5ans | 737 | | | | | 295 | | | | |
| | • 6-15 ans | 1050 | 1,62 | 1,16 | 2,27 | 0,01 | 251 | 1,15 | 0,63 | 2,11 | ns |
| | • 16-25 ans | 845 | 1,92 | 1,18 | 3,12 | 0,01 | 197 | 1,20 | 0,47 | 3,05 | ns |
| | • >25 ans | 531 | 2,44 | 1,29 | 4,63 | 0,01 | 99 | 1,66 | 0,46 | 6,02 | ns |
| Score de niveau de santé perçue | • Élevé | 1884 | | | | | 534 | | | | |
| | • Moyen | 946 | 1,01 | 0,80 | 1,29 | ns | 232 | 1,08 | 0,66 | 1,77 | ns |
| | • Faible | 333 | 1,21 | 0,87 | 1,68 | ns | 76 | 1,16 | 0,57 | 2,37 | ns |
| Score de <i>burnout</i> (CBI) physique et psychologique | • Faible | 820 | | | | | 572 | | | | |
| | • Moyen | 1842 | 1,88 | 1,35 | 2,63 | 0,00 | 197 | 1,54 | 0,93 | 2,55 | 0,10 |
| | • Élevé | 501 | 4,28 | 2,88 | 6,35 | 0,00 | 73 | 2,45 | 1,24 | 4,81 | 0,01 |
| Score de limitation due aux dorsalgies et lombalgies | • Faible | 2529 | | | | | 677 | | | | |
| | • Moyen ou élevé | 634 | 1,05 | 0,82 | 1,34 | ns | 165 | 0,95 | 0,57 | 1,58 | ns |

Légende. **OR aj** : odds ratio ajusté. **ns** : non significatif. **IC** : intervalle de confiance

► avec l'ancienneté. Le *burnout* lié au travail avec les patients est élevé pour plus du cinquième des infirmiers dès cinq ans d'ancienneté.

• **Après prise en compte du sexe, de l'âge, de l'ancienneté et des difficultés pour la vie familiale, ce sont bien ces deux facteurs** (insatisfaction du travail d'équipe et *burnout*) qui jouent un rôle primordial dans l'intention d'abandonner la profession parmi les infirmiers français.

La perception de l'état de santé global et les limitations dues aux cervicalgies, dorsalgies et lombalgies n'ont pas de lien avec l'intention d'abandonner la profession. En effet, les soignants ont, pour leur grande majorité, des garanties de prise en charge en cas d'arrêt maladie et de maintien d'un droit à l'emploi, même lors de restriction des capacités. Néanmoins, il leur serait difficile de retrouver un autre emploi avec des capacités physiques restreintes.

En revanche, l'abandon du métier pour épuisement émotionnel en lien avec les patients ou du fait d'un déséquilibre entre vie professionnelle et vie familiale est une option fréquemment déclarée. En effet, une reconversion peut être suivie d'une bonne récupération de l'équilibre psychique et d'une bonne réinsertion professionnelle dans un autre métier, d'autant plus que la qualification de départ permet une bonne adaptabilité.

De ce fait, les établissements de santé doivent fonctionner avec le départ de soignants motivés qui abandonnent pour protéger leur équilibre psychique et avec un nombre élevé de soignants ayant acquis des problèmes de santé physique qui limitent leurs possibilités et les conduisent à de fréquents arrêts de travail.

■ **Le maintien et le renforcement de la qualité à l'hôpital, et la gestion optimale des ressources humaines** passent donc par une protection de la santé mentale et physique du personnel afin de maintenir des soignants performants jusqu'à l'âge de leur retraite.

■ **L'implantation d'une culture de la sécurité dans les organisations de soins associe tous les acteurs.**

Il faut créer une culture qui accepte l'imperfection de la performance humaine et sollicite l'assistance des membres de l'équipe dans le développement de garde-fous pour la prévention des erreurs. Il est nécessaire d'élaborer des instructions explicites sur la communication et le travail d'équipe plutôt qu'un "apprentissage par essais et erreurs". Il importe de tester les meilleures organisations pour les moments de transmission les plus efficaces.

■ **Aux deux dimensions, technique et relationnelle, du soin, une troisième, appelée organisationnelle, peut être ajoutée.** Celle-ci prend de plus en plus d'importance.

Le management de l'équipe avec les collègues, le partage des équipements, l'organisation des entrées, des sorties des malades, des examens de laboratoire et des soins de compensation du manque d'autonomie des patients nécessitent tous une coordination et des temps d'échange au sein d'un "collectif de travail" habitué à fonctionner de façon harmonieuse. L'écoute, la compréhension des anxiétés fondées ou non, l'accompagnement, le traitement de la douleur et des effets secondaires des traitements, la dispensation d'une éducation sanitaire spécifique et l'adaptation du traitement au mode de vie du malade pour une meilleure observance, et la réduction des complications nécessitent une coordination et une concertation pluridiscipli-

naire. Il s'agit de débattre des constats faits par chaque membre de l'équipe lors de ses séjours auprès du malade et de sa famille pour comprendre la meilleure façon d'associer le malade à son projet thérapeutique pour les pathologies chroniques actuellement majoritaires. La même pluridisciplinarité est nécessaire pour élaborer des modes d'information adaptés aux familles confrontées aux pathologies aiguës et terminales, et pour faire face aux questions éthiques. La compréhension du raisonnement médical par les soignants non-médecins et la prise en compte par les médecins des réactions et des besoins du malade tels qu'observés par les soignants non médicaux sont fondamentales pour une réelle qualité des soins. Or, pour que le collectif de travail associe médecins et soignants non médicaux, il faut des temps et des lieux d'échanges. Une organisation avec des *staffs* cliniques où les infirmiers présentent des dossiers qui leur posent question, des formations internes au service pour suivre l'avancée des connaissances de la discipline, des groupes de parole pour mieux comprendre ensemble les réactions des malades sont autant de moments privilégiés pour constituer ces collectifs avec de bonnes relations médecins/infirmiers. Nous avons déjà pu mettre en évidence ces éléments dans des études françaises sur des échantillons moins importants^{34, 35, 41}.

■ **Le support de collègues, de cadres et de médecins avec lesquels on a l'habitude de travailler** réduit l'incertitude et les interruptions, car il permet la connaissance spécifique de l'utilisation des équipements et des particularités des réponses aux questions des patients souffrant d'une pathologie donnée. Le soutien et

la solidarité sont des conditions favorables pour améliorer la sécurité et la sérénité des soignants, et la qualité du travail qu'ils réalisent.

■ **La prévention des erreurs survient en renforçant le sens collectif du travail** et en "utilisant" les soignants les plus expérimentés comme des mentors de leurs collègues proches. Une réduction substantielle des erreurs de soins ne surviendra pas tant qu'une attention plus importante n'est pas donnée aux solutions humaines telles l'amélioration du travail d'équipe et la communication au sein des équipes soignantes⁴².

■ **La satisfaction du travail d'équipe recouvre ces aspects de soutien psychologique** au sein d'une équipe soudée, de valorisation des compétences de chaque membre de l'équipe, d'évaluation de la qualité des soins et de possibilité d'apprendre des erreurs, de développement des connaissances et d'organisation de perspectives professionnelles.

■ **La continuité des soins** ne peut s'effectuer dans de bonnes conditions qu'avec une connaissance suffisante de l'évolution du diagnostic, du traitement et de ses effets ainsi que des réactions psychologiques des patients. C'est pourquoi le temps de chevauchement pour les transmissions est le moment le plus privilégié par les collectifs de travail pour se donner les moyens d'une prise en charge globale des patients.

■ **Ces faits intéressent les managers** qui ont actuellement tendance à développer des postes et des horaires flexibles. La construction de ces collectifs de travail permet de réduire la pénibilité physique par l'alternance de moments de partage des informations et de moments de soins qui, étant moins interrompus par manque d'information, peuvent se dérouler en s'installant en bonne posture auprès de chaque malade. Les débats du collectif portent aussi sur les aménage-

ments et les équipements qui, choisis ensemble, sont plus adaptés au travail, réduisent les déplacements parasites et les postures pénibles. Enfin, le collectif de travail contribue à gérer les planings afin de limiter le recours aux changements de dernière minute générateurs de conflits entre vie professionnelle et vie familiale.

■ **Le ressourcement dans une vie de famille équilibrée** est en outre indispensable pour faire face au stress de la relation à la maladie grave et à la mort, même si le collectif de travail aide à métaboliser les événements difficiles.

Le score de satisfaction du travail d'équipe et le *burnout* sont les facteurs principaux de l'intention d'abandonner la profession parmi les infirmiers de forte ancienneté et encore plus parmi les nouveaux diplômés. La prévention des départs prématurés est primordiale et doit prendre fortement en compte ces aspects. ■

PRÉCISION

Cette étude a été initiée dans SALTSA-Joint Programme for Working Life Research in Europe, et financée par l'Union européenne dans le 5^e programme cadre (QLK6-CT-2001-00475)

LES AUTEURS

Madeleine Estryn-Behar, praticien hospitalier,
Olivier Le Nézet, statisticien, service central de médecine du travail (SCMT), Hôtel-Dieu (AP-HP), Paris (75)
madeleine.estrin-behar@sap.aphp.fr

RÉFÉRENCES

- 1. L'enquête Presst** (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail) est menée en France dans 55 établissements appartenant à cinq régions françaises différentes. Elle est un sous-ensemble de l'étude européenne Next (*Nurses' Early Exit Study*). L'étude concerne l'ensemble des soignants au sens large : infirmiers diplômés, infirmiers spécialisés, aides-soignantes, agents de service hospitalier, cadres et autres soignants qualifiés (sages-femmes, kinésithérapeutes ou autres paramédicaux qualifiés intégrés dans l'équipe d'un service de soin).
- 2. Shader K, Broome ME, Broome CD, et al.** Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. *J Nurs Adm.* 2001 Apr;31(4):210-6.
- 3. Davidson H, Folcarelli PH, Crawford S, et al.** The effects of health care reforms on job satisfaction and voluntary turnover among hospital-based nurses. *Med Care.* 1997 Jun;35(6):634-45.
- 4. Foley BJ, Kee CC, Minick P, Harvey SS, Jennings BM.** Characteristics of nurses and hospital work environments that foster satisfaction and clinical expertise. *J Nurs Adm.* 2002 May;32(5):273-82.
- 5. Rosenstein AH.** Original research: nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *Am J Nurs.* 2002 Jun;102(6):26-34. Comment in *Am J Nurs.* 2002 Jun;102(6):7.
- 6. Ernst ME, Messmer PR, Franco M, Gonzalez JL.** Nurses' job satisfaction, stress, and recognition in a pediatric setting. *Pediatr Nurs.* 2004 May-Jun;30(3):219-27. Erratum in *Pediatr Nurs.* 2005 Jan-Feb;31(1):20.
- 7. McHugh ML.** Cost-effectiveness of clustered unit vs. unclustered nurse floating. *Nurs Econ.* 1997 Nov-Dec; 15(6):294-300.
- 8. Kalisch BJ, Begeny SM.** Improving nursing unit teamwork. *J Nurs Adm.* 2005 Dec;35(12):550-6.
- 9. Broadbent DE, Cooper PJ, Fitzgerald PF, et al.** The Cognitive Failures Questionnaire and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology.* 1982;21: 1-16.
- 10. Dugan J, Lauer E, Bouquot Z, Dutro BK et al.** Stressful Nurses : The Effect on Patient Outcomes. *Journal of Nursing Care Quality.* 1996:46-58.
- 11. Bissoondial, Ootim.** Error making : Part 2 : Identifying the causes in nursing. *Nursing management.* 2002;9,1.
- 12. Phillips J, Beam S, Brinker A, et al.** Retrospective analysis of mortalities associated with medication errors. *Am J Health Syst Pharm.* 2001 Oct 1;58(19):1835-41. Erratum in: *Am J Health Syst Pharm* 2001 Nov 15;58(22):2130.
- 13. Bond CA, Raehl CL, Franke T.** Medication errors in United States hospitals. *Pharmacotherapy.* 2001 Sep;21(9): 1023-36.
- 14. El-Jardali F, Lagace M.** Making hospital care safer and better : the structure-process connection leading to adverse events. *Healthc Q.* 2005;8(2):40-8.
- 15. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al.** The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ.* 2004 May 25; 170(11): 1678-86.
- 16. Spear SJ, Schmidhofer M.** Ambiguity and workarounds as contributors to medical error. *Ann Intern Med.* 2005 Apr 19;142(8):627-30.
- 17. Silen-Lipponen M, Tossavainen K, Turunen H, Smith A.** Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses. *Int J Nurs Pract.* 2005 Feb;11(1):21-32.
- 18. Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D.** Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care.* 2004 Feb;42(2 Suppl):i157-66.
- 19. Cook DJ, Montori VM, McMullin JP, Finfer SR, Rocker GM.** Improving patients' safety locally: changing clinician behaviour. *Lancet.* 2004 Apr 10;363(9416):1224-30.

RÉFÉRENCES

20. **Almost J, Laschinger HK.** Workplace empowerment, collaborative work relationships, and job strain in nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract.* 2002 Sep;14(9):408-20.
21. **Barker SB, Barker RT.** Managing change in an interdisciplinary inpatient unit : an action research approach. *J Ment Health Adm.* 1994 Winter;21(1):80-91.
22. **Perley MJ, Raab A.** Beyond shared governance : restructuring care delivery for self-managing work teams. *Nurs Adm Q.* 1994 Fall;19(1):12-20.
23. **Baker DP, Salas E, King H, Battles J, Barach P.** The role of teamwork in the professional education of physicians: current status and assessment recommendations. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2005 Apr;31(4):185-202. Comment in: *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2005 Apr;31(4):183-4.
24. **DiMeglio K, Padula C, Piatek C, et al.** Group cohesion and nurse satisfaction: examination of a team-building approach. *J Nurs Adm.* 2005 Mar;35(3):110-20.
25. **Horak BJ, Pauig J, Keidan B, Kerns J.** Patient safety: a case study in team building and interdisciplinary collaboration. *J Healthc Qual.* 2004 Mar-Apr;26(2):6-12; quiz 12-3.
26. **Amos MA, Hu J, Herrick CA.** The impact of team building on communication and job satisfaction of nursing staff. *J Nurses Staff Dev.* 2005 Jan-Feb;21(1):10-6; quiz 17-8.
27. **Davies JM.** Team communication in the operating room. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2005 Aug;49(7):898-901.
28. **Bryson C.** The role of peer mentorship in job satisfaction of registered nurses in the hemodialysis unit. *CANN J.* 2005 Jul-Sep;15(3):31-4.
29. **Boyle DK, Kochinda C.** Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units. *J Nurs Adm.* 2004 Feb;34(2):60-70.
30. **Curtis JR, Cook DJ, Wall RJ, et al.** Intensive care unit quality improvement: A "how-to" guide for the interdisciplinary team. *Crit Care Med.* 2006 Jan;34(1):211-218.
31. **Leonard M, Graham S, Bonacum D.** The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care.* 2004 Oct;13 Suppl 1:i85-90.
32. **Grumbach K, Bodenheimer T.** Can health care teams improve primary care practice? *JAMA.* 2004 Mar 10;291(10):1246-51.
33. **Schulmeister L.** Ten simple strategies to prevent chemotherapy errors. *Clin J Oncol Nurs.* 2005 Apr;9(2):201-5.
34. **Estry-Behar M.** Ergonomie hospitalière, Théorie et pratique. Éditions Estem, 1996.
35. **Estry-Behar M.** Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Éditions Estem, 1997.
36. **Estry-Behar M.** Risques professionnels et santé des médecins. Masson, 2002.
37. **Hasselhorn H-M, Tackenberg P, Müller BH, and the NEXT study group,** Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Working Life Research Report 7:2003, National Institute for Working Life, Stockholm 2003.
38. **Estry-Behar M, Le Nézet O, Affre A, Arbieu P, Bonnet N, Derrienic F, Gadier G, Lorient M, Salbreux R, Ben-Brik E, Caillard JF, et le comité de suivi de l'étude PRESST-NEXT.** La situation des soignants des établissements publics et privés en France en 2002. Analyse des résultats de la première partie de l'étude PRESST-NEXT. Archives des maladies professionnelles, 2004, 65, 5, 413-7.
39. **Estry-Behar M, Le Nézet O, Duville N. et le comité de suivi de l'étude PRESST,** Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, Prévention des départs prématurés de la profession, Résultats de l'étude PRESST-NEXT, Brochure diffusée lors du colloque national de restitution des résultats de l'étude PRESST-NEXT le 1^{er} juin 2005. (Disponible sur www.prest-next.fr).
40. **Le Lan R, Baubeau D.** Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé. Drees, Études et résultats, août 2004;335.
41. **Estry-Behar M, Poinsignon H.** Travailler à l'hôpital. Berger-Levrault, Paris, 1989.
42. **Kaissi A, Johnson T, Kirschbaum MS.** Measuring Teamwork and Patient Safety Attitudes of High-Risk Areas. *Nursing Economic.* 2003;21, 5, 211-8.