

" Santé mentale des soignants et contraintes psychosociales en milieu de soins."

Hayette Benmessaoud (a), Nora Liani(b) Zoubida Khoudour (c), Amer Lamara- Mahamed(d).

(a) Service médecine du travail CHU Bab El Oued

(b) Service médecine du travail CHU Beni Messous

(c) et (d) Service médecine du travail EHS Pierre et Marie Curie

Résumé

Cette recherche avait pour objectifs d'évaluer l'état de santé mentale de 1503 soignants et d'identifier les principales contraintes psychosociales et organisationnelles liées à leur détresse psychologique.

Elle est composée d'une étude épidémiologique, réalisée par auto – questionnaire, et d'une analyse ergonomique des situations de travail à travers cinq observations de soignants durant leur journée de travail.

L'étude épidémiologique a retrouvé un niveau élevé d'épuisement émotionnel chez 56,6% des 920 répondants, un manque d'accomplissement personnel chez 30,1% et une envie de quitter définitivement la profession chez 40% d'entre eux.

L'analyse ergonomique a objectivé des insuffisances et des dysfonctionnements relatifs aux infra structures et aux équipements : locaux inadaptés à l'activité de soins, pénibilité physique accrue par un manque de matériels et d'équipements techniques, organisation du travail émiettée par de multiples interruptions.

26. Introduction

Dans l'exercice de nos fonctions de médecin du travail prenant en charge le personnel soignant d'un centre spécialisé en cancérologie, il nous a été donné de constater que les plaintes émanant du personnel infirmier devenaient de plus en plus nombreuses.

Plaintes exprimées au cours des consultations médicales ou sur les lieux même de travail. Des plaintes qui ont concerné au départ les difficultés liées aux conditions de travail, pour s'ouvrir progressivement sur une souffrance psychique liée à la prise en charge des malades cancéreux et aux conflits relationnels qui opposent les différents intervenants dans l'équipe soignante.

Conflits qui éclatent souvent dans une ambiance de travail tendue par le nombre de patients de plus en plus nombreux et la capacité d'accueil de la structure de plus en plus dépassée.

Les contraintes identifiées dans nos structures de soins, à travers notre pratique quotidienne, rejoignent celles décrites dans la littérature médicale, Estryn-Behar (1996), Rocher(1998), Bourbonnais (1992) à savoir des contraintes psychosociales et organisationnelles résultant d'une charge psychique ou émotionnelle élevée liée à la confrontation quotidienne des soignants à la maladie, à la mort et aux limites des compétences thérapeutiques...

A ces contraintes s'ajoutent celles relatives à une "charge ergonomique", Estryn-Behar (1995), caractérisée par une surcharge de travail aggravée par des effectifs insuffisants dans certaines unités, une restriction des moyens face à la montée des exigences de soins, une dégradation des conditions de

travail entravant la qualité des soins prodigués aux patients.

Ce face à face quotidien entre les soignants et leurs conditions d'exercice professionnel, n'est pas sans conséquences sur leur santé mentale. Ce qui nous a poussé à nous interroger sur l'ampleur de la souffrance mentale de nos soignants et les facteurs qui lui sont potentiellement associés.

La réponse à cette interrogation, nous a incité à réaliser cette étude sur la santé mentale au travail à travers le concept du syndrome d'épuisement professionnel, particulièrement dans sa dimension "épuisement émotionnel", auprès de 1503 soignants.

Cette étude avait pour objectifs d'évaluer l'état de santé mentale de ce personnel infirmier et d'identifier les principales contraintes psychosociales et organisationnelles liées à la pratique professionnelle en milieu de soins.

27. Population et méthodes

Il s'agit d'une recherche qui s'est déroulée au niveau de deux établissements hospitaliers d'Alger, elle est composée de deux parties qui ont été réalisées simultanément : une étude épidémiologique de type transversal par auto – questionnaire et une analyse ergonomique du travail infirmier par observation des situations de travail.

2.1. Enquête par questionnaire

L'enquête par questionnaire a été effectuée auprès de 1350 infirmiers,

impliqués dans une relation de soins sur 1503 infirmiers. Ont été exclus :

- les infirmiers exerçant des fonctions médico techniques, administratives ou d'hygiène hospitalière sans relation directe avec le malade (étude centrée sur la relation de soins) ;
- les infirmiers en congé de longue durée pour maladie (trois mois et plus), en congé de maternité, en formation ou en congé sabbatique ;
- les infirmiers ayant quitté leur poste au moment de notre enquête : démission, mutation, départ en retraite.

L'auto-questionnaire a été transmis par courrier nominatif au service de soins des infirmiers concernés et renvoyé anonymement, sous enveloppe fermée au service de médecine du travail.

Sur les 954 questionnaires reçus, soit un taux de réponse de 70,65 %, seulement 920 questionnaires étaient statistiquement exploitables.

Population d'étude		Questionnaires		
sujets éligibles	Sujets inclus	Reçus	Taux de réponse	complets
1503	1350	954	70,65 %	920

Tableau I : Population d'étude et taux de participation

Le questionnaire était composé de 62 questions à choix multiples ; dont trois échelles psychométriques:

1- l'échelle de Maslach Burn Out Inventory "MBI" pour la mesure de l'épuisement professionnel dans ses dimensions " Épuisement émotionnel", "Accomplissement personnel".

2- l'échelle du Nursing Stress Scale "NSS" : pour la mesure des situations stressantes ou des contraintes psychosociales et organisationnelles (CPO) en milieu de soins.

3- l'échelle de mesure des récompenses de Siegrist: pour mesurer le contrôle du statut, l'estime au travail, les gratifications monétaires.

Ces échelles ont fait l'objet d'une validation de construit et de fiabilité avant l'exploitation des résultats.

L'analyse statistique a compris une description de la population étudiée pour toutes les variables mesurées. Les résultats ont été exprimés en pourcentages pour les variables qualitatives et en moyennes et écarts types pour les variables quantitatives.

Les tests statistiques utilisés ont été : le test du "chi carré" de Pearson pour la comparaison de deux pourcentages, le test t de Student pour la comparaison de deux moyennes; l'analyse de la variance à un facteur (*Analysis Of Variance "ANOVA"*) pour la comparaison de plusieurs moyennes.

Une régression logistique dans le cadre d'une analyse multi variée a été réalisée afin de rechercher les facteurs associés à l'état d'épuisement professionnel (variable à expliquer) après ajustement sur l'ensemble des facteurs (variables explicatives) ayant montré un lien significatif dans l'analyse bi variée.

Le logiciel XLSTAT version **7.5.2**, a été utilisé pour les statistiques descriptives et l'analyse bi variée ; par contre les données des modèles de régression logistique ont été analysées sur le logiciel "*Statistical Package for Social Science (SPSS version 13,0)*".

Seuil de signification: une valeur de p inférieure à 0,05 a été considérée comme significative.

2.2. Analyse ergonomique du travail infirmier

Pour l'analyse du travail infirmier, nous avons opté pour la méthode de l'observation ergonomique, sur toute la durée d'un poste de travail, en ciblant la plus large variété possible d'organisation des soins infirmiers, dans les unités hospitalières concernées par cette étude.

Cinq observations de journées de travail ont été réalisées dans cinq unités de soins différentes : une unité de médecine, de chirurgie, de réanimation, de consultation d'oncologie médicale et de radiothérapie.

Le nombre d'observations ergonomiques était limité à cinq, compte tenu de la contrainte temporelle car entre la préparation de l'équipe soignante et la réalisation d'une observation, deux semaines de travail sur le terrain étaient nécessaires au minimum.

Le choix de ces unités, dans chaque spécialité, a été motivé par l'accueil favorable manifesté par les surveillants chefs, la disponibilité et la volonté du personnel infirmier à participer à ce type d'intervention après avoir présenté les objectifs de cette analyse ergonomique.

Nous avons observé le déroulement du travail de cinq soignants : une infirmière d'un service d'hospitalisation en chirurgie ; une aide-soignante d'une réanimation chirurgicale ; une infirmière d'une unité de prélèvements, d'un service d'hospitalisation en médecine ; une infirmière d'une consultation d'oncologie médicale et un manipulateur en radiothérapie.

Dans chaque unité de soins où une observation ergonomique du travail devait se dérouler, a été constitué un groupe de travail composé de la

personne volontaire à être observée et des autres collègues. Plusieurs rencontres avec ce groupe de travail ont été organisées afin d'expliquer le déroulement pratique de cette observation ergonomique, de faire une présentation détaillée de la méthode utilisée et de les préparer à accepter notre présence sans rien changer à leurs habitudes.

Le jour de l'observation, équipé d'une montre à affichage numérique, de feuilles de relevé d'observation et d'un plan du service où tous les lieux étaient numérotés, on a suivi le même rythme de travail que la personne observée en se tenant légèrement en retrait sans aucune interférence avec le déroulement normal de l'activité.

Les feuilles de relevé d'observation prévues pour 30 minutes, avec une indication de l'horaire minute par minute, ont permis de noter le déroulement réel de la journée de travail.

Dans l'analyse ergonomique du travail infirmier, ont été relevés cinq types de déterminants de la situation de travail, tirés des travaux de M.Estryn-Behar (2000) :

- **Utilisation des lieux :** Le temps et la durée de séjour dans chaque lieu ont été pris en compte ainsi que le nombre de changements de lieu, afin de mettre en évidence un éventuel émiettement du travail infirmier. On a par ailleurs noté le nombre de présences simultanées dans ces mêmes lieux.
- **Les postures de travail :** L'appréciation du confort postural a été basée sur la répartition du temps de travail assis par rapport aux autres postures. On a noté la durée de chaque posture et le nombre de fois où la posture a été adoptée. Les postures prises en compte étaient : travail en posture assise ; travail en posture debout ou debout marche ; travail en posture pénible ou très pénible qui a regroupé les positions : Accroupie, bras au-dessus des épaules, penchée en avant à 30° ou très penchée à 45°, lever ou poussée de charge.
- **Activités de soins :** Les activités de soins analysées ont concerné les soins directs, les soins indirects, le temps de concertation, et, les déplacements. Pour le temps de concertation, on a noté le temps et le nombre des échanges liés à la prise en charge des patients, avec les collègues, le surveillant et le corps médical. Le nombre de déplacements et leur durée ont été relevés et chaque déplacement a été mis en relation avec sa destination dans un but de réflexion architecturale.
- **Les interruptions :** Ont été pris en compte le nombre, la durée des interruptions, leur type, en distinguant les interruptions personnelles dues par exemple à un oubli de matériel, les interruptions dues aux malades, aux visiteurs ...
- **Les échanges :** Ont été noté le temps et le nombre des échanges avec les malades, les familles des malades et les autres membres du collectif de travail.

Le traitement informatique des données, par un logiciel programmé à cet effet, a nécessité au préalable une préparation d'un protocole de description où étaient défini après codification tous les observables à analyser en termes de lieux, d'activités, de postures, d'échanges et d'interruptions. Par la suite, des relevés d'observations sur lesquels chaque évènement horodaté a été consigné d'une façon chronologique, ont été préparés

Les indicateurs extraits de ce protocole ont permis de calculer des durées élémentaires de chaque évènement et des durées totales et moyennes par observable ainsi que leur séquençement.

28. Résultats

3.1. Caractéristiques de la population enquêtée

3.1.1. Caractéristiques Sociodémographiques

Neuf cent vingt infirmiers ont participé à notre étude. Cette population d'infirmiers était composée de 69% de femmes (n=635) et de 31% d'hommes (n=285).

L'âge moyen était de 37 ans avec une étendue de 22 à 59ans. Répartis en groupes d'âge, 61% des sujets (n=560) avaient moins de 40 ans. Cinq cent vingt-sept soit 57 % des répondants étaient mariés et 344 soit 37% étaient célibataires.

3.1.2 Caractéristiques professionnelles

Les infirmiers ayant participé à cette étude avaient une ancienneté professionnelle allant de un à 40 ans avec une moyenne de $13,7 \pm 7,7$ ans,

La fonction d'encadrement était assurée par 15% des sujets alors que 85% se chargeaient principalement de la fonction soins.

La répartition des sujets selon leur qualification a retrouvé une nette prédominance des infirmiers et des anesthésistes diplômés d'état (68% des sujets) ; par contre le corps des aides-soignants était le moins représenté (8% des sujets).

Les grandes catégories de disciplines médicochirurgicales étaient représentées dans les deux établissements : hospitalisation chirurgie (29,5% des cas) ; hospitalisation médecine (16% des cas) ; (Tableau II).

Service	n	%
Hospitalisation médecine	147	16,0
Hospitalisation chirurgie	272	29,5
Hospitalisation pédiatrie	33	3,5
Bloc opératoire, anesthésie	151	16,5
Unités de soins intensifs	134	14,5
Gynécologie obstétrique	27	3,0
Autres	156	17

Tableau II: Répartition des sujets par service

3.2. Détresse psychologique des soignants

3.2.1Prévalence du syndrome d'épuisement professionnel et facteurs associés

Le seuil d'un niveau élevé d'épuisement émotionnel correspondant au tiers supérieur de la distribution des scores chez les répondants était de 37, alors que ce seuil a été fixé par Maslach et Jackson dans leur population de validation à 30, par conséquent, selon ce seuil plus de 56% des sujets interrogés auraient eu un niveau élevé d'épuisement émotionnel versus 33,3% selon le seuil de la population d'étude.

Pour le manque d'accomplissement personnel, les deux seuils correspondant au tiers inférieur de la distribution des scores étaient proches: un manque d'accomplissement a été retrouvé chez 30,1% des sujets selon le seuil fixé par Maslach et Jackson (score<33) versus 33,5 % selon le seuil de la population d'étude (score<34).

Niveau "burn out" élevé	Épuisement émotionnel (0 - 54)	Accomplissement personnel (0 - 48)
Seuil Maslach et Jackson	Score élevé > 30	Score faible < 33
Effectif (N= 920)	521(56,6%)	277 (30,1%)
Seuil population d'étude	Score élevé > 37	Score faible < 34
Effectif (N= 920)	306(33,3%)	308 (33,5%)
Tableau III: Répartition des sujets selon le niveau de " burn out "élevé, fixé par les seuils de Maslach et Jackson et les seuils du tiers supérieur de la distribution des scores dans la population d'étude.		

Le tableau IV, présente les scores moyens des échelles "épuiement émotionnel" et "accomplissement personnel" du MBI ainsi que leur étendue.

Entre parenthèses sont présentés les scores moyens des deux échelles, obtenus par Maslach et Jackson dans leur population de validation.

	Épuisement émotionnel 9 items (0 - 54)	Accomplissement personnel 8 items (0 - 48)
Moyenne	31,7 ± 11,5 (24,08 ± 11,8)	36,6 ± 8,1 (36 ± 6,9)
Étendue	0 à 54	2 - 48

Tableau IV : Moyennes des scores des échelles "épuiement émotionnel" et "accomplissement personnel" du MBI.

3.2.2. Satisfaction au travail, envie de quitter et Syndrome d'épuisement professionnel

L'appréciation par les infirmiers interrogés sur leurs conditions d'exercice était négative. Ils étaient dans :

- 85% des cas insatisfaits de leurs conditions de travail,
- 65% des cas insatisfaits de l'utilisation de leurs compétences professionnelles,
- 51% des cas insatisfaits de leur poste de travail en général.
- 40 % des cas désireux de quitter définitivement leur profession de soignant ;

L'état d'épuisement émotionnel déclaré par les répondants était très significativement lié à leur insatisfaction de leurs conditions de travail et de l'utilisation de leurs compétences. Cet état était également lié à leur insatisfaction de leur poste de travail en général et de leur envie de quitter leur profession ($p < 0,0001$).

3.2.3. Facteurs stressants et épuisement professionnel :

L'échelle de mesure des facteurs stressants propres au métier de soignant était positivement corrélée à l'échelle de l'épuisement émotionnel.

	Épuisement émotionnel	Accomplissement personnel
NSS score total	0,33***	0,03*
1- Charge de travail	0,30***	0,03*
2- Conflit avec les médecins	0,20***	0,01*
3- Conflits avec d'autres infirmiers (es)	0,21***	0,03*

4- Manque de soutien	0,19 ^{***}	0,03*
5-Manque de formation	0,28 ^{***}	0,00*
6- Incertitudes concernant le traitement	0,20 ^{**}	0,03*
7-Mort et accompagnement	0,24 ^{***}	0,06*
Tableau V : Facteurs stressants et sentiment d'épuisement professionnel		

* = NS, **P=0,0003, ***P< 0,0001

	Épuisement émotionnel	Accomplissement personnel
Récompenses (score total)	0,31 ^{***}	-0,01*
Le contrôle de statut	0,27 ^{***}	-0,01*
L'estime au travail	0,22 ^{***}	-0,07 ^{**}
Gratifications monétaires	0,14 ^{***}	0,00*
Tableau VI: Manque de reconnaissance et sentiment d'épuisement Professionnel		

* = NS, **p= 0,02, ***p< 0,0001.

3.2.4. Analyse simultanée des facteurs liés à l'épuisement émotionnel

Après ajustement sur les 40 variables qui ont montré un lien significatif dans l'analyse statistique bi variée avec l'épuisement émotionnel, seulement neuf variables ont été retenues dans une régression logistique multiple. Il s'agissait de :

- l'état de stress psychologique (O.R. ajusté= 13,8). la charge de travail (O.R. ajusté= 1,90)
- gratifications monétaires insuffisantes (O.R. ajusté = 2,05),
- Insuffisance de formation et de préparation pour répondre à la demande des patients et des familles (O.R. ajusté = 1,80),
- un état de fatigue (O.R. ajusté= 1,87)
- pathologie ostéo-articulaire (O.R. ajusté= 1,50), trouble mental (O.R. ajusté= 1,54), sur engagement au travail (O.R. ajusté= 2,08),
- retentissement du travail sur la vie de famille (O.R. ajusté= 1,58).

L'ajustement global du modèle aux données a été satisfaisant (Khi2 de vraisemblance = 5,004 ; p= 0,75). Le modèle a expliqué 44 % (R2=0,44) de la variation globale de l'épuisement émotionnel.

3.3. Analyse ergonomique du travail infirmier

3.3.1 Analyse de l'activité de soins

Les soins techniques et de base étaient la principale activité des infirmiers observés. Ils ont pris 76 % du temps de travail entre leur préparation et leur réalisation.

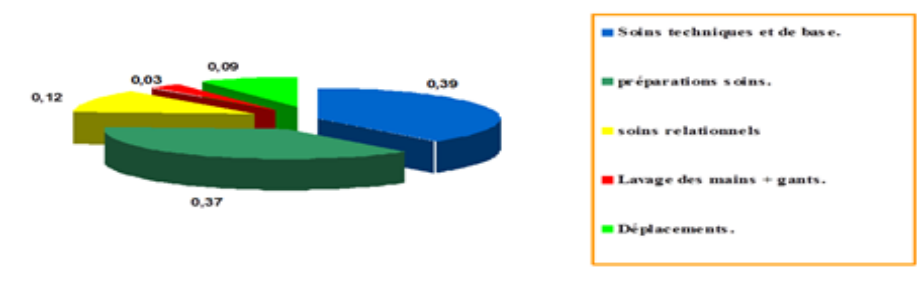


Figure 1 : Analyse de l'activité de soins

L'observation de l'infirmière du service "chirurgie femmes" Durant neuf heures et 30 minutes a permis de relever 253 changements d'activité.

Un pic de soins techniques a été relevé les cinq premières heures de l'observation où l'infirmière avait refait pour 15 patients leur pansement et a retiré huit drains chirurgicaux.

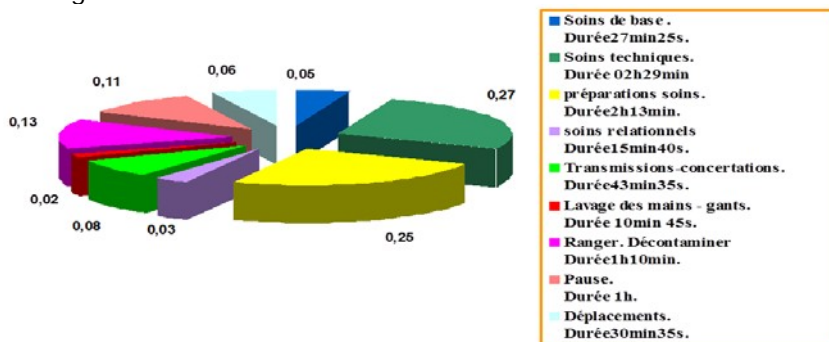


Figure 2: Répartition de l'activité infirmière de chirurgie

Les déplacements étaient au nombre de 32, d'une durée moyenne de 56 secondes, il s'agissait surtout de déplacements vers les chambres de malades et vers le bureau de la surveillante médicale pour se concerter sur la conduite des soins pour la malade ré hospitalisée qui était dans un état critique.

Le lavage des mains (11 fois) et le port de gants (2 fois) a pris 2% du temps de travail, alors que 87 actes de soins ont été relevés durant l'observation.

3.3.2 Lavage des mains et Port de gants

Pour les cinq observations le nombre moyen de lavage des mains relevé était de 14 épisodes, pour un nombre de 64 actes de soins en moyenne.

Ce nombre d'actes de soins variant de 37 à 87 actes, était incompatible avec un lavage des mains avant chaque acte. Changer de gants, entre deux patients ou deux activités, n'était pas non plus toujours possible:

- certains soignants ne disposaient que d'un quota de gants (très en deçà des besoins) tous les deux jours.
- pour se réapprovisionner en gants il fallait se déplacer au bureau du surveillant médical en chef, qui n'était pas toujours à proximité

- Travailler avec les mêmes gants, jusqu'à leur déchirure.
- colmatage des fissures à l'aide du sparadrap.
- pour le réapprovisionnement en gants il aurait fallu se déplacer au bureau du surveillant, situé à deux étages plus bas ; effort que cette infirmière n'a pas consenti à fournir...



Figure3: Gants pas toujours disponibles "problèmes de réapprovisionnement"

3.3.3. Temps de séjour dans les différents locaux durant tout le temps de l'activité

Le temps de séjour des infirmiers observés dans les différents locaux de travail est résumé par la figure 4.

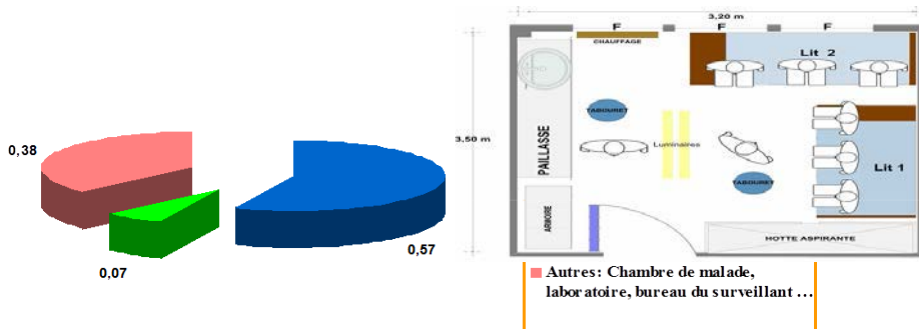


Figure 4 : temps de séjour dans les lieux d'activité des soignants observés. L'observation ergonomique d'une infirmière diplômée d'état exerçant dans une consultation médicale a retrouvé que cette dernière a concentré ses soins techniques et leur préparation dans la salle de soins où elle a séjourné durant trois heures, soit 60% de son temps (fig5).

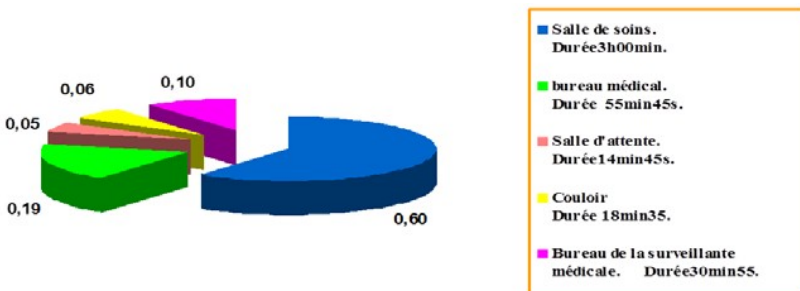
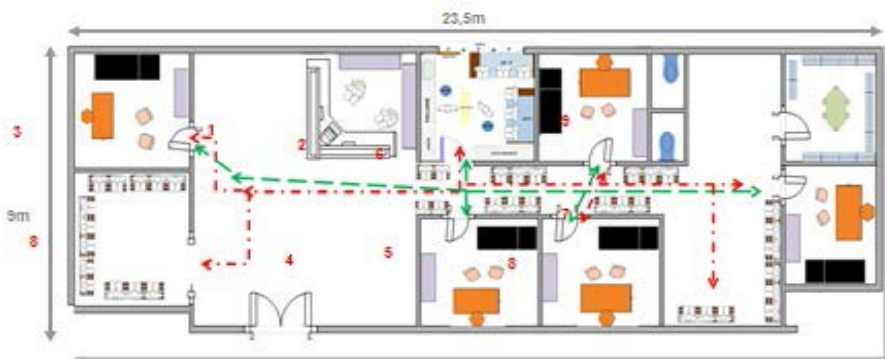


Figure 5 : Répartition du temps de séjour dans chaque lieu d'activité d'une infirmière de consultation durant les cinq heures d'observation.

Le nombre de malades programmés pour traitement le jour de l'observation était de 22, ce qui a incité cette infirmière à utiliser durant 19% de son temps de travail, deux bureaux médicaux vides ce jour-là, pour l'administration des soins en sous cutané et pour un monsieur qu'elle ne pouvait installer avec les dames.

Figure 6: Schéma de la salle de soins

Le nombre de déplacements observés était de 105 durant les 5 heures d'activité, dont 78 épisodes étaient liés aux patients (en rouge) et 27 épisodes liés à l'approvisionnement (en vert).



Légende :

- ✦ **Locaux :** -1-Réception, -2 salle de soins, 3- Bureau de la surveillante médicale, -4, 5, 6,7 _ Bureaux médicaux .8- Salles d'attente. 9 –vestiaires.

Figure 7 : Schéma d'une unité de consultation médicale

3.3.4. Pénibilité physique du travail Infirmier.

Les postures pénibles avec ou sans port de charges ont duré en moyenne pour les cinq infirmiers observés 32% du temps de travail.

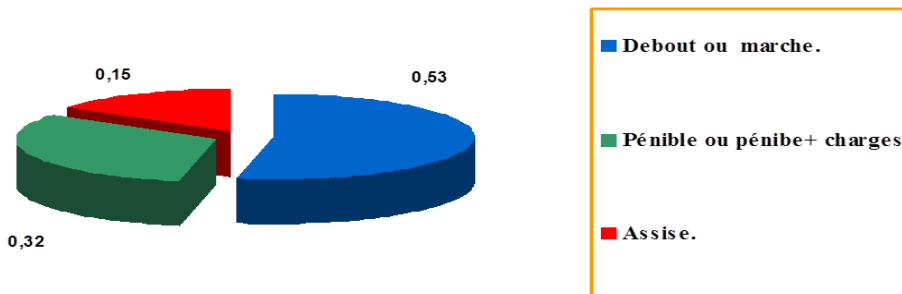


Figure 8 : Répartition des postures adoptées par les infirmiers durant leur observation

L'Observation ergonomique du manipulateur en radiothérapie a permis d'objectiver la pénibilité de son poste. Le jour de l'observation, il a travaillé sur l'accélérateur linéaire de particules "Varian», il a eu à prendre en charge un patient toutes les 10 à 15 minutes totalisant ainsi vingt-deux patients.

Les postures pénibles (penchée en avant à 30° ou très penchée à 45°, bras au-dessus des épaules) avec ou sans charge, ont duré une heure, 37minutes et 21secondes, soit 33% du temps de travail. Pénibilité due au type de malades plus ou moins valides, aux nombreux réglages techniques de l'appareil d'irradiation et au port de charges. Le poids moyen manutentionné, durant les cinq heures d'observation, était de 115 kg. Il s'agissait, essentiellement, de porte-caches et de caches de plomb dont le poids variait de 0,5 kg à 8kg.

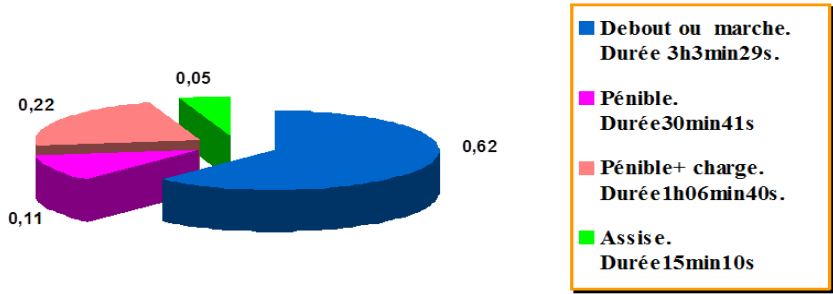


Figure 9 : Répartition des durées de postures adoptées par un manipulateur en radiothérapie sur 4heures et 56 minutes d'observation



Figure 10: Manipulateur en radiothérapie "postures pénibles et port de charges (Caches de plomb, poids moyen : 5Kg"

La Pénibilité physique du travail infirmier était majorée par, la désorganisation de l'espace du service hospitalier, l'inadéquation du dimensionnement des mobiliers aux caractéristiques anthropométriques des utilisateurs, ainsi qu'aux insuffisances en matériels et équipements.



Pénibilité des soins de base accrue par une carence en matériel : Bassines à même le sol par manque de chariots de soins...



Figure 12 : Accroissement de la pénibilité physique du travail infirmier par l'inadaptation des structures de soins

3.3.5. Les interruptions

Les observations ergonomiques, des cinq soignants, ont mis en évidence des interruptions qui ont occupé de 26 à 35% de leur temps de travail, soit en moyenne 30% du temps total de travail. Le nombre d'épisodes variait de 35 à 117 interruptions.

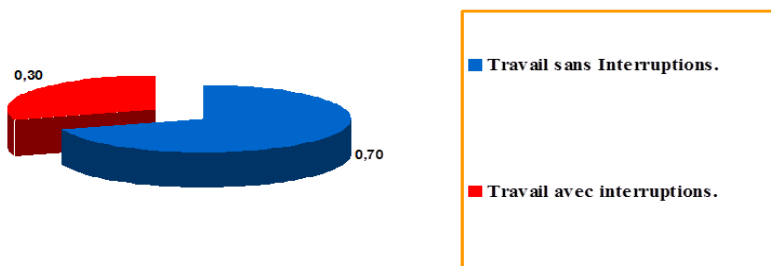


Figure 13 : Répartition des interruptions du travail des infirmiers durant leur observation

29. Discussion

Cette recherche visait principalement à travers le concept de l'épuisement professionnel, à approcher la souffrance mentale du personnel infirmier en rapport avec l'exercice de ses fonctions, et de déterminer les caractéristiques du travail qui sont associées à cette souffrance.

Elle a été réalisée dans deux structures hospitalières d'Alger centre. Mille trois cent cinquante infirmiers ont été interrogés, et 920 d'entre eux ont répondu au questionnaire de cette enquête.

Cinq soignants, ont accepté d'être observés durant toute leur journée de travail, afin d'apprécier les difficultés vécues dans leur quotidien professionnel. Le taux de réponse de 70,66 % est satisfaisant dans ce type d'enquête par sollicitations écrites.

L'enquête épidémiologique était de type transversal, choix dicté par l'absence d'études, d'une large portée, sur les problèmes de santé mentale liés au travail chez le personnel infirmier dans nos structures de soins. Il s'agissait d'abord de décrire ce phénomène de souffrance au travail.

La limite de ce type d'étude est qu'elle ne permet pas de dégager un lien de causalité entre les facteurs de risque identifiés et le phénomène étudié

Cette recherche n'a porté que sur le personnel en poste. Les personnes en arrêt maladie ou qui ont quitté leur profession à cause d'un problème de santé mentale ou autres, n'ont pas été prises en compte.

Trente pour cent des personnes interrogées n'ont pas répondu à notre questionnaire. On pourrait s'interroger sur les raisons de non réponse, désillusion, démotivation, épuisement ? La prudence s'impose donc dans l'interprétation de certains résultats qui pourraient être sous-estimés.

Dans cette recherche, le malaise infirmier est manifeste à travers les forts taux d'épuisement émotionnel (56%) et de réduction de l'accomplissement personnel (30%) retrouvés chez les soignants de notre étude. Ils étaient 40% à souhaiter quitter définitivement leur métier !!!

La distribution des scores sur l'échelle "épuisement émotionnel" était différente de celle observée par Maslach et Jackson dans leur population de validation. L'origine de ce constat, pourrait découler d'une différence culturelle ou d'un écart réel vis-à-vis de la prévalence de l'épuisement émotionnel dans notre population d'étude.

Ces taux élevés d'épuisement émotionnel et de réduction de l'accomplissement personnel retrouvés, sont fort préoccupants, et vont dans le même sens que les résultats de l'étude des troubles anxio-dépressifs chez le personnel soignant, menée par A. Lamara-Mahamed (2003) et al. au niveau de cinq hôpitaux d'Alger, auprès de 223 médecins et de 224 infirmiers. D'après Les résultats de cette étude ,63% des infirmiers participants ont présenté une détresse psychologique, mesurée à l'aide du "General health questionnaire de Goldberg (GHQ12)", et 32 % ont présenté des signes de dépression sévère évaluée à l'aide de l'échelle de dépression d'Hamilton (HDS).

Le métier de soignant est un métier noble, la part des répondants qui ont trouvé un sens et de l'intérêt à leur métier était élevée (69 %). Il n'en demeure pas moins un sentiment négatif d'insatisfaction mentionnée pour différentes composantes du travail : insatisfaction quant à l'utilisation des compétences professionnelles (65%), insatisfaction des conditions de travail (85%). Ce résultat, exprime le malaise ressenti dans l'exercice de leur métier car il mesure l'écart entre leur motivation et leur insatisfaction.

Cela est préoccupant car cette appréciation fort négative, éprouvée par les infirmiers interrogés à l'égard de leur métier était significativement liée à un niveau élevé d'épuisement émotionnel et à une envie de quitter définitivement la profession. De nombreuses recherches ont observé des liaisons significatives entre l'état d'épuisement professionnel et l'insatisfaction au travail. Pezet-Langevin, (2002).

Les Contraintes psychosociales et organisationnelles du travail infirmier , mesurées à l'aide du "Nursing Stress Scale", à savoir la charge de travail, le manque de soutien au travail, les conflits avec les autres infirmiers, les conflits avec les médecins, les incertitudes thérapeutiques, la mort et l'accompagnement des patients en fin de vie, la formation insuffisante pour affronter les demandes des patients et de leurs familles, étaient positivement et significativement corrélées au syndrome d'épuisement émotionnel. Ces résultats convergent avec les données de la littérature consultées, Rodary(1993), Lert(1997), Fanello (2003) Stordeur(1999).

Le manque de reconnaissance au travail, apprécié à l'aide de l'échelle des récompenses de Siegrist, qui aborde les gratifications monétaires, le contrôle de statut et l'estime au travail, était positivement et très significativement corrélé à l'épuisement émotionnel.

L'analyse simultanée de tous les facteurs liés à l'épuisement émotionnel, a permis de mettre en évidence, grâce à une méthode de régression logistique, les facteurs restant liés à un niveau d'épuisement émotionnel élevé après ajustement sur les variables potentiellement confondantes.

Il est important de rappeler que compte tenu des limitations de la structure de l'étude (de type transversal), le principal intérêt de la régression logistique, ici, porte sur les liens entre l'état d'épuisement émotionnel et les facteurs de stress qui lui sont associés.

Dans ce contexte, il s'agit de facteurs associés et non de facteurs de risque, car le jugement de causalité comme il a été précisé plus haut dans la discussion des questions méthodologiques, requiert des conditions auxquelles seules les études réalisées dans un objectif de recherche clinique peuvent y répondre pleinement, Aminot(2002).

Les odds - ratios ajustés sur l'ensemble des variables retenues dans le modèle, nous ont permis de constater que parmi les contraintes psychosociales et organisationnelles prises en compte dans notre recherche, la surcharge de travail, la préparation insuffisante pour affronter les demandes des patients et de leurs familles, les faibles gratifications monétaires étaient des facteurs favorisant un état d'épuisement émotionnel chez les répondants, et ce quel que soit leur âge, leur sexe, leur ancienneté, leur situation socio- familiale et économique.

A noter que le sur engagement au travail était, également, significativement lié à un état d'épuisement émotionnel après ajustement sur les autres facteurs. Ce qui va dans le sens des résultats de Siegrist et de son équipe, cités par D.Truchot (2004), qui ont montré que dans un contexte à un autre 10% à 40% des personnes au travail souffrent d'un certain degré de déséquilibre efforts /récompenses. Un tiers d'entre elles ont des réactions de tensions intenses à la suite de l'exposition à ce déséquilibre.

L'approche ergonomique du travail infirmier, abordée selon une méthode d'observation des postes de travail, a permis d'analyser certaines contraintes et leurs interactions dans le déroulement de l'activité de soins. Elle a permis, également, d'identifier les difficultés que ces interactions ont occasionnées en soumettant à rude épreuve les capacités d'adaptation et de résistance des soignants.

Cette approche limitée à cinq observations ergonomiques dans des unités de soins de spécialités différentes, ne prétend pas caractériser complètement le travail infirmier dans tous les services de soins ni même dans les services concernés par cette analyse ; car, toutes les fluctuations de l'activité n'auraient pas pu être cernées par une observation unique.

Néanmoins, l'omniprésence de certaines caractéristiques, permet de penser que les grandes tendances que l'on a observées pourraient être généralisées, à savoir :

- Le fléau du fractionnement de l'activité qui a pour conséquence une constante réorganisation du programme de travail. Fractionnement et discontinuité des soins entraînés en grande partie par les

interruptions et les déplacements pour des problèmes de réapprovisionnement, pour le lavage des mains, etc.

Selon, M. Estry-Behar, les interruptions sont particulièrement fréquentes en milieu hospitalier. Elles tendent à ne même plus être considérées comme un dysfonctionnement. Mais, les interruptions sont et restent une nuisance lourde, elles interfèrent sur la charge mentale du travail infirmier, en nécessitant une constante reprogrammation du travail à accomplir, sur la sécurité en augmentant le risque d'erreur, et sur la qualité de l'écoute dispensée aux patients Estry-Behar(2000).

- L'inadéquation de l'utilisation de l'espace de travail par rapport aux exigences de l'activité de soins. On peut se, demander, si une salle de soins exigüe servant à différentes tâches concomitantes pourrait être fonctionnelle?

En effet, on a constaté que les salles de soins dans les unités observées, servaient simultanément :

- ✓ de lieu où étaient prodigués des soins pour les malades ;
- ✓ de lieu de concertations, de transmission d'informations écrites et orales;
- ✓ de point de réception et d'informations pour les familles de patients et les visiteurs ;
- ✓ de lieu pour la consultation médicale (unité de chirurgie);
- ✓ de salle d'attente pour les patients (unité de médecine);
- ✓ de lieu de préparation des chimiothérapies antinéoplasiques (consultation d'oncologie).

Ces salles de soins, trop petites, multifonctionnelles, encombrées, étaient sources d'entraves et de gêne pour une réalisation de soins de qualité. Gêne d'autant plus importante que le temps de séjour, dans ces salles, était le plus long par rapport aux autres lieux. Il était supérieur à 55% du temps de travail des soignants, et ce, en présence de six à huit personnes, durant plus de 20%, en moyenne, de leur temps de travail.

Ces présences simultanées, ne se limitaient pas aux différents intervenants impliqués dans l'activité de soins. Il s'agissait, plutôt de malades, regroupés pour faire au plus vite et pouvoir répondre à un besoin en soin pressant et sans cesse croissant. Besoin exprimé dans des structures de soins insuffisamment modulables voire immuables dans leur architecture et leur organisation.

Dans leur contexte d'exercice difficile, tel qu'il nous a été donné de l'observer, les soignants ont accordé leur priorité aux difficultés rencontrées. La réponse aux besoins d'écoute et d'explication des malades était, par conséquent, insuffisante. Selon D. Dejours "toute conduite, toute posture, tout discours même lorsqu'ils paraissent aberrants pour l'observateur, extérieur ont toujours une légitimité", Dejours, (1998).

Les soignants étaient constamment confrontés à une situation de double contrainte. "Écartelés", entre le désir de prodiguer des soins personnalisés et la nécessité de gérer une quantité importante de gestes techniques , Estry- Behar (1990). Leurs possibilités se trouvaient, alors, très limitées dans un contexte organisationnel et spatial très absorbant en temps et en énergie.

30. Conclusion

Cette recherche a permis l'identification des principales contraintes psychosociales et organisationnelles subies en milieu de soins, ainsi que les principales attentes des soignants. Attentes en termes de soutien et d'amélioration de leur environnement professionnel. Elle a permis

également d'identifier le rôle déterminant de l'architecture hospitalière et de l'organisation des soins dans les difficultés rencontrées.

Les axes de prévention, seront donc basés sur ces contraintes et ces attentes afin d'arriver à déterminer les mesures prioritaires à mettre en place pour améliorer la qualité de vie au travail des soignants.

La stratégie d'action préventive, sera centrée sur les individus pour la prise en charge de leur souffrance psychique, et sur le milieu de soins pour améliorer les conditions d'exercice.

La démarche de prévention se doit d'être participative où les équipes sont directement impliquées dans l'identification et la résolution des problèmes qui contribuent aux tensions Veil(1991).

En conclusion : À l'hôpital plus qu'ailleurs, les personnels constituent un capital essentiel, leur rôle dépassant largement la seule exécution de tâches techniques pour s'élargir à la prise en compte du malade dans toutes ses dimensions humaines. Il n'est donc que légitime que ces mêmes personnels soient eux-mêmes aussi pris en compte dans leurs aspirations de façon que les conditions de travail offertes permettent d'allier l'efficacité des soins et leur propre épanouissement personnel.

31. Références bibliographiques

- [1]- Aminot I., Damon M.N. , Régression logistique: intérêt dans l'analyse de données relatives aux pratiques médicales. Revue Médicale de l'Assurance Maladie, volume 33n°2 avril /juin 2002.
- [2]-Bourbonnais R., Comeau M., Impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale des infirmières en centres hospitaliers au Québec, Département d'ergothérapie, Faculté de médecine et équipe de recherche Impacts sociaux et psychologiques du travail, Université Laval, 1997,79p.
- [3]-Dejours C., Travail: Usure mentale. Essai de psychopathologie du travail. Paris, Ed. Du Centurion, 1982.
- [4]- Estryn-Behar M., milanini G., Cantel MM. et al., Réaménagement d'une unité de soins intensifs cardiologie avec une méthodologie ergonomique participative. Arch. Mal. Prof 1995 :56(8) :624-34.
- [5]-Estryn-Behar M., Kaminski M., Peigné E. et al. (1990), Stress at work and mental health status. Br.J. Indust. Med., 47, 20-28.
- [6]-Estryn-Behar M., Bougniot C., Colleu C. et al. Apport de l'analyse ergonomique à l'amélioration des conditions de travail, d'accueil et de la qualité en radiothérapie. Documents pour le médecin du travail, 2000, 83, pp.225-231,41 TF 92.
- [7]-Estryn-Behar M. (1996), Ergonomie hospitalière. Théorie et pratique. Paris, Editions ESTEM, 568p.
- [8]- FanelloS., Ripault B., Heuze V. et al. Souffrance psychique liée au travail : étude réalisée chez 456 soignants d'un centre hospitalier universitaire, Arch. Mal. Prof. ; 2003, 64, n°2,70-76
- [9]-Lamara-Mahamed A. et al., Evaluation des troubles anxio-dépressifs chez le personnel soignant. XXII èmes Journées méditerranéennes internationales de médecine du travail .Barcelone, mai 2003.
- [10]-Pezet-Langevin V., Le burn out, conséquence possible du stress au travail, In: Neboit M., Vézina M, Stress au travail et santé psychique, Paris 2002, Octares, 99-109.
- [11]-Rocher M., L'ergonomie de conception: un défi pour l'hôpital, Travail et sécurité, mai98, n°572.
- [12]-Rodary C, Gauvin-Piquard A. Stress et épuisement professionnel. Objectifs soins, 1993, 16, p.26-34.
- [13]- Truchot D., Epuisement professionnel et burn out : concepts, modèles, interventions. éd. Dunod, Paris, 2004,261p.
- [14]-Veil C., Santé mentale en milieu de travail : conclusion du apport ; Arch. Mal. Prof., 1991, 52, n°4 :287-289.