



## Personnels soignants en milieu hospitalier

# Des performances sous perfusion

*C'est l'un des paradoxes de notre époque : on n'a jamais été aussi bien soigné alors que le secteur hospitalier n'a jamais autant frôlé la crise. Pas une semaine sans que les médias ne se fassent l'écho de difficultés auxquelles sont confrontés les personnels soignants, de conditions de travail toujours plus complexes... et de leurs conséquences éventuelles sur les patients, à l'image des erreurs de soins qui auraient provoqué la mort de deux enfants en bas âge en décembre 2008. La plupart des établissements de soins, qu'ils soient publics ou privés, tous les services, tout le corps médical para-médical (médecins, cadres infirmiers, infirmiers, aides-soignants, sages-femmes) sont touchés par ce malaise.*

*Les risques professionnels sont multiples : biologiques, chimiques, psychosociaux, TMS et lombalgies, exposition aux rayonnements... Mais deux prédominent : la charge mentale et les troubles musculo-squelettiques. Avec comme conséquence un taux d'épuisement professionnel et d'abandon prématuré du métier en nette augmentation. Comment est abordée à ce jour la prévention de ces différents risques ? Quelles actions mises en œuvre peuvent être reproduites sur le terrain pour préserver la santé des soignants ? Des questions de premier ordre, étant donné que la qualité des soins prodigués dépend pour une grande part des conditions de travail et de la santé du personnel...*

**Dossier réalisé par Céline Ravallec, avec Grégory Brasseur, Antoine Bondéelle et Delphine Vaudoux**

## État des lieux Une population en souffrance

**Stress, troubles musculosquelettiques, exposition à des agents biologiques et à des produits chimiques... sont autant de facteurs de risques professionnels pour les personnels soignants travaillant dans des établissements de soins. État des lieux d'un secteur en pleine mutation...**

**L**e médecin aura une bonne couleur et de l'embonpoint (...). Car la foule s' imagine que ceux dont le corps n'est pas aussi en bon état ne sauraient pas soigner convenablement les autres. » Ce descriptif par Hippocrate (IV<sup>e</sup> siècle avant J.-C.) de l'aspect physique du médecin est représentatif de l'image que l'on a toujours eue du personnel médical : des personnes vigoureuses, fortes, ignorant la détresse. Avoir une bonne santé doit être un impératif. Et l'est pour

tous les personnels soignants : pour eux, le malade, c'est l'autre. D'où une faible culture de prévention dans ce milieu, notamment dans le monde hospitalier. « Les soignants, médecins et paramédicaux, se préoccupent peu de leur santé : ils mangent mal, à des heures irrégulières, fument souvent et ne font pas ou peu de sport, du fait notamment d'horaires atypiques qui compliquent la pratique d'activités extra-professionnelles », constate Madeleine Estryn-Béhar,

médecin du travail ergonomiste. Les métiers de soins exposent pourtant à des risques d'accidents liés à la nature même de l'activité : accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques (AES) ou maladies transmises par voie respiratoire (cf. encadré), rayonnements ionisants ou non ionisants dans les services d'imagerie médicale (radiologie, IRM, scanner), risque chimique lié à la manipulation de produits (allergies aux désinfectants, au latex, aux anesthésiques...),

### Le risque biologique en milieu de soins

**P**armi les risques biologiques auxquels sont exposés les soignants, les accidents d'exposition au sang (AES) sont les plus étudiés. Le risque de transmission d'agents infectieux lors d'un AES met en jeu de nombreux germes véhiculés par le sang ou les liquides biologiques. En pratique, en France, on redoute surtout les virus des hépatites B et C et le VIH, du fait de la gravité des infections engendrées. Les infirmières sont les plus exposées, en particulier lors de l'utilisation d'aiguilles pour les perfusions et les prélèvements sanguins. S'ils sont bien étudiés et bien gérés grâce à des protocoles stricts, les AES ne sont pas pour autant complètement maîtrisés. Lors de la survenue d'un AES, il faut un avis médical si possible dans l'heure qui suit. « Cette prise en charge des soignants peut parfois être problématique, notamment dans les petites structures, qui ont moins facilement accès aux informations et protocoles », explique Marie-Cécile Bayeux-Dunglas, médecin et conseiller médical en santé au travail à l'INRS. D'autre part, le personnel ne peut pas toujours quitter son poste pour être rapidement pris en charge (sous-effectifs, travail de nuit...). » En complément des autres mesures préventives (précautions standard, vaccinations...), les matériels de sécurité ont été développés afin de contribuer à réduire les risques d'exposition au sang. « Néanmoins, la formation des soignants au bon usage de ces matériels est indispensable », poursuit Marie-Cécile Bayeux-Dunglas. Les personnels de soins sont par ailleurs soumis à d'autres risques biologiques. En effet, certaines maladies peuvent se transmettre par voie cutanée (la gale, par exemple) ou par voie respiratoire, ainsi la tuberculose,

la varicelle, la coqueluche... Pour s'en protéger, l'hygiène des mains a une place importante. Dans certains cas, le port d'un masque de protection respiratoire peut être nécessaire. Il convient alors de le choisir en fonction des risques encourus lors de l'activité, mais aussi d'être vigilant quant à son bon ajustement au visage pour offrir une réelle protection.

#### Pour en savoir plus

##### Web

- [www.geres.org](http://www.geres.org)  
Évaluation et prévention des risques AES
- [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)
  - Guide Eficatt Exposition fortuite à un agent infectieux et conduite à tenir en milieu de travail ([www.inrs.fr/eficatt](http://www.inrs.fr/eficatt)).
  - Media court sur l'hygiène des mains [www.inrs.fr/actus/LavageMains.html](http://www.inrs.fr/actus/LavageMains.html).
  - Media court sur le port des masques [www.inrs.fr/actus/AjusterMasque.html](http://www.inrs.fr/actus/AjusterMasque.html).
- [www.chu-rouen.fr/mtph/?page\\_id=1846](http://www.chu-rouen.fr/mtph/?page_id=1846)  
Fiches d'évaluation des risques biologiques en milieu de soins.

##### Brochure

- ED105 : Appareils de protection respiratoire et métiers de la santé (téléchargeable sur [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)).



lombalgies et troubles musculosquelettiques liés aux manutentions de malades. « C'est le secteur professionnel qui connaît le plus de lombalgies, devant le BTP. Un soignant sur cinq souffre de sciatique à 45 ans », présente Jean-Pierre Meyer, responsable du laboratoire Physiologie au travail à l'INRS. Ce qui représente un coût financier et une désorganisation lourde de conséquences. « Le no lifting (1) doit être encouragé au maximum. Des moyens de prévention existent », prône-t-il encore.

#### Des professionnels écartelés

Les abandons de carrière prématurés des personnels de soins témoignent par ailleurs de la crise que traverse le secteur. La mutation profonde de l'organisation du travail dans le milieu hospitalier, ces dernières années, a accentué les risques psychosociaux chez les personnels soignants. Manque d'effectifs, moyens insuffi-

sants, exposition récurrente à des incivilités voire à des agressions... autant de facteurs qui mènent certains à l'épuisement professionnel. Le secteur donne des signaux d'alerte. « Ça va tellement mal qu'on ne peut que remonter, désormais », a estimé le D<sup>r</sup> Jean-Claude Monfort, psychiatre et gériatre, lors d'un colloque « Souffrance et vulnérabilité du soignant » qui s'est tenu à Paris à la fin de l'année 2008. Les soignants, du médecin à l'aide-soignant, sont écartelés entre différents impératifs : être attentif aux patients et bien faire son travail, remplir les nouveaux objectifs de gestion en termes de qualité et de productivité, malgré des sous-effectifs. L'augmentation des tâches non sanitaires (gestion de prestations, saisie de données...) constitue autant de temps non consacré à la personne souffrante. Il y a un écart de plus en plus important entre les contraintes choisies (confrontation à la souffrance, à la maladie et à la

mort) et les contraintes subies (désorganisation des services, nécessité de polyvalence, sous-effectifs, insuffisance des transmissions entre équipes...). Le manque d'échanges entre collègues influe sur la qualité et la satisfaction du travail. « Un travail d'équipe insuffisant multiplie par six le risque de burn out », souligne Madeleine Estryn-Béhar. Les soignants sont également sous pression du fait de violences auxquelles ils peuvent être confrontés. Mais, aujourd'hui, une prise de conscience émerge. L'observatoire national des violences hospitalières, qui recense les déclarations d'agressions (800 enregistrées en 2005, 2 600 en 2006 et 3 500 en 2007), contribue à réduire le déni de la violence. Outre les souffrances individuelles, cette situation pose d'importants problèmes en matière de gestion des ressources humaines. L'absentéisme et ses conséquences en termes de désorganisation sont lourds. « Selon la Dares, la durée

*Le personnel soignant n'est pas épargné par les risques psychosociaux. Une bonne organisation du travail d'équipe contribue à limiter le burn out.*

*moyenne d'arrêt de travail d'un soignant en France est de vingt journées par an. Ce qui représente au total 75 000 postes par an en absentéisme... », précise Jean-Pierre Meyer. Pourtant, des solutions, résidant notamment dans l'organisation du travail, semblent être entre les mains des décideurs. Mais il existe un fossé entre ce que vivent les soignants et leur hiérarchie. Les directions semblent souvent ignorer la situation sur le terrain. L'heure est aujourd'hui à la prise de conscience que la santé du personnel est un capital de grande valeur à préserver en priorité. Mais il reste à mettre en place des actions de prévention institutionnalisées.*

1. Manutention assistée. Lire à ce sujet, l'interview page 30.

C.R.



## Prévention des TMS & lombalgies Des solutions existent

En 1999, un constat du CHSCT de l'hôpital Charles-Foix à Ivry-sur-Seine (Val-de-Marne) établit que 50% des accidents du travail résultent des manutentions de malades. Une réflexion à l'échelle de tout l'établissement est alors initiée par le médecin du travail pour améliorer cette situation. Dix ans plus tard, les résultats sont là.

La gériatrie est l'un des services les plus générateurs de troubles musculosquelettiques en milieu hospitalier. Les manipulations à répétition de patients sont à l'origine de lombalgies chez les infirmier(e)s et aides-soignant(e)s. L'hôpital gériatrique Charles-Foix d'Ivry-sur-Seine (Val-de-Marne) peut en témoigner. « À la fin des années 1990, nous avions douze équivalents temps plein absents en permanence », déclare le D<sup>r</sup> Laure Glomot, médecin du travail à l'hôpital Charles-Foix. Beaucoup de souffrances du dos recensées et une plainte générale se faisait jour. Le médecin du travail prend alors le problème à bras-le-corps. « Nous sommes partis de zéro pour établir le plan de prévention des TMS », explique-t-elle. Un état des lieux et des études sur les

gestes à risques et les besoins sont réalisés dans un premier temps. Trois grands axes d'action en ressortent : mettre en place une formation continue, acquérir des équipements d'aide à la manutention et repenser l'organisation du travail. « Il s'agissait d'un projet d'établissement, validé par tous les acteurs : direction, CHSCT, agents. Cette adhésion complète a été la clé de la réussite. Pourtant, au départ, la direction des soins a eu du mal à accepter l'action, il a fallu argumenter pour la convaincre », poursuit-elle. L'établissement s'est ainsi progressivement doté d'équipements d'aide à la manutention : lève-malades (mobile et sur rails), verticalisateurs, draps de glissement, lits et brancards à hauteur variable, chariots de douche. « Ce n'est pas parce que l'on s'équipe

d'outils d'aide à la manutention que l'on réduit le risque à zéro. C'est une aide technique, qu'il faut apprendre à manipuler, à utiliser avec discernement, en fonction des besoins », note Éric Larapédie, formateur préventeur. « L'achat d'équipements implique des investissements, bien sûr, mais moindres que ceux générés par des arrêts maladie ou par des accidents du travail. Le coût d'un lève-malade est amorti en deux ans et demi », poursuit Laure Glomot.

### 42% de lombalgies en moins

Dans le même temps, une action de formation continue à la manutention des malades par technique manuelle ou utilisation du matériel d'aide a été lancée en 2000 dans tout l'établissement. Quatre-vingts volontaires l'ont suivie, afin de devenir des formateurs relais au sein des équipes de soignants pour apprendre la bonne gestuelle. « Il ne faut pas perdre de vue que la manutention manuelle fait partie intégrante du soin et qu'elle peut être très douce lorsqu'elle est bien effectuée. On peut humaniser ces appareils, en tenant le patient, en lui parlant », souligne Éric Larapédie. « Les collègues sont demandeurs. Mais la théorie ne suffit pas, des démonstrations sont nécessaires pour

*L'utilisation des équipements d'aide à la manutention nécessite une formation continue et la présence, sur place, de formateurs relais.*

bien faire passer les messages », complète Olivier Poulin, aide-soignant et formateur relais. Ces actions conjuguées ont abouti à une baisse de 42% des accidents du travail dus aux manutentions manuelles, celles-ci passant en deuxième source d'accidents du travail, derrière les chutes et glissades. « Nous avons tous les ingrédients pour que cela fonctionne. Cela n'est pas le cas partout, il faut une volonté commune, un bon contexte avec un pilote très impliqué, un CHSCT convaincu et une direction en appui », résume Laure Glomot. Sur les 80 volontaires formés initialement, 35 sont encore dans l'établissement, continuant à dispenser les formations aux nouveaux arrivants. Au final, environ 500 soignants, dont les nouveaux embauchés, suivent chaque année au moins une formation ou un rappel au maniement des équipements. « Cette action s'est installée dans le temps, malgré les changements successifs de direction. Et aujourd'hui, le système s'auto-entretient », considère Laure Glomot. Désormais, la prévention s'étend à de nouveaux sujets. « Il y a une demande permanente de formation de la part des soignants pour maintenir leur niveau, notamment avec l'évolution des pathologies. Un des grands axes de travail concerne maintenant les manutentions de patients de forte corpulence », conclut Alain Hoppé, aide-soignant formateur relais.

C. R.

## Animateurs de prévention Un centre ressources pour la prévention des TMS

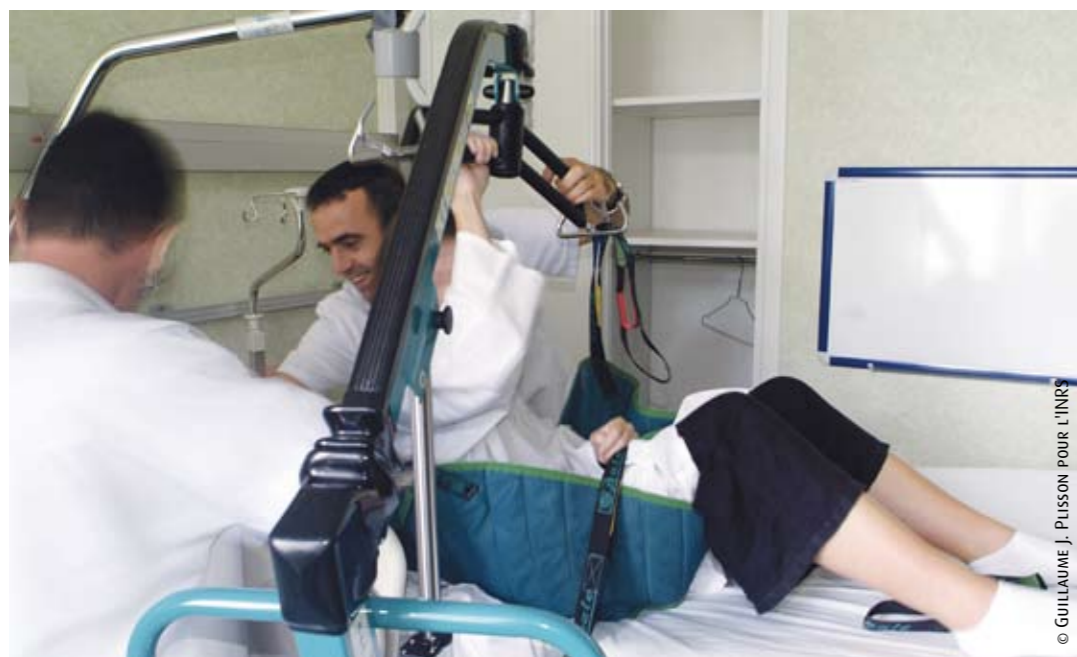
C'est un partenariat novateur dans les formations d'animateurs de prévention des établissements de soin. Avec la Cramif et l'Obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH)<sup>(1)</sup>, ainsi que deux fournisseurs de

un simple apprentissage de gestes ou de techniques de manutention », présente Jean-Philippe Sabathé, ergonomiste et formateur au groupe hospitalier.

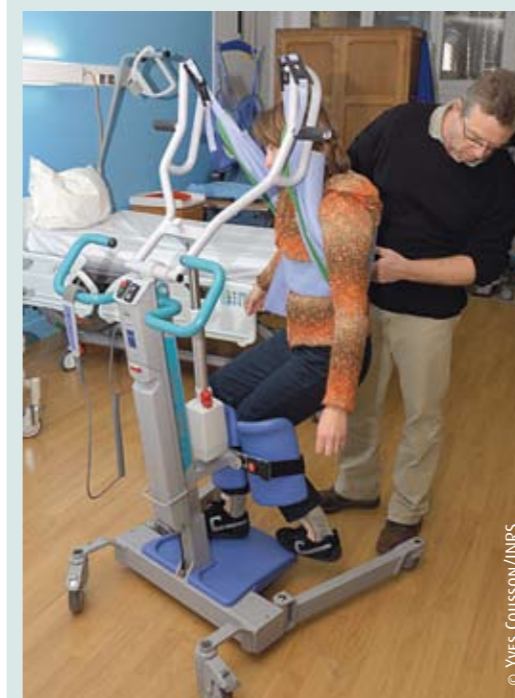
L'évaluation des animateurs se fait aussi bien sur leurs capacités pédagogiques que sur leurs capacités d'analyse des situations. Jean-François, rééducateur physique et animateur de prévention dans un centre spécialisé en Seine-et-Marne, se prête au jeu en tant que démonstrateur, avec Marjorie, manipulatrice radio et animatrice de sécurité, en tant que patiente, sur le verticalisateur : « L'objectif de cette utilisation est de transférer sans heurt un patient, même très handicapé ou malade, d'une chaise à la douche... Voyez le bouton d'urgence, en cas de panne... Faisons la manœuvre à vitesse réelle : tirez sur vos bras, Madame, ce n'est pas douloureux... » La formation dure treize journées. « Elle est très exigeante. Certaines directions d'établissement attendent une réelle amélioration de la prévention pour leurs personnels ; il s'agit de ne pas décevoir les uns et les autres », précise Martine Vandembroucke, contrôleur de sécurité et formatrice à la Cramif. Quatre sessions de formation sont prévues en 2009 : deux organisées avec l'OETH et deux avec la Cramif. Lors d'un bilan effectué à la fin de la dernière session, de décembre 2008, les stagiaires ont souligné « la grande qualité du programme, ainsi que la diversité et la richesse des interventions ». « La découverte de nouvelles idées et d'outils d'analyse ouvre des perspectives considérables, et parfois même permet d'envisager une reconversion totale vers une fonction de préventeur à temps plein. Des choix vite confrontés au travail et à l'organisation réels, lors du retour dans l'établissement », confie Raphaël, soignant et animateur.

1. Par la signature d'un accord de branche, la Croix-Rouge française, la FEHAP et le Snasea ont décidé de mettre en commun leurs ressources afin de développer une politique active en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés. Cet accord est conclu avec les organisations syndicales CFDT, CFTC, CGC, CGT et FO. Il est agréé depuis 1991 par le ministère du Travail.

A. B.



© GUILLAUME J. PUISSON POUR L'INRS



© YVES COUSSON/INRS

mobiliers spécialisés, Arjo Équipement hospitalier et HNE-Médical, le groupe hospitalier Saint-Joseph (Paris XIV<sup>e</sup>) met, depuis 2008, à disposition des animateurs de prévention des établissements de soins d'Île-de-France, une salle de formation équipée de matériels innovants pour la manutention sécurisée des patients : lève-personnes, verticalisateurs, draps de glissement... permettent de familiariser les formateurs aux nouvelles techniques de manutention. Mais l'intérêt essentiel de cette formation réside dans les questions que sont amenés à se poser les préventeurs sur l'activité de leurs collègues : comment observer, repenser, organiser le travail de façon à limiter au maximum les risques d'atteintes musculosquelettiques ? « Le stage s'appuie sur un programme théorique important : c'est la prévention de l'ensemble des risques liés aux activités physiques qui est visée, et non



## TMS et soignants La Grande-Bretagne réduit les manutentions manuelles

En Grande-Bretagne, la prévention des TMS chez les soignants fait l'objet de recommandations, largement adoptées par les directeurs d'hôpitaux. Interview d'Amanda James, conseillère en politique pour les soins de santé et l'action sociale au Health Safety Executive.

■ **Travail & Sécurité.** En matière de manutention des malades, quelles sont les pratiques en Grande-Bretagne ?

Amanda James, conseillère en politique pour les soins de santé et l'action sociale, HSE. Une personne compétente doit procéder à l'évaluation des besoins de chaque patient en matière de déplacements et de manutention. Cela permet de savoir

si les patients ont besoin d'aide pour se déplacer et de connaître le type d'assistance (personnel, équipement) dont ils ont besoin pour chaque mouvement. L'objectif est de réduire le risque d'accidents. Parmi les équipements souvent utilisés au Royaume-Uni, on peut citer : lève-patients, toiles, monte-charge, draps de glissement, planches de transfert. Par ailleurs, reconnu comme un bon moyen de réduire les risques liés à la manutention de patients, les lits électriques sont de plus en plus utilisés.

■ **On parle souvent de politique anti-levage. Quelle est la règle en la matière ?**

A. J. La réglementation de 1992 sur les opérations de manutention manuelle (*Manual Handling Operations Regulations*) impose aux employeurs un certain nombre de mesures à prendre afin de réduire les risques liés à la

manutention manuelle, mais n'impose pas de politique globale « anti-levage ». Les employeurs doivent simplement éviter les opérations de manutention manuelle dangereuses « autant que faire se peut »<sup>(1)</sup>. Suite à l'introduction de cette réglementation, les personnels soignants, les autorités locales et les hôpitaux ont adopté une politique « anti-levage ». Ainsi, en 1996, le Royal College of Nursing (RCN) affirmait : « *La manutention manuelle de patients est à proscrire, sauf situation exceptionnelle ou déléguée* »<sup>(2)</sup>. De fait, il est rare de voir un prestataire de soins de santé ou d'aide sociale ne pas utiliser d'appareil de levage ou d'autres équipements de transfert pour déplacer ses patients. Cela fait plusieurs années que l'usage de ce type d'équipements s'est généralisé. Plus récemment, l'attention s'est portée sur l'acquisition du lit d'hôpital le mieux adapté afin de réduire les risques liés à la manutention manuelle chez les soignants. Dernièrement, le HSE a lancé une campagne de sensibilisation aux risques liés à la manutention manuelle, et notamment au repositionnement des patients dans leur lit. Elle mettait l'accent sur les avantages des lits électriques, qui permettent de réduire les opérations de manutention manuelle à risque.

En Grande-Bretagne, la réduction des risques liés à la manutention manuelle passe par l'évaluation des besoins de chaque patient.

■ **A-t-on une idée du nombre d'accidents du travail ou de maladies professionnelles dus à des lombalgies dans votre pays ?**

A. J. Selon les dernières statistiques 2007/08, tous secteurs confondus, au cours des 12 derniers mois, environ 539 000 personnes en Grande-Bretagne estimaient souffrir d'un trouble musculosquelettique (TMS) dû à leur activité actuelle ou à une activité antérieure, ou accentuée par leur travail. Cela équivaut à 1,8 % des personnes en activité.

On estime à 8,8 millions le nombre de journées d'arrêt de travail (équivalent temps plein) pour cause de TMS. En moyenne, chaque personne souffrant de TMS a pris 16,4 jours d'arrêt de travail au cours des 12 derniers mois. Dans les professions spécialisées dans les services à la personne du secteur de la santé et de l'aide sociale, le taux moyen de TMS déclarés était estimé à 2,5 % des salariés.

1. L'expression « autant que faire se peut » signifie ici qu'il s'agit de mesurer les risques par rapport aux mesures nécessaires à mettre en œuvre pour les maîtriser. Pour démontrer que des mesures évitant le recours à la manutention manuelle de patients ne peuvent être mises en place autant que faire se peut, l'employeur doit être en mesure de démontrer que ces mesures de contrôle sont largement disproportionnées par rapport aux avantages qui découleraient d'une réduction des risques.

2. RCN Code of Practice for Patient Handling, 1996.

Propos recueillis par C. R.

## Risques psychosociaux Blouses blanches pour idées noires

En France, les hôpitaux manquent-ils de moyens ? Leur usage (notamment les urgences) est-il dévoyé ? Y a-t-il un problème chronique d'organisation ? Quelles que soient les réponses – variables selon les positions – apportées à ces questions, une chose est sûre : le personnel soignant souffre. Les conditions de travail sont source d'un profond malaise parmi toutes les catégories de personnel.



Avoir le couloir comme seul lieu de concertation rend les échanges difficiles.

On nous en demande toujours plus. On a parfois l'impression de se battre seul pour obtenir des moyens. La direction ne s'est pas rendu compte des problèmes liés aux sous-effectifs auxquels nous avons été confrontés, suite à une réorganisation des services », décrit Françoise, infirmière dans une clinique et tout juste revenue d'un arrêt maladie pour cause d'épuisement professionnel. Ce témoignage illustre le malaise d'un grand nombre de soignants en milieu hospitalier. Ces derniers

doivent aujourd'hui faire face à des contraintes paradoxales : volonté de soigner au mieux les patients, impératifs économiques, sous-effectifs, échanges insuffisants avec les patients et avec les collègues, manque de reconnaissance, climat de violence parfois présent...

De ce contexte naît un épuisement chronique à l'origine d'un fort taux d'abandon de la profession. « 33 % des infirmières ne finiront pas leur carrière », souligne Madeleine Estryn-Béhar, médecin du travail

ergonome et responsable pour la France de l'enquête Presst-Next (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail – *Nurses' early exit study*), tandis qu'un quart des élèves infirmiers ne terminent pas leur cursus. « Pourtant, les gens sont très fiers de leur métier et l'aiment profondément, poursuit-elle. C'est un véritable échec et une souffrance lorsqu'ils l'abandonnent. » L'enquête Presst-Next réalisée de 2003 à 2005 (cf. encadré, page précédente) a mis en évidence des facteurs d'insatisfaction chez les soignants : le manque de temps pour échanger aussi bien avec les patients qu'avec les collègues, le fait d'être trop souvent considérés comme des exécutants, un déséquilibre vie professionnelle-vie privée, le problème des sous-effectifs, particulièrement en long séjour ou en psychiatrie, avec ses conséquences sur la qualité des soins délivrés, des aménagements peu conçus pour faire face à la dépendance des malades, et un manque de reconnaissance. Mais des pistes d'action ont été parallèlement définies, comme « promouvoir un travail d'équipe multidisciplinaire, des temps de concertation suffisants et des transmissions sectorisées », détaille Madeleine Estryn-Béhar. Des actions de tutorat doivent être mises en place pour valoriser les différents acteurs. Les jeunes craignent de commettre des erreurs, sont plus victimes de violences, tandis que les anciens souffrent d'un manque de reconnais-



*Manque de reconnaissance, stress, sous-effectifs, la profession doit faire face à un fort taux d'abandon.*

sance de leur expérience. Le management intergénérationnel peut permettre à chacun de trouver sa place dans l'organisation hospitalière ».

### Faire face à la violence

Autre piste à envisager : redonner une plus grande place à la parole. « Les transmissions orales entre soignants ont été remplacées par l'écrit. La majorité des échanges dure de une à deux minutes, poursuit le médecin du travail. Cela a un impact sur le contenu du travail et sur la coopération entre professionnels. Il faut à nouveau accorder une place à la parole

pour redonner un sens au travail et fidéliser les soignants. Les espaces de partage d'informations sont souvent insuffisants. Avoir comme seul lieu de concertation le couloir rend les échanges difficiles et non satisfaisants. » La CRAM Languedoc-Roussillon a effectué en 2008 une enquête auprès de cinq établissements hospitaliers de la région pour étudier les temps de relèves cliniques et les conditions dans lesquelles elles sont réalisées<sup>(1)</sup>. Ces temps d'échanges sont essentiels dans la pratique des soignants, et par conséquent les conditions dans lesquelles ils se déroulent décisives. « Il en est ressorti que les locaux de



réunions sont parfois trop exigus, que les interruptions sont fréquentes, et que le personnel, notamment de nuit, s'avère souvent insuffisant », explique Jean-Louis Patry, contrôleur de sécurité à la CRAM. Ces résul-

tats devraient aboutir à des plans d'action dans les prochains mois. La confrontation aux situations de violence est un phénomène qui nécessite un accompagnement du personnel. Des actions commencent à voir le jour, mais pour l'heure elles se situent plus au niveau curatif que préventif. À l'image du CHU de Brest, qui réfléchit depuis un an à des actions pour prévenir le stress dans ses équipes. La prise de conscience s'est faite début 2008, suite à l'agression physique et verbale d'une équipe du Samu par la famille d'un patient qui n'avait pu être sauvé. « Nous réfléchissons à des actions à mener à trois niveaux, explique le D<sup>r</sup> Odile Bornhauser, pilote du groupe : accompagner les stress aiguës en favorisant les communications entre collègues et par des prises en charge spécifiques (entretiens médicopsychologiques) pour

ceux qui en font la demande ; accompagnement du stress chronique dans des groupes de parole animés par du personnel spécialisé et indépendant (psychologue du travail) ; enfin, la prévention du stress, sous forme de formations spécifiques. » Les premières actions devraient également être mises en place dans les prochains mois. Néanmoins, force est de constater qu'en matière de soutien et d'accompagnement, rien n'est encore véritablement institutionnalisé. « Après qu'on eut bénéficié pendant trois ans d'une psychologue à temps partiel attachée au service de médecine du travail, le poste a été supprimé dès qu'il a fallu

faire des économies. Je ne cesse de déplorer que le soutien psychologique des équipes en difficulté ponctuelle ou permanente ne soit pas organisé et se fasse à l'emporte-pièce, sans structure ni suivi », estime le D<sup>r</sup> Chantal Bernard-Scottez, médecin du travail au centre hospitalier de Calais. Si la prise de conscience est aujourd'hui réelle, une prévention de grande envergure reste donc encore à organiser et à coordonner.

1. Voir *Travail & Sécurité* n° 691, janvier 2009, page 13.

C. R.

*De plus en plus exposés à la violence, les personnels soignants devraient pouvoir bénéficier d'un soutien psychologique structuré.*

## Presst-Next : Une étude européenne

L'enquête Presst-Next (promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail - *Nurses' Early Exit Study*) a été réalisée pour l'enquête initiale entre octobre 2002 et juin 2003 dans dix pays européens auprès d'un échantillon représentatif (70% public - 30% privé) de près de 40 000 soignants, et jusqu'à fin 2005 pour l'étude longitudinale. Deux questionnaires de plus de cent questions (cursus professionnels, caractéristiques du poste, organisation du travail, fonctionnement des collectifs de travail, souhaits concernant l'avenir professionnel...) ont été envoyés à un an d'intervalle aux soignants restés dans le même établissement. Un questionnaire spécifique a été remis aux soignants ayant quitté durant cette période l'institution dans laquelle ils travaillaient. Il portait sur les raisons et les circonstances de leur départ et leurs projets professionnels. Pour la France, 5 376 soignants (sur les

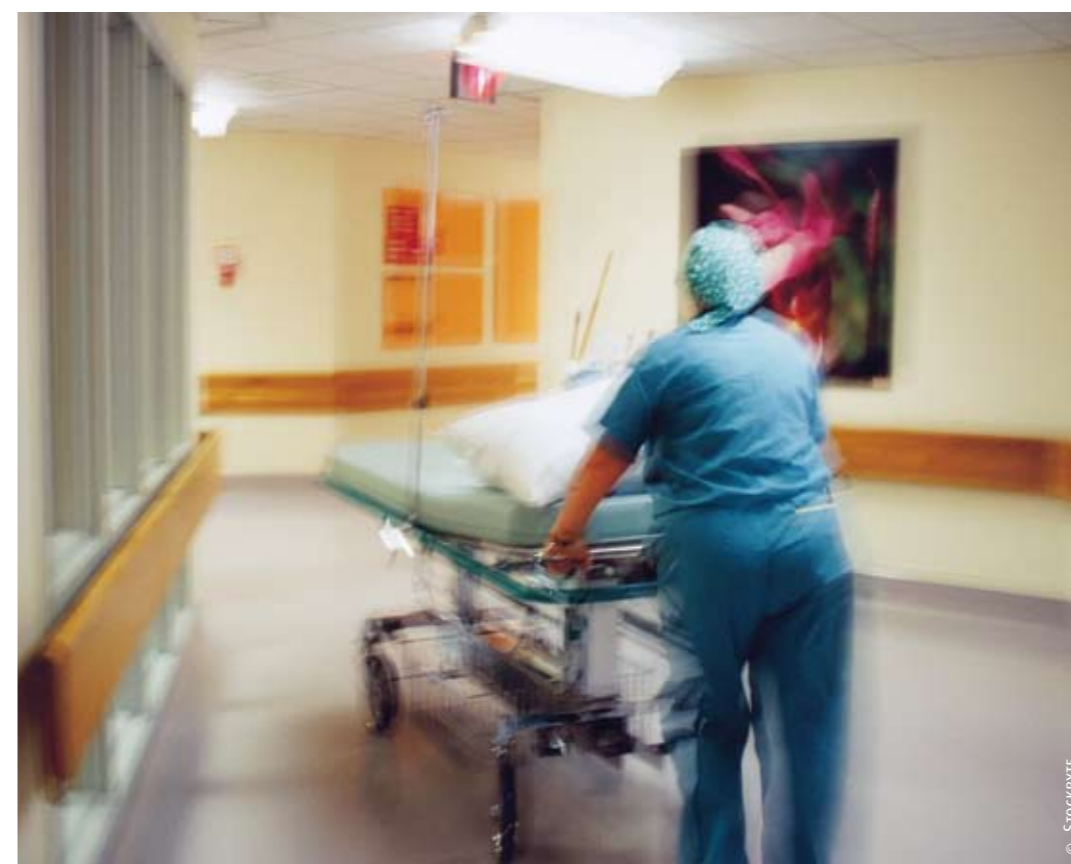
13 017 de l'échantillon représentatif) ont répondu au questionnaire initial, 2 627 soignants restés dans le même établissement ont répondu 12 mois plus tard et 208 soignants ont répondu au questionnaire spécifique, suite à un changement d'établissement. Au total, 49 établissements ont participé à l'enquête longitudinale.

Parmi les pistes de travail susceptibles d'améliorer les conditions de travail des personnels soignants, sont ressortis les points suivants :

- plus de travail d'équipe, de concertation et de soutien psychologique ;
- une meilleure transmission des informations entre paramédicaux et médecins ;
- un temps de chevauchement entre équipes suffisant ;
- plus de soutien et de proximité des cadres ;

- un développement du tutorat, de l'expertise soignante ;
- une architecture qui réponde aux besoins réels ;
- des choix intégrant la sécurité (revêtements de sols...) ;
- des bancs d'essai de matériel adaptés à la vie hospitalière ;
- un respect des connaissances chronobiologiques ;
- des analyses coûts/avantages intégrant la qualité de vie au travail ;
- une aide au logement, à la garde des enfants, à la pratique sportive et aux loisirs.

Une enquête similaire a été menée en 2007-2008 auprès des médecins (Sesmat). Les conseils régionaux d'Île-de-France et de Rhône-Alpes ont souhaité soutenir la conduite, par l'équipe Presst-Sesmat, d'expérimentations ergonomiques participatives innovantes.



## Pour en savoir plus

### Livres

- *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Madeleine Estryn-Behar, Presses de l'EHESP.
- *L'hôpital et la profession infirmière, une comparaison France Japon, Les voies de la modernisation*, Philippe Mossé, Maryse Boulongne-Garcin, Toshiko Ibe, Tetsu Harayama, éd. Seli Arslan, décembre 2008.
- *Outils pour les entretiens d'aide et de soutien psychologique*, Jean-Claude Monfort, Isabelle Hourdé ; éd. Heures de France.

### Sites internet

- [www.presst-next.fr](http://www.presst-next.fr)
- [www.souffranceedu-soignant.fr](http://www.souffranceedu-soignant.fr) : site du Groupe Pasteur Mutualité consacré à la souffrance des soignants.
- [www.geres.org](http://www.geres.org) : site du Groupe d'études sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux.
- [www.anmtp.fr](http://www.anmtp.fr) : site de l'Association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux.
- [www.oeth.org](http://www.oeth.org) : site de l'Obligation d'emploi des travailleurs handicapés.



## Rayons X Un paravent sur bras articulé

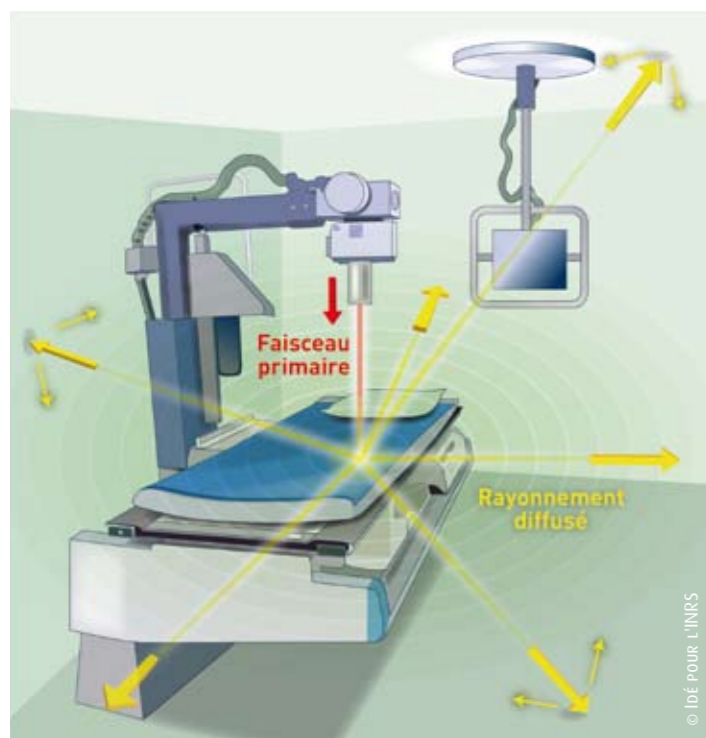
**Imperceptibles, les rayons X sont classés cancérigènes avérés par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). La clinique de Bercy, en région parisienne, s'est saisie du problème posé par leur utilisation et a trouvé une solution qui protège les intervenants en endoscopie interventionnelle : un paravent plombé, monté sur bras articulé.**

**I**l paraît que les rayons X ne sont pas si nocifs que ça ! », lance, avec un brin de provocation, un médecin, tout en enfilant son tablier de plomb et son cache-thyroïde, avant d'entrer dans la salle d'endoscopie interventionnelle de la clinique de Bercy, un établissement privé situé à Charenton-le-Pont (Val-de-Marne). « C'est une plaisanterie, relève Jean-Pierre Depay, contrôleur de sécurité à la Cramif. Mais c'est quand même révélateur de la mentalité des médecins. Ils sont avant tout tournés vers la santé de leurs patients qui, souvent, passe avant la leur... » La salle d'endoscopie dans laquelle le médecin date de 2005 et permet de réaliser des actes par voie endoscopique. À savoir des poses de prothèses métalliques (œsophage, duo-

dénium, côlon), des cholangiographies rétrogrades... autant d'interventions nécessitant l'utilisation de rayons X, pour des clichés radiologiques ou de radioscopie.

Lorsque cette salle d'endoscopie fonctionnelle voit le jour, Swann Bosc vient de prendre ses fonctions de directrice de la clinique. Auparavant directrice de la qualité et de la gestion des risques au sein du groupe Médipartenaire, c'est donc tout naturellement qu'elle demande à Daniel Broussard, également nouvellement arrivé, de réaliser une évaluation des risques, notamment liés à l'emploi des rayons X. « Il y avait alors pas mal d'accidents du travail dans cette clinique », remarque Jean-Pierre Depay. Daniel Broussard, chef de bloc endoscopie, membre du CHSCT et par ailleurs personne compétente en radioprotection, se penche donc sur les rayons X. « Le problème, c'est qu'ils ne sont pas visibles. Mais ils sont bien là : il y a le rayonnement primaire, dirigé sur le patient, nécessaire pour l'intervention. Et les secondaires, trop souvent méconnus. » Les rayonnements secondaires sont réémis par le patient, les murs de la pièce, la table d'examen, le plafond. « C'est également de ces rayonnements qu'il faut protéger le personnel soignant : le médecin endoscopiste, l'infirmière instrumentiste, le médecin

**Trop souvent méconnus, les rayons secondaires (jaunes) sont les rayons réémis par les éléments touchés par le rayon primaire (rouge).**



anesthésiste et le manipulateur radio... et quasiment toutes les parties du corps sont concernées. » Les effets des rayons X peuvent être classés en deux catégories : les effets déterministes (brûlures cutanées) apparaissant systématiquement à partir d'un seuil d'exposition et le plus souvent rapidement, et les effets aléatoires (cancers, effets génétiques) n'apparaissant que de manière aléatoire chez certains sujets.

### L'éloignement... pas toujours possible

L'analyse des risques met en évidence les moyens de prévention existants : un voyant rouge installé à l'extérieur de la salle d'endoscopie interventionnelle indique si elle est en fonction et donc en restreint l'accès ; des protections individuelles sont disponibles



### La clinique de Bercy

Située en proche région parisienne, la clinique de Bercy a été créée en 1972. Elle comprend 100 lits et est essentiellement spécialisée en chirurgie. 88 personnes équivalent temps plein y travaillent (ce qui représente une centaine de salariés), et environ 85 médecins interviennent à la clinique, la plupart en libéral.

et obligatoires à l'entrée de la salle (tablier et jupette de plomb, cache-thyroïde) ; un paravent plombé protège la console de pupitre... sans oublier les formations délivrées par Daniel Broussard et destinées à la fois au personnel permanent de la clinique

et aux personnes travaillant en libéral (essentiellement des médecins).

L'éloignement est toujours une mesure efficace, lorsqu'elle peut être appliquée. « Lors de l'intervention, le médecin anesthésiste peut se tenir à distance, au pupitre, derrière une vitre plombée, ainsi que le manipulateur radio, remarque Jean-Pierre Depay. En revanche, le médecin endoscopiste et l'infirmière doivent se tenir à proximité du patient pour travailler et sont plus exposés. » Les yeux, les mains et les avant-bras sont particulièrement exposés. Des protections individuelles sont disponibles, mais elles présentent des inconvénients : les lunettes de protection additionnelles qui apportent une bonne protection des yeux, mais s'avèrent trop lourdes à l'usage ; les lunettes de protection adaptées à la vue, mais dont le coût

**Le médecin et l'infirmière portent le tablier de plomb et le cache-thyroïde. Ils sont également protégés des rayonnements par le paravent en verre plombé sur bras articulé.**

à long terme aurait été trop important ; les gants et manchettes de protection font perdre beaucoup trop de dextérité aux utilisateurs.

### Connaître l'exposition aux rayons X

Une solution de protection collective se dégage : le paravent en verre plombé sur bras articulé fixé au plafond. « C'est la protection qui rencontre le moins de contraintes d'utilisation, souligne Daniel Broussard. Il a l'avantage de protéger les yeux et les membres supérieurs et de ne pas entraver les gestes. » Sous la partie en verre, une jupette de plomb permet au médecin de passer la main pour travailler. C'est une protection collective, facile à mettre en place ou à escamoter, orientable quelle que soit la position du patient. Le sol n'est pas encombré et le patient peut être vu à travers la vitre. Seul inconvénient : son coût. Réalisé sur mesure et à ce jour unique, d'après les dires du fabricant, il a coûté 8000 euros. « Il a été très facilement accepté par les équipes, souligne Daniel Broussard, et s'avère particulièrement efficace. » Les mesures parlent d'elles-mêmes : le poste de travail du médecin (à 50 cm

de la source) est exposé à 3800  $\mu\text{Sv/h}$  sans protection, contre 45  $\mu\text{Sv/h}$  avec le paravent mobile (sans tablier de plomb) et l'exposition tombe à moins de 2  $\mu\text{Sv/h}$  derrière le paravent avec tablier de plomb. Pour ce qui est du poste de l'infirmière, son exposition est de 420  $\mu\text{Sv/h}$  sans protection, 10  $\mu\text{Sv/h}$  derrière le paravent mobile (mais sans tablier), et semblable à celui du médecin (moins de 2  $\mu\text{Sv/h}$ ) derrière le paravent avec tablier de plomb.

Pour connaître l'exposition aux rayons X, chacune des personnes exposées est équipée d'un dosimètre au poignet permettant de connaître l'exposition locale et d'un dosimètre porté sous le tablier de plomb pour évaluer l'exposition du corps. Pour parfaire ses connaissances sur le sujet, Daniel Broussard a également installé un dosimètre d'ambiance dans la salle d'endoscopie interventionnelle. « Pour les personnes salariées permanentes de la clinique, nous avons une bonne connaissance des doses reçues, reprend Daniel Broussard. Sachant que 5 infirmières travaillent dans cette salle, elles sont exposées chacune à moins de 3 mSv par an au niveau des extrémités. » Pour les médecins endoscopistes qui travaillent en libéral mais aussi à l'hôpital, les doses sont connues autrement : il existe un dosimètre par personne et par lieu de travail. Quant à la dose totale sur douze mois consécutifs, elle est comptabilisée par l'IRSN.

Pour en savoir plus

• [www.inrs.fr/dossiers/radioprotection.html](http://www.inrs.fr/dossiers/radioprotection.html)

D. V.



## Patients-soignants

## Quand le relationnel intervient dans la prévention des risques

À quelques kilomètres de Bourg-en-Bresse, le « Villa Joie », centre de rééducation fonctionnelle spécialisé dans le handicap moteur, accueille depuis plus de vingt ans ses résidents dans une structure conçue pour recréer un environnement de village. Entre le personnel, confronté à un travail physiquement usant, et les occupants des lieux, des liens solides se sont tissés. Liens dont il faut tenir compte pour prévenir les risques psychosociaux.

Ils ont entre 22 et 70 ans. Tous sont handicapés. Pour un tiers, ils sont arrivés ici suite à un accident, un autre tiers souffrent d'une maladie évolutive et les derniers sont infirmes cérébraux moteurs depuis la naissance. À Saint-Just-en-Bugey (Ain), ils vivent ensemble dans ce qu'ils appellent leur « village ». Ouvert en 1986 à l'initiative de l'Association de fraternité pour les handicapés physiques, le « Villa Joie » est un établissement de plain-pied de 3 000 m<sup>2</sup> organisé en structure pavillonnaire. Les appartements des résidents sont reliés entre eux par des galeries vitrées qui traversent la forêt. 70 employés (médecins, infirmières, aide-soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes), équivalant à 56,27 temps plein, y travaillent, dont une large majorité

de femmes. « Nous avons peu de turn-over. Les salariés « vieillissent » avec les résidents, constate Gérard Faure, le directeur de l'établissement. Si les retours à domicile sont possibles, lorsque le patient a récupéré une certaine autonomie et qu'il dispose d'une aide et d'une structure adaptées chez lui, ceux-ci restent rares. Une place disponible, c'est souvent quelqu'un qui décède. » Depuis son arrivée il y a cinq ans, le directeur a vu quatre personnes être déclarées en invalidité, suite à des problèmes de dos. « Le personnel est par ailleurs confronté aux lombalgies et troubles musculo-squelettiques, explique-t-il. Les accidents du travail sont nombreux. » L'année dernière, trois arrêts longue maladie ont été enregistrés. « Le métier use. Les résidents ont des mouvements

involontaires qui peuvent surprendre et être à l'origine d'accidents », poursuit Gérard Faure. L'établissement accueille également quatre séjours temporaires, des patients qui viennent chaque année pendant des périodes courtes, pour soulager les familles, ainsi que d'autres, issus d'échanges avec des centres de même type. Ces patients, moins connus des équipes soignantes, sont potentiellement plus « difficiles », même s'ils donnent l'opportunité de voir de nouvelles têtes. Le village s'anime. Les amitiés se créent.

#### Faire aussi accepter le matériel aux résidents

« Il y a cinq ans, l'établissement utilisait peu de lève-personnes et une partie du matériel était obsolète. Un contrat de prévention portant sur 3 ans a été passé avec la CRAM Rhône-Alpes en 2005, pour le financement d'équipements prévenant les risques liés aux manutentions », explique Jean-Michel Odoit, contrôleur de sécurité à la CRAM Rhône-Alpes. L'établissement a ainsi bénéficié de subventions à hauteur de 20% pour l'achat de quatre verticalisateurs, six lève-personnes, quatre chariots douche et plusieurs sièges ergonomiques, utilisés en salle de repas. C'est l'ergothérapeute du village qui a fait le tour du personnel afin que chacun puisse exprimer

L'établissement a acquis des équipements d'aide à la manutention, dont six lève-personnes.

ses besoins et ses difficultés. De la sorte, des solutions adaptées et sur mesure – chaque situation de handicap étant unique – ont pu être mises en œuvre. Trois personnes ont également été formées par l'INRS à la prévention de risques liés à l'activité physique. Thierry Lebeau, aide-soignant, est l'un d'entre eux : « Nous avons pu tester le matériel, bien sûr validé par les équipes médicales. Aujourd'hui, les formations se multiplient, que ce soit pour les nouveaux arrivants ou pour les personnels présents depuis longtemps, mais qui peuvent avoir besoin d'une piqure de rappel. Le verticalisateur, par exemple, nous évite des transferts inutiles. Les draps de glissement nous soulagent lors du déplacement du patient vers le lit douche », explique-t-il.

D'une façon générale, l'utilisation des différentes aides techniques doit entrer en correspondance avec le potentiel d'autonomie de la personne. Pour un résultat efficace, les questions relatives au stockage de ce matériel, à son encombrement, aux possibilités de circulation et à sa compatibilité avec le reste des équipements doivent avoir été abordées. Il faut également se donner le temps d'entendre chacun pour changer les habitudes... avec tact. Le chariot de toilette, par exemple, n'a pas remporté l'adhésion de tous. Certains ont déclaré qu'ils ne l'utiliseraient pas. D'où l'importance de bénéficier d'une période de test dans l'établissement. Peut-être les plus réticents seront-ils convaincus plus tard. Dans



© YVES COUSSON/INRS

Dans cet établissement, le turn-over est limité, tant au niveau des salariés qu'au niveau des patients. Entre les deux, les liens sont forts.

médecin du travail. On ne peut pas évoquer les manutentions sans prendre la mesure de l'écart entre la théorie et la pratique. Si un résident tombe sous la douche, le premier réflexe du soignant sera de lui venir en aide, pas de se soucier de savoir s'il fait le bon geste pour le relever. Nous travaillons avec des personnes fragilisées, que nous connaissons bien. La charge mentale est lourde. »

De plus, certains résidents sollicitent beaucoup les aidants, qui sont également confrontés aux familles, dans le quotidien ou dans le cadre d'événements plus dramatiques. Le fait de se connaître et d'avoir pris des habitudes de vie ensemble est confortable, mais c'est en même temps une faiblesse. « Quand je travaille avec les résidents, je vois l'humain, pas le handicap, poursuit Gilbert Maffiolo. Ce n'est que quand l'état de la personne se dégrade, parfois de façon soudaine, que celui-ci réapparaît violemment. » Fin 2008, le « Villa Joie » a bénéficié d'un audit sur les risques psychosociaux grâce à l'Obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH)<sup>(1)</sup>. Bientôt, l'établissement aura en main un diagnostic sur le stress, la démotivation, l'usure... Des résultats très attendus pour pouvoir envisager d'autres pistes de prévention.

#### La place des rapports humains

« Une fois par mois, un psychologue vient voir le personnel pour que chacun verbalise la souffrance, dans le cadre d'un groupe d'analyse des pratiques professionnelles, explique Gilbert Maffiolo, kinésithérapeute et membre du CHSCT. Ce groupe de parole est important car il existe un décalage entre ce que l'on observe et ce que les équipes peuvent dire à une personne extérieure ou au

l'esprit des soignants, l'utilisation d'une aide technique ne fait pas systématiquement partie intégrante du soin. Elle peut être synonyme de perte de temps et de retard dans le travail. « Les cinq minutes perdues d'un côté sont gagnées en termes de santé. L'aide technique est un outil pour l'aidant, précise Martine Perret, aide soignante au « Villa Joie » depuis 21 ans. Dans notre travail, il est important d'éviter les transferts inutiles qui génèrent de la fatigue physique. Sur un autre plan, il est fondamental de faire accepter l'aide à la manutention aux résidents. » Telle est la règle : ne jamais parler de confort du personnel sans envisager celui des

1. Cf. note page 29.



## Urgences

## « Renforcer la notion d'équipe »

Porte d'entrée des établissements hospitaliers, les urgences sont un lieu de grande vulnérabilité pour les personnels soignants. Elles exposent en effet à de multiples risques physiques et psychosociaux. Entretien avec Marc Bernard, praticien hospitalier médecin urgentiste au centre hospitalier de Saint-Quentin (Aisne).



### ■ En quoi ce dernier point constitue-t-il une pression pour les personnels soignants ?

**M. B.** Comme la prise en charge initiale des patients a lieu aux urgences, c'est là que doit débuter la procédure. La pression administrative est permanente pour la qualité du dossier, la saisie des actes effectués, le rendu du travail, le budget... À titre d'exemple, il faut déclarer à notre administration les événements « indésirables », comme une agression. Plus personne ou presque ne le fait. Pourquoi y consacrer du temps, quand cela consiste quasiment à se justifier et sans aucun retour personnel sur cette procédure ni sur les mesures prises ? L'ensemble de ces pressions aboutit à la longue à un épuisement professionnel qui touche tout le personnel urgentiste, à un moment ou à un autre. Une véritable détresse est en train de se généraliser dans tous les services d'urgence.

### ■ Face à ce constat, quelles pourraient être les pistes pour une meilleure prévention ?

**M. B.** En premier lieu, sans aucun doute, améliorer la formation en l'adaptant aux spécificités du monde urgentiste, comme la gestion des situations de violence. Ce type de formation est préconisé pour les équipes soignantes, mais les médecins pratiquent singulièrement la politique de la chaise vide.

Or, il est indéniable que des situations de violence ne peuvent se gérer qu'en équipe, avec le médecin en chef d'orchestre. Dans cette notion d'équipe, la présence 24h/24 de paramédicaux spécialisés – infirmier(e)s à orientation psychiatrique qui interviennent précocement pour désamorcer les situations à risque – peut grandement soulager les tensions dans un service d'urgence.

D'une façon générale, il paraît essentiel de renforcer le travail en équipe. C'est également vrai pour le risque médico-légal. Il faut pratiquer une démarche diagnostique commune sur les cas « difficiles », faire en sorte que l'organisation permette la relecture des dossiers... Mais encore faut-il un effectif médical suffisant. Et pour prévenir l'épuisement professionnel, il paraît indispensable que se développent des structures d'écoute et d'accompagnement : numéros de téléphone ou consultations délocalisées par rapport au lieu de travail.

Une véritable évolution hospitalière doit, enfin, être envisagée. Si les textes existents pour améliorer le fonctionnement (disponibilité en lits, contrats interservices...), ils ne sont pas appliqués. Que l'organisation mise en place soit véritablement centrée sur le patient et permette au médecin de faire son travail, à savoir diagnostiquer et soigner. Il faut avant tout se poser la question de l'intérêt pour le patient et pour le médecin, et non pour l'organisation hos-

pitalière. Il devient impératif de désamorcer cette bombe que représente aujourd'hui la pression administrative.

Propos recueillis par C. R.

### Quelques chiffres

- 420 actes de violence ont été déclarés dans des services d'urgences en 2006 et 507 en 2007 (1). 90 % d'entre eux constituaient des atteintes aux personnes (55 % d'injures, insultes, menaces de mort ; 43 % de coups et blessures sans arme et menaces avec arme). 46 % d'entre eux ont eu lieu entre 18 h et 1 h du matin.
- Une étude réalisée par l'équipe des urgences du CHU de Caen a montré que ces violences ont pour principales sources l'alcool et autres toxiques (83 %), les délais d'attente (78 %), le pic d'activité (72 %).
- La prise en charge et l'accompagnement du personnel ne sont pas formalisés : une étude sur la violence en SMUR d'Ile-de-France a montré qu'aucune des agressions observées n'avait bénéficié d'un suivi psychologique post-traumatique.

1. Source : Observatoire national des violences en milieu hospitalier.

### Pour en savoir plus

- [www.efurgences.net/index.php/gestion-urgence/29-gestion/116-articles-violence](http://www.efurgences.net/index.php/gestion-urgence/29-gestion/116-articles-violence).

### ■ Travail & Sécurité. Aux urgences, le temps est accéléré, tout doit aller très vite. La spécificité de ce service engendre-t-elle plus de risques ?

**Marc Bernard, médecin urgentiste.** Il y a quatre grands types de risques aux urgences. En premier lieu, ce sont les violences, venant essentiellement des patients ou de leur entourage. Les menaces, verbales ou physiques, laissent souvent

des marques durables chez les soignants. La violence est une préoccupation majeure pour les infirmières des urgences, d'autant plus qu'elle touche à l'image de leur profession et à l'estime de soi.

Le deuxième risque est l'épuisement professionnel. Les causes en sont multiples et intriquées : pressions des usagers, des confrères ou collègues, de l'administration... La non-reconnaissance de son

investissement professionnel est parfois dure à encaisser : nuits de garde, diagnostics difficiles, situations humaines éprouvantes... pour que ça se termine par des remarques vexatoires comme « *On peut mourir, ici !* ». Le médecin peut se sentir très seul. À qui en parler ? Pas à ses collègues ! Ce qui peut mener à des « bricolages » thérapeutiques (anxiolytiques, conduites addictives...) pour tenir le coup au travail.

Un troisième risque concerne la question médico-légale : l'urgentiste est en première ligne dans ses diagnostics. Il se retrouve en permanence exposé à de possibles plaintes. La pression institutionnelle est très présente et ne fait que s'accroître. Il s'agit des contraintes liées au fonctionnement hospitalier, notamment à la politique sécuritaire avec des normes de plus en plus drastiques, des protocoles, des procédures...