



Santé des personnels en milieu hospitalier, qualité des soins et contraintes budgétaires

Christophe Seguin*
Médecin
de santé publique

Les événements tragiques qui touchent les professionnels travaillant à l'hôpital font prendre conscience collectivement du fait qu'une partie de l'hôpital est en souffrance. Le ministère de tutelle a répondu à cette situation par une « Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail : prendre soin de ceux qui soignent »¹. Cela après la timide introduction de critères de qualité de vie au travail dans le référentiel d'évaluation de la qualité hospitalière de la Haute Autorité de santé. Il en faudra sûrement plus pour sortir de la nasse dans laquelle nous sommes entrés, mais la reconnaissance du problème est un bon début pour amorcer une analyse des causes et une ébauche de solutions.

Le mal-être au travail, un problème partagé

Les problèmes au travail retentissent sur la vie quotidienne. En France, les enquêtes de l'Insee sur la satisfaction de vie en général montrent que « les actifs occupant un emploi et en situation de mal-être au travail sont également plus fréquemment ceux qui déclarent une moindre satisfaction » [45]. La situation de mal-être professionnel n'est pas propre à la France. Différentes enquêtes dans le monde mettent en évidence la place

croissante des signes de mal-être professionnel ou de burn-out. Une récente enquête menée dans quinze pays (Baromètre Edenred-Ipsos 2016 « Comprendre et améliorer le bien-être au travail ») met en évidence un taux de satisfaction au travail de 70 % pour l'ensemble, les données françaises étant un peu inférieures à 67 %.

Le mal-être des professionnels de soins dans les autres pays

Pour ce qui concerne le monde hospitalier, de nombreuses enquêtes montrent que les infirmiers et les médecins sont concernés par ce problème. Pour les médecins, une étude de 2011 portant sur 25 000 médecins aux États-Unis [97] met en évidence au moins un signe pré-curseur de burn-out chez près de 46 % des répondants (selon une échelle d'évaluation internationale, MBI, lire encadré 2), soit un score largement supérieur à celui de la moyenne de la population générale (28 %). Ce score est encore augmenté de 9 points dans une étude plus récente de la Mayo Clinic (fédération hospitalo-universitaire et de recherche américaine). D'autres exemples existent en Europe ; le National Health Service (NHS, système de la santé publique du Royaume-Uni), de son côté, ayant pris la mesure du problème, a mis en place des formations et des supports pour prendre en compte le bien-être au travail dans les institutions de soins.

1. Conférence de la ministre chargée de la santé du 5 décembre 2016.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.

Quelques approches des risques psychosociaux et du burn-out

Définition des risques psychosociaux (RPS) du ministère du Travail (2015) : « Les risques psychosociaux sont à l'interface de l'individu et de sa situation de travail d'où le terme de risque psychosocial. Sous l'entité RPS, on entend stress mais aussi violences internes (harcèlement moral, harcèlement sexuel) et violences externes (exercées par des personnes extérieures à l'entreprise à l'encontre des salariés). »

Christina Maslach : « Le burn-out se traduit par un état d'épuisement professionnel (à la fois émotionnel,

physique et psychique) ressenti face à des situations de travail "émotionnellement" exigeantes. »

Freudenberger Herbert J. : « En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte. »

* L'auteur de cet article écrit à titre personnel. Ses propos n'engagent donc que lui. Compte tenu de l'ampleur du sujet, le choix a été fait d'apporter un éclairage sur la vie au travail et de cibler les professions médicales.

La mesure du burn-out

Le questionnaire le plus fréquemment utilisé pour évaluer le burn-out est le MBI échelle de Maslach, qui explore trois versants : l'épuisement, la dépersonnalisation, l'accomplissement personnel. Un deuxième questionnaire est également utilisé, le CBI, qui comprend trois échelles :

l'une cible le burn-out personnel ressenti, l'autre le burn-out lié au travail, la troisième le burn-out lié à la relation d'aide. Ces questionnaires sont disponibles en ligne pour réaliser des autotests.

Qu'en est-il dans les hôpitaux français ?

Le constat d'un mal-être et le niveau du risque de burn-out

Plusieurs enquêtes ont été menées dans les années 2000, en particulier par M. Estry-Béhar et ses collaborateurs, dans des hôpitaux français à partir de données d'évaluation internationales (enquête NEXT-PRESST). Pour ce qui concerne les infirmiers, elles montrent que le tiers d'entre eux ne vont pas jusqu'au bout de leur carrière et qu'une partie des causes mises en évidence sont en lien avec les conditions de travail (le manque de soutien psychologique, la pression temporelle, la dégradation des conditions de soins, le nombre insuffisant de personnels, les attentes professionnelles non satisfaites, le manque de temps pour les soins). Les mêmes enquêtes montrent que les trois facteurs clés de satisfaction restent la relation soignant-soigné, le travail d'équipe, l'organisation du travail et la qualité des soins. Pour ce qui concerne les médecins hospitaliers, les enquêtes ont montré que ces derniers sont pour une part également en état de souffrance professionnelle (enquête SESMAT 2008). Le baromètre social réalisé par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris en 2013 montrait un climat satisfaisant en moyenne mais une baisse de motivation des professionnels, dont les médecins. Les attentes exprimées par ces derniers portaient sur la reconnaissance du travail et les conditions matérielles de travail. Ce qui est inquiétant est que la situation s'est dégradée, comme le constat en a été fait dans les autres pays. Une enquête plus récente, réalisée en juin 2016 dans un CHU parisien, donne des résultats qui confirment la tendance. Un tiers des répondants ont été classés dans un groupe « atteinte à la santé » (au moins un des critères suivants retrouvé : usé ou au bout du rouleau en se levant le matin, angoissé avant d'aller au travail, sensation d'être tout le temps dépassé par les événements ou noyé, jamais la possibilité de se détendre et de se déconnecter du travail après la journée de travail, impression de tout le temps mal faire son travail, projets ou idées suicidaires à cause du travail (au cours de la vie), en burn-out actuellement) et 43 % en risque psychosocial (ayant répondu « tout le temps » à « charge de travail trop importante » ou à « manque de reconnaissance du travail » et en situation de conflit).

Y a-t-il des causes identifiables à ce mal-être ?

Les enquêtes de M. Estry-Béhar, citées plus haut, ont bien mis en évidence que le manque de travail d'équipe, les conflits entre activité professionnelle et vie familiale, l'intensité du travail (plus que la durée du travail) sont des facteurs qui augmentent les risques psychosociaux et partant celui du burn-out. La plupart des études montrent l'importance de la qualité de travail en équipe et du « management ». Comment en est-on arrivé là dans l'hôpital, qui devrait être le creuset du travail collectif ?

Le premier constat est que l'hôpital a connu une succession de réformes. La plupart sont importantes et

justifiées au regard des objectifs de qualité et de sécurité des soins, et d'utilisation rationnelle des moyens de l'hôpital. Le problème est que les conditions de travail n'ont pas été revisitées à l'aune de ces réformes (de nombreux papiers et livres traitent de ce « new management public » appliqué à l'hôpital et de ses conséquences). Les professionnels ont dû s'adapter encore et encore, ce qui explique que le moindre changement aujourd'hui les met au bord de la rupture.

Les médecins, comme les autres salariés dans les entreprises, sont confrontés à l'intensification de leur activité (diversité des tâches, médicales et non médicales, et « défi de productivité » tout en devant maintenir une performance sur les résultats). La notion de la charge de travail est au premier plan (impression d'être débordé, d'avoir trop de travail, d'avoir une activité qui déborde le temps de travail lui-même) plus encore que celle du temps de travail (Bartoli et Rocca) [14].

Par ailleurs, les médecins hospitaliers se sentent « corsetés » dans leur activité. Alors qu'ils déclarent aimer prendre en charge des patients, le contact avec eux, ils se plaignent d'être distraits de cette activité clinique, qui est le cœur de leur engagement, pour faire beaucoup de tâches et en particulier des « tâches administratives » sans pouvoir rééquilibrer leur activité². Or les études en sociologie du travail ont bien montré que la marge de manœuvre dont chacun dispose sur l'organisation pour atténuer les effets de la charge de travail est essentielle pour atteindre un équilibre entre les contraintes imposées et les valeurs professionnelles (Raveyre et Ughetto) [14]. Une latitude décisionnelle faible ou le ressenti d'absence de pouvoir sur son activité étant générateur de souffrance au travail.

Enfin, les conflits ou les difficultés relationnelles sont des facteurs aggravants. Il y a des conflits entre des directions et des médecins, mais il y a aussi des conflits entre médecins eux-mêmes. Dans un nombre de situations non négligeable, ces conflits sont en lien avec la survivance des rapports de pouvoir qui étaient acceptés ou subis il y a encore dix ou vingt ans mais qui sont aujourd'hui vécus comme insupportables. Ce qui pouvait passer pour « culturel » il y a vingt ans se transforme maintenant en « folklore » inacceptable.

En fait, la pression sur la production des soins, que la mise en place de la T2A³ a accélérée, n'a fait que révéler le fait que les professionnels de soins hospitaliers sont dans une situation de tension. Cette dernière atteint son point de rupture. Les adaptations que les professionnels de soins ont mises en place au cours du temps pour répondre à leur mission dans des condi-

2. Rapport final intitulé Exercice médical à l'hôpital, Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG), septembre 2011.

3. La tarification à l'activité (T2A) est le mode de financement unique des établissements de santé, publics et privés. Lancée en 2004 dans le cadre du plan Hôpital 2007, elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses.



tions qui répondent à leurs attentes et valeurs ne sont plus opérantes. Leur « autonomie dans les zones mal réglementées de l'organisation » s'est réduite comme peau de chagrin. Autrement dit, le management, censé être le lien entre le travail conceptualisé par les responsables et le travail réalisé par les acteurs de terrain, n'est pas opérant.

Le film de Jérôme Le Maire, *Burning Out. Dans le ventre de l'hôpital* (inspiré du livre de Pascal Chabot, *Global Burn-out*, et tourné dans un bloc opératoire parisien), illustre bien les tensions qui existent entre les désirs d'action parfois contradictoires des différents professionnels dans une unité de lieu qui rassemble des corps de métier différents, dans un contexte de tension sur les moyens humains disponibles (sortie en salle en mai 2017).

Cette situation est donc inquiétante, d'autant plus qu'elle interroge sur la qualité des soins qui sont délivrés aux patients dans un tel contexte.

Les liens avec la qualité des soins

T2A et qualité des soins, T2A et mal-être des professionnels de l'hôpital

On est rapidement tenté de mettre en cause la T2A, qui a induit un productivisme qui n'existait pas quand l'hôpital était financé par un budget global. Le principe d'équilibre budgétaire s'est en effet inversé quand on est passé du budget global (l'ajustement se fait sur une baisse d'activité) à la T2A (l'ajustement se fait par l'augmentation de l'activité facturable). Le prologue du rapport Véran [67] illustre parfaitement cette situation (cf. encadré ci-dessous). Toutes les études montrent que l'activité s'est accrue (la baisse de la durée moyenne de séjour atteste à elle seule de l'intensification de l'activité) avec un retentissement sur le travail des équipes médicales et paramédicales, sans oublier les équipes administratives et techniques.

Le rapport Véran comme celui du Sénat (25 juillet 2012) rappellent qu'il n'y a pas d'études qui mettent en

évidence de façon franche une incidence sur la qualité des soins. Pas plus en France qu'à l'étranger. Une revue de la littérature réalisée sur ce sujet en 2012⁴ montre qu'aucune étude publiée n'est concluante et que les résultats peuvent même être contradictoires. Ce qui ressort le plus franchement est le risque potentiel pour les plus vulnérables (malades psychiatriques, personnes âgées) de sortir de l'hôpital avant d'être à l'équilibre, avec un risque de réhospitalisation non programmée, voire de décès prématuré. Pour sa part l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), dans un document de 2012, rappelle que « *la T2A ne récompense pas les fournisseurs de soins dans le but d'améliorer la qualité* ».

Par contre, dans ces rapports, il n'est pas fait mention du retentissement sur les professionnels de soins de la T2A. Seul le rapport Véran préconise d'ajouter des indicateurs de satisfaction des personnels aux indicateurs de qualité pris en compte dans le financement des hôpitaux.

Mal-être des professionnels et qualité des soins

En ce qui concerne le lien entre le mal-être des professionnels et la qualité des soins, les données sont encore partielles. Les enquêtes rapportent le ressenti des professionnels concernés, qui s'accordent sur une baisse probable de la qualité des soins voire sur un risque accru pour les patients liés à des phénomènes comme une baisse d'attention... Une revue de la littérature dans ce domaine a été réalisée pour la HAS et publiée en janvier 2016 [42]. De nombreuses études montrent les liens entre conditions de travail, sécurité et satisfaction des patients et résultats de santé.

Une étude menée dans des unités de soins intensifs de 48 hôpitaux met en évidence un lien entre burn-out et mortalité, sans que les auteurs puissent toutefois conclure sur ce qui est cause et ce qui est conséquence.

4. Amani Ziani Aouaz. L'Impact de l'utilisation de la T2A sur la qualité et l'accès aux soins en France. Thèse Paris 8, mars 2013.

Témoignage d'un chirurgien orthopédiste*

« Je m'en souviens comme si c'était hier. Mon directeur me convoque – c'était en novembre – et m'informe que tout le budget alloué au service d'orthopédie étant consommé pour l'année, je devais limiter les poses de prothèses aux vraies urgences et repousser le programme à l'année suivante. C'était ça, le budget global.

La T2A, ça a été l'inverse : plus on opérait, mieux c'était... Ensuite, on nous a demandé de garder les malades moins longtemps... Le problème, c'est quand on a commencé à voir apparaître des objectifs d'activité basés non plus sur les besoins estimés de la population, mais sur des critères médico-économiques... Là où je dis

qu'il y a un problème, c'est quand on parle davantage de durée moyenne de séjour que de projet de soins... Certains collègues médecins disent en CME qu'ils sont parfois tentés de prescrire un acte en plus pour facturer un hôpital de jour. Est-ce que c'est vrai ? On ne peut pas nier que la pression soit ressentie de plus en plus fortement. Qu'on fixe des tarifs pour une activité, OK. Que les tarifs fixent notre activité, ça sera sans moi ! »

* Prologue du rapport d'étape de la Mission sur l'évolution du financement des établissements de santé [67].

In fine, la santé des professionnels de santé est perçue comme étant d'une telle importance pour la qualité des soins qu'un médecin américain [93] a suggéré d'ajouter la dimension « bien-être des professionnels » aux trois fondements totémiques de la qualité des soins aux États-Unis (définis par Berwick : satisfaction des patients, santé de la population, réduction des coûts par prise en charge).

Y a-t-il des solutions ?

Les préconisations habituellement retenues pour les organisations de travail sont le travail sur le collectif, le management... Elles sont indispensables. C'est ce qui constitue d'ailleurs la plus grande partie des propositions du ministère de la Santé. Notre conviction est que le problème à l'hôpital est plus profond.

L'hôpital a bien joué son rôle de recours et d'expertise depuis la réforme Debré de 1958. Les acteurs hospitaliers se sont identifiés jusqu'à une période récente à l'ambitieuse politique portée par cette réforme. Le constat, encore une fois, est qu'on se trouve à la fin d'un cycle. La T2A n'est que l'estocade portée à un système au bord de l'épuisement. Ce n'en est pas la cause. L'organisation des soins comme la formation des professionnels et le mode de rémunération des acteurs ne sont plus en phase avec les évolutions sociétales, les évolutions techniques (le progrès médical mais aussi les nouvelles technologies de l'information et de la communication) et l'évolution des attentes des professionnels eux-mêmes (dont elle reflète l'évolution des générations).

On doit inventer de nouvelles formes de prises en charge pour s'adapter à l'évolution de la société mais aussi des pathologies (poids de pathologies chroniques) et de la science (prévention, dépistage et traitement). Il faut adapter à la fois les rôles des institutions et des professionnels et leurs modes de rémunérations pour les rendre congruents.

Il est vraisemblable qu'il faut un choc comme celui conduit par Robert Debré contre vents et marées en 1958. Il faut rappeler le très fort soutien politique dont il a bénéficié, qui s'est manifesté entre autres par la création par décret le 18 septembre 1956 du Comité interministériel de l'enseignement médical, des structures hospitalières et de l'action sanitaire et sociale. La création d'un nouveau statut plein-temps (et donc le glissement vers l'hôpital de l'exercice de la compétence médicale) a été un des grands enjeux de la réforme. Or Robert Debré insistait sur ce qu'il estimait être l'essentiel de sa réforme : « l'installation de la biologie à l'hôpital ». Mais il a également rappelé dans une intervention à Rennes en 1973 (dans le cadre d'une semaine consacrée à l'enseignement de santé publique), que le troisième volet de cette réforme, la dimension de santé publique, manquait et devait donc être intégré. Qu'entendait-il par-là ? Que « la médecine d'aujourd'hui comporte trois parties : l'étude clinique de son corps et de son esprit, l'étude biologique raffinée, avec des moyens supplémen-

taires pour connaître le fonctionnement et les vices de fonctionnement de son corps, et la santé publique pour se préoccuper de son attitude et de son comportement vis-à-vis de la société et du milieu influant sur lui. C'est une philosophie entière, c'est une pensée globale qui doit inspirer ce changement. » Il prônait une approche globale, holistique, à laquelle on ne répond encore que partiellement. Les réflexions sur les parcours de soins, centrées sur les personnes, s'en approchent. Leurs mises en œuvre nécessiteront de creuser les fossés qui existent entre les différents acteurs sanitaires et sociaux, en particulier entre l'hôpital et « le reste du monde », tant en ce qui concerne la rémunération des acteurs que les statuts des médecins. En 1958, il fallait asseoir une médecine d'expertise. Le concept étant acquis, il est nécessaire de revisiter les places des acteurs. Donner la possibilité aux médecins de se consacrer à la prise en charge des personnes malades nécessite de les laisser travailler dans un environnement serein et ouvert qui dépasse les questions de frontière entre structures de soins hospitalières et de ville. Le statut corseté des médecins des hôpitaux les enferme dans un cocon faussement protecteur. Il faut s'autoriser à imaginer un nouveau « paradigme » d'exercice médical, qui permette une prise en charge adaptée de la population et apporte un nouveau souffle aux professionnels afin de les aider à échapper au burn-out ambiant⁵. ...

5. La question relative aux étudiants en médecine et aux internes n'a pas été abordée dans ce texte.