

PARTIE 1. UNE ORGANISATION ARCHAÏQUE ET ÉPUISANTE DU TRAVAIL

1.1	Les facteurs accroissant la charge mentale du travail.....	1
1.1.1	La notion de charge mentale du travail.	1
1.1.2	La parcellisation des tâches	2
1.1.3	L'imperméabilité entre l'organisation médicale et l'organisation soignante	3
1.1.4	Multiplicité des supports écrits et prépondérance accordée à l'oral.....	6
1.1.5	Recherche et validation de l'information : une quête épuisante.....	7
1.2	Redondances et chevauchements de tâches	7

L'observation du service enquêté a permis d'identifier les facteurs accroissant la charge mentale du travail, et de mettre en lumière les redondances et les chevauchements de tâches.

1.1 Les facteurs accroissant la charge mentale du travail

Après avoir interrogé la notion de charge mentale du travail, on évoquera les différents facteurs qui contribuent à l'accroître.

1.1.1 La notion de charge mentale du travail.

La charge mentale introduite par l'exercice d'une activité professionnelle n'est pas spécifique à l'hôpital, elle s'observe dans tous les secteurs d'activité : la pression du travail est consubstantielle de sa pratique (Cézard, Hamon-Cholet, 1999). L'exercice d'une activité professionnelle au sein d'un service de soins introduit toutefois une dimension particulière liée à la nature du milieu hospitalier (Estry-Béhar, 1991). A l'hôpital, chaque agent est renvoyé à son histoire personnelle, au rapport intime qu'il entretient avec la souffrance, la dégradation, la mort. L'urgence, l'imprévu des situations, les attentes thérapeutiques ou psychologiques des malades accroissent encore cette contrainte.

Dans un service hospitaliers, deux types de charges sont communément décrits : la charge cognitive et la charge psychique (Tonneau et *al*, 1996). La charge cognitive relève des informations et des connaissances que les personnels soignants doivent accumuler et tenir à jour dans un contexte de parcellisation de leur activité ; la charge psychique ressortit

au volume et à l'urgence des tâches à accomplir, aux décisions à prendre dans un contexte de souffrance et de dégradation, à la promiscuité avec la maladie.

Au fil des entretiens conduits pour ce mémoire, une forme particulière de charge mentale a été décrite – explicitement ou non : la charge liée à l'incertitude concernant la fiabilité des informations transmises et recueillies. Plusieurs éléments y concourent : la parcellisation des tâches, l'imperméabilité entre organisation médicale et organisation soignante, la multiplicité des supports écrits et la prépondérance accordée à la transmission orale.

1.1.2 La parcellisation des tâches

L'hôpital est une des structures de travail les plus anciennes qui existent ; à l'époque où l'entreprise n'est pas encore un concept et où le travail s'organise sous forme de compagnonnage, se forment les fondements culturels de l'accueil des souffrants dont on peut encore aujourd'hui distinguer les traces dans les structures modernes de l'hôpital public. Héritières des sœurs dévouées aux indigents et aux nécessiteux, les infirmières et les aides-soignantes ont façonné l'organisation de leur activité sur la prise en charge des malades au fil de leur arrivée dans le service. Cette gestion séquentielle – sans aucun doute indispensable dans de nombreux cas – a déteint sur les autres composantes du travail des soignants : de même qu'on accueille immédiatement un malade en situation d'urgence, on traite l'ensemble des aspects du travail qui, pourtant, pourrait faire l'objet d'une planification. A l'exception de l'urgence médicale, c'est la règle de la file d'attente inversée qui prévaut dans un service hospitalier : chaque tâche qui se présente vient chasser celles qui étaient en attente de réalisation. Cette organisation séquentielle a pour corollaire une parcellisation des tâches.

Il est souvent tenu pour acquis que le nombre d'actions accomplies par les membres d'un service de soins relève de la nature même de leur activité, et qu'il est accentué par les interruptions et les actes imprévus. Vaichère (1980) a observé que le nombre de séquences continues de travail des aides-soignantes s'étalonne de 74 à 117. Estry-Béhar (1991) estime à plusieurs centaines le nombre d'actes réalisés chaque jour par les soignants – sachant qu'une tâche est composée de plusieurs actes (tableau 1).

Tableau 1. Nombre d'actes journaliers par fonction et par équipe

Infirmière de jour	Infirmière de garde	Infirmière de veille	Aide-soignante de jour	Aide-soignante de garde
323	282	256	298	269

Source : Estry-Béhar (1991).

Toute la question est de déterminer le sens de la causalité : est-ce l'atomisation de l'activité qui conduit à l'organisation du travail observée ou bien est-ce l'inorganisation du

travail qui entraîne sa parcellisation ? En d'autres termes, le nombre de tâches accomplies par les agents correspond-t-il à des activités distinctes ou est-ce – sous l'effet d'un manque de hiérarchisation des missions à accomplir – l'interruption des tâches qui conduit à leur multiplication ? Vaichère (1980) a constaté que : « *La succession des activités est différente selon les quatre journées [durant lesquelles son étude s'est tenue], qu'elles s'enchevêtrent de façon variable selon des contraintes liées au contexte des journées, qu'elles peuvent s'étendre sur l'ensemble de la journée, qu'elles se déroulent sur plusieurs périodes.* »

Suivant leur nature, plusieurs tâches peuvent être accomplies les unes après les autres ou bien parallèlement. Les différentes tâches de chacun sont alors scindées en des "micro-tâches" qui sont alternées ; en travaillant sur plusieurs tâches qui peuvent être interrompues, les agents mettent spontanément au point une modalité d'organisation qui permet d'effacer les temps d'attente et de remplir les vides dans les plannings. Le problème est que toutes les tâches ne pouvant être interrompues, leur accumulation ne trouve plus alors qu'une seule variable d'ajustement : la durée du temps passé sur le lieu de travail. Par conséquent, plus le planning d'un agent est constitué de tâches non sécables, plus la durée de son travail doit s'allonger. C'est souvent le caractère non sécable de beaucoup de leurs tâches qui allonge la durée du travail des cadres, davantage que le volume global de travail qu'ils fournissent (Girard, Lautier, 1998).

La particularité du travail en milieu hospitalier vient de la difficulté à identifier les tâches sécables de celles qui ne le sont pas ; la prise en compte séquentielle des activités conduit fréquemment les agents à se saisir des tâches à accomplir au fil de leur arrivée, sans opérer entre elles une hiérarchisation qui permettrait leur découpage et, partant, leur traitement au long de la journée. A ce constat, les agents opposent systématiquement la nature particulière de leur travail, l'obligation de répondre aux demandes du patient, la nécessité d'ajuster le volume et le rythme de leur activité aux exigences de l'état de santé de ceux qu'ils se doivent de soigner. Pour évaluer la pertinence de cette affirmation et estimer si le travail des agents d'un service hospitalier relève majoritairement du soin ou pas, il n'est d'autre solution que de décomposer – agent par agent – leur activité ; ce qui fait l'objet de l'étude menée en cardiologie, et dont les résultats sont fournis dans la quatrième partie du mémoire.

1.1.3 L'imperméabilité entre l'organisation médicale et l'organisation soignante

Trois modalités d'organisation du travail coexistent au sein des structures de travail (tableau 2) :

- le modèle horaire ;

- le modèle de la concordance des temps ;
- le modèle de l'échéance (Girard, Lautier, 1998).

Certains emplois évoluent entre les trois modèles suivant les périodes ; chez les managers, on constate parfois leur imbrication. Le temps que l'on consacre à une tâche dépend beaucoup des compétences que l'on possède et de l'expérience acquise : dans le cadre du modèle horaire, les débutants prennent toujours plus de temps et c'est leur production qui en pâtit. Dans le cas du modèle de l'échéance, c'est l'amplitude de la journée de travail qui augmente.

Tableau 2. Trois modèles d'organisation du travail

Modèle	Durée du travail	Organisation
Horaire	Rigide	Définie par une heure de début et une heure de fin
Concordance des temps	Dépend de la construction d'un agenda qui tient compte de la disponibilité des personnes que l'on rencontre et du temps nécessaire pour réaliser chaque tâche.	Autonomie dans la définition de la durée de la journée de travail
Echéance	Elle dépend de deux facteurs : le temps nécessaire pour réaliser une tâche et son échéance.	Les journées ordinaires de travail ne suffisent plus, il faut les allonger (jour, week-end, vacances...).

Source : Girard, Lautier (1998).

Les horaires de travail des agents d'un service hospitalier sont également contraints par l'impératif de continuité des soins. Les équipes soignantes travaillent 24 heures sur 24 en trois équipes : l'équipe du matin (ou équipe de jour), l'équipe d'après-midi (ou équipe de garde) et l'équipe de nuit (tableau 3) ; les personnels non soignants sont astreints aux horaires de bureau (9h00-18h00), modulables suivant les cas. Hors leurs périodes de garde et d'astreinte, les médecins n'ont pas vocation à travailler autrement que le jour.

A cette structuration du travail déjà contraignante, se surajoute la notion de "présentéisme" : en multipliant ses heures de présence, l'agent s'applique à modifier positivement le jugement qui est porté sur son travail. Les cadres sont particulièrement sujets à ce comportement parce que l'absence de mesure objective de leurs résultats les oblige à mettre en scène leurs efforts (Girard, Lautier, 1998). Dans des hôpitaux universitaires, la tendance des médecins à allonger leur présence sur leur lieu de travail s'appréhende en fonction du jugement de leur supérieur hiérarchique et de son impact sur leur carrière universitaire – le parcours des praticiens à l'hôpital est formé pour une grande part à l'aune d'une logique de concours.

Tableau 3. Horaires des trois équipes de soins d'un service hospitalier

Equipe du matin (équipe de jour)	Equipe d'après-midi (équipe de garde)	Equipe de nuit
7h00-15h30	13h30-21h30	21h00-7h00

Deux types d'organisation du travail cohabitent dans un service hospitalier : celle des médecins et celle des non-médecins – soignants, personnels médico-techniques et personnels administratifs. Les non-médecins ont une organisation du travail fondée sur le modèle horaire : plus l'agent se rapproche du soin et du travail des médecins, plus l'organisation de son travail est rigide. Le travail des infirmières et des aides-soignantes¹ s'inscrit ainsi dans des plannings d'activité rigoureux et précis qui s'étalent sur vingt-quatre heures, alors que celui des secrétaires médicales et des secrétaires hospitalières est seulement borné par une heure d'arrivée et une heure de départ. L'organisation du travail des médecins est beaucoup moins encadrée : à l'exception des gardes et des astreintes – qui relèvent du modèle horaire –, leur planning d'activité ne correspond ni au modèle de la concordance des temps ni à celui de l'échéance. Ils sont en mesure d'imposer leur propre rythme de travail aux personnels avec lesquels ils travaillent, le reste du service s'adapte ; le temps qui leur est nécessaire pour accomplir une tâche n'est pas défini, de même que son échéance. L'organisation du travail des personnels non médicaux est donc contrainte et adaptable au rythme de dispensation des soins et de prescription des médecins ; celle des médecins est davantage empreinte d'autonomie.

La rationalisation du travail dans les services hospitaliers dépend pour beaucoup de la coordination dans le fonctionnement de ces deux organisations. Cette tâche est dévolue au cadre supérieur infirmier mais, en pratique, l'infirmière joue un rôle central en la matière. Les infirmières font, en effet, office d'interface entre les médecins et les soignants, c'est par leur intermédiaire que le diagnostic et les prescriptions médicales convergent vers le patient *via* le « Dossier de soins infirmiers », et s'incarnent dans des prises de rendez-vous auprès des autres services de l'hôpital ou dans d'autres hôpitaux. Les personnels extérieurs qui interviennent dans le service (kinésithérapeute, diététicienne, assistante sociale...) ont fait des infirmières leur interlocuteur privilégié, en raison justement de leur situation centrale entre les médecins, les soignants et les cadres infirmiers, et de leur rôle éminent en matière de transmission de l'information. Le rôle des infirmières est ainsi en concurrence avec celui des cadres infirmiers et des cadres supérieurs infirmiers. C'est très certainement cette situation charnière qui a conduit à choisir au sein de ce corps les cadres de soins du service (cadre infirmier et cadre supérieur infirmier), et les cadres de soins de l'hôpital (cadres de nuit et infirmière générale).

¹ Ces métiers sont tenus aussi bien par des femmes que par des hommes ; toutefois, pour éviter des lourdeurs typographiques dans le texte (infirmier(ères) ; aide-soignant(e)...), et parce qu'ils sont majoritairement assurés par des femmes, ils seront écrits au féminin. L'ANPE, en revanche, définit les métiers au masculin.

1.1.4 Multiplicité des supports écrits et prépondérance accordée à l'oral

L'écrit est souvent ressenti par les personnels comme une obligation médico-légale ou comme une nécessité répondant à un souci d'archivage, et pas comme un vecteur privilégié de transmission de l'information. C'est ainsi qu'une trentaine de supports écrits ont-ils été inventoriés dans le service cardiologie². Cette surabondance stérilise *de facto* leur utilisation comme moyen de transmission de l'information. L'empilement par strates des supports écrits à remplir souligne, une nouvelle fois, le poids de l'histoire dans les services hospitaliers ; l'écrit est ressenti comme une contrainte inutile, une charge supplémentaire de travail qui ne trouve d'autres justifications que dans la satisfaction de quelque lubie bureaucratique de l'administration de l'hôpital et de sa tutelle.

La transmission orale n'est pourtant pas sans vertu – « *L'oral permet une richesse d'informations, une expression du vécu et du ressenti que ne peut contenir l'écrit* » (Tonneau et al, 1996) – mais à condition qu'elle complète un socle de renseignements objectivés, dont la diffusion est reproductible sans déformations. Tout le problème vient, en effet, de la prépondérance accordée à la transmission orale qui, par-delà sa richesse, est extrêmement subjective, sensible à l'état et à l'humeur des agents, et à leur disponibilité.

Or, dans les services hospitaliers, l'échange oral est prépondérant. L'observation sur quatre journées du travail d'infirmières et d'aides-soignantes a montré que les échanges parlés pouvaient atteindre plusieurs centaines par jour (tableau 4), la très grande majorité des conversations ne durant pas plus de 30 secondes. Les échanges avec les malades – qui ont évidemment vocation à être oraux – représentent environ la moitié des échanges parlés des agents (Vaichère, 1980).

Tableau 4. Nombre d'échanges parlés d'infirmières et d'aides-soignantes

	Total	Avec les malades
Infirmières		
journée 1.....	346	169
journée 2.....	277	134
journée 3.....	234	109
journée 4.....	320	84
Aides-soignantes		
journée 1.....	243	102
journée 2.....	264	120
journée 3.....	170	98
journée 4.....	154	69

Source : Vaichère (1980).

Cette prépondérance accordée à l'oral contraint les agents des services hospitaliers à reformuler périodiquement les informations qu'ils communiquent et/ou à réitérer les

² Voir annexe 4, p. **Erreur ! Signet non défini.**

demandes d'informations qu'ils formulent ; une bonne partie de leur temps d'activité professionnelle consiste ainsi à acquérir et, surtout, à vérifier les informations acquises ou transmises – l'information orale étant, en effet, sujette à déformation et à interprétation. Ces modalités particulières de transmission font de la recherche et de la validation de l'information une quête épuisante.

1.1.5 Recherche et validation de l'information : une quête épuisante

L'inorganisation de la transmission de l'information et sa validation permanente constituent un facteur de stress et d'épuisement pour les agents qui y sont astreints – les personnels soignants se trouvant en l'occurrence en asymétrie d'information³ vis-à-vis des médecins qui ont l'initiative de la démarche thérapeutique.

Au fil des entretiens, des phénomènes d'includence⁴ ont été abondamment décrits. A l'instar de la description d'Estryn-Behar (1991) : « *Les personnes interrogées se disent débordées. Elles ne parviennent pas à accomplir leur tâche avec soin et méthode. Bref, les soignantes expriment un véritable "ras-le-bol" .* » La raison avancée prioritairement par les agents interrogés est le manque de personnel. Or, à l'observation, rien ne permet de corroborer cette explication-là ; il est plutôt apparu durant les entretiens que c'est l'incertitude qui absorbe l'énergie des personnels. Pour les agents qui y travaillent (comme pour les patients⁵), le service hospitalier forme un univers incertain, en grande partie en raison des modes d'acquisition et de transmission de l'information qui y ont cours.

L'importance de la ritualisation investie dans les transmissions orales (Tonneau et al, 1996) ne doit pas masquer l'archaïsme des modalités de transmission de l'information et les conséquences auxquelles elles conduisent – notamment, les chevauchements de tâches.

1.2 Redondances et chevauchements de tâches

Dans les propositions de réorganisation de l'activité des services hospitaliers, ressort souvent l'idée de partage des activités, de « *Pool de polyvalences* » entre les différents soignants (Clauzel, Sarraz, 1994). Or, lors des différents entretiens conduits, il est apparu que l'objectif principal d'une restructuration devait plutôt être de définir en premier lieu les tâches respectives de chacun des métiers : à quelques exceptions près, les personnels

³ C'est-à-dire un état d'information imparfaite où un acteur (ou plusieurs) disposant de moins d'informations que l'autre (ou les autres), ou d'une information de moindre qualité, se retrouve dans une situation moins efficiente.

⁴ Définie par le psychiatre phénoménologue H. Tellenbach (1979) comme le sentiment d'une personne débordée par son travail, à la fois dans le sens de la masse des tâches à accomplir et dans la perspective d'un temps insuffisant pour les réaliser.

⁵ Cette partie du sujet n'étant pas traitée dans cette étude.

hospitaliers ont en effet une description non hiérarchisée de leur activité, et de nombreuses tâches sont revendiquées par des agents aux métiers différents (tableau 5).

Tableau 5. Exemples de tâches redondantes accomplies par différents agents du service

Type de tâches	Personnels qui en revendiquent l'accomplissement
Examens de routine (électrocardiogramme...)	<ul style="list-style-type: none"> • Aide-soignante de consultation • Aide-soignante de salle • Etudiant externe • Infirmière
Nettoyage	<ul style="list-style-type: none"> • Agent hospitalier affecté au ménage • Aide-soignante de consultation • Aide-soignante de salle
Accueil des patients	<ul style="list-style-type: none"> • Aide-soignante de consultation • Aide-soignant de salle • Secrétaire hospitalière • Secrétaire médicale
Prises de rendez-vous	<ul style="list-style-type: none"> • Aide-soignante de consultation • Cadre infirmier • Infirmière • Secrétaire hospitalière • Secrétaire médicale
Secrétariat	<ul style="list-style-type: none"> • Aide-soignante de consultation • Aide-soignante de salle • Assistante sociale • Cadre infirmier • Diététicienne • Etudiant externe • Infirmière • Secrétaire hospitalière • Secrétaire médicale
Nursing	<ul style="list-style-type: none"> • Aide-soignante de salle • Infirmière
Organisation de plannings	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre infirmier • Cadre supérieur infirmier • Secrétaire hospitalière • Secrétaire médicale
Relation avec les patients	<ul style="list-style-type: none"> • Aide-soignante de consultation • Aide-soignante de salle • Assistante sociale • Cadre infirmier • Cadre supérieur infirmier • Chef de clinique – assistant • Diététicienne • Etudiant externe • Infirmière • Interne de médecine • Kinésithérapeute • Médecin attaché • PH • PUPH
Animation d'équipes/Exercice d'une autorité hiérarchique	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre infirmier • Cadre supérieur infirmier • Chef de clinique – assistant • Interne de médecine • PH • PUPH

Source : Entretiens conduits par l'auteur, juin 2001.

On peut comprendre que certaines activités soient redondantes parce qu'elles s'exercent à plusieurs niveaux de compétence (activités de médecine, d'expertise...) ou dans des domaines d'activité différents (travail social, kinésithérapie...). Il semble plus difficile, en revanche, de trouver une justification organisationnelle au fait que les tâches de secrétariat, de prise de rendez-vous ou d'accueil du patient soient partagées de la sorte. Cette atomisation – préjudiciable à l'efficacité des tâches accomplies – ne peut trouver son origine que dans une défaillance, voire un défaut, de l'organisation du travail. Le phénomène est encore plus préoccupant s'agissant des relations avec le patient. La pléthore de personnels déclarant communiquer des informations et répondre aux sollicitations des malades s'assimile à une dispersion de cette tâche pourtant essentielle ; c'est là une source d'insécurité et d'angoisse pour les patients et leur famille, qui se plaignent souvent du manque d'interlocuteur disponible dans les services de soins⁶.

⁶ Cette confusion des tâches s'est observée au sein d'un même service et a été confirmée au cours de nombreuses interviews ; elle ne résulte donc pas d'une agrégation *a posteriori* des résultats des entretiens.

Le nombre important d'agents déclarant accomplir des tâches de secrétariat ne relève pas que d'une organisation défailante ; la sous-administration des services de soins est aussi un facteur explicatif. C'est la raison pour laquelle, pour appliquer les 35 heures dans un service hospitalier, la priorité est d'identifier et de décomposer les tâches des différents personnels et, pour ce faire, de choisir une méthodologie de travail.