

2023

ETRE et DURER en médecine d'urgence

Guide de la qualité de vie au travail



Par la commission RIS²Q
Risque, Incident, Sécurité, Sureté, Qualité

Anciennement commission évaluation qualité

Auteurs

- Hugues Lefort, médecin urgentiste, Service de santé des armées. Structure des urgences et Smur de l'hôpital d'instruction des armées Laveran, 34 boulevard Laveran, 13013 Marseille. lefort.hugues@gmail.com. 0662389486
- Catherine Caplette, médecin urgentiste. Département de médecine d'urgence, centre hospitalier universitaire d'Angers, 4 rue Larrey, 49100 Angers. catherine.caplette@chu-angers.fr
- Fabien Vaniet, médecin urgentiste. Pôle urgences médecine nord, centre hospitalier universitaire de la Réunion site Félix Guyon, allée des Topazes CS 11021, 97400 Saint Denis de la Réunion. f.vaniet.samu974@chu-reunion.fr
- Axel Benhamed, médecin urgentiste. Service Samu-urgences, université Claude Bernard Lyon 1, centre hospitalier universitaire Edouard Herriot, 5 Pl. d'Arsonval, 69003 Lyon. axel.benhamed@chu-lyon.fr
- Ludovic Radou, cadre administratif superviseur. Samu 72, centre hospitalier Le Mans, 194 avenue Rubillard 72000 Le Mans. lradou@ch-lemans.fr
- Caroline Zanker, médecin urgentiste. Service des urgences de l'hôpital Européen Georges Pompidou, 20 rue Leblanc, 75015 Paris. caroline.zanker@aphp.fr
- Nicolas Juzan, médecin urgentiste. Brigade de sapeurs-pompiers de Paris, bureau médecine d'urgence, 1 place Jules Renard, 75017 Paris. nicolas.juzan@pompierparis.fr
- Alain-Eric Dubart, médecin urgentiste. Pôle Urgences, groupement hospitalier territorial Artois, centre hospitalier de Béthune et de Lens, 1 rue Delbecque, 62400 Béthune. adubart@ch-bethune.fr
- Jonathan Duchenne, médecin urgentiste. Département d'addictologie, de médecine d'urgence et de la coordination des prélèvements d'organes et de tissus, centre hospitalier Henri-Mondor, 50 avenue de la République, 15000 Aurillac. j.duchenne@ch-aurillac.fr
- Charles-Henri Houze-Cerfon, médecin urgentiste. Pôle de médecine d'urgence, centre hospitalier universitaire Toulouse, urgences-réanimation-médecines Purpan, place du Dr Joseph Baylac, 31059 Toulouse. Unité mixte de recherche Education, Formation, Travail et Savoirs, université Jean Jaurès. 5, allées Antonio-Machado, 31058 Toulouse Cedex 9. Houze-cerfon.ch@chu-toulouse.fr
- Bahram Chaybany, médecin urgentiste. Samu 59, pôle de l'urgence du centre hospitalier universitaire de Lille, avenue Oscar Lambret 59037 Lille cedex. bahram.chaybany@chu-lille.fr
- Laurence Arrouy, médecin urgentiste. Service des urgences de l'hôpital Ambroise Paré, 9 avenue Charles de Gaulle, 92100 Boulogne Billancourt. laurence.arrouy@aphp.fr

Relecteurs

- Patrice Serre, médecin urgentiste. Urgences Samu Smur, centre hospitalier Fleyriat, 900 route de Paris, 01012 Bourg en Bresse. pserre@ch-bourg01.fr
- Sybille GODDET, médecin urgentiste. Urgences SAMU SMUR centre hospitalier universitaire de Dijon. Bvd Jeanne d'Arc. 21000 DIJON. nathalie-sybille.goddet@chuu-dijon.fr

Remerciements à d'autres contributeurs

- Les membres de la commission Soins d'Urgence de la SFMU
- Les membres du comité administratif de la SFMU
- Michele Saint-Jean, unité mixte de recherche Education, Formation, Travail et Savoirs, université Jean Jaures Toulouse 2. 5, allées Antonio-Machado, 31058 Toulouse Cedex 9
- Sebastien Couarraze, portail du pôle régional d'enseignement et de formation aux métiers de la Santé, 74 voie du Toec 31300 Toulouse. Unité mixte de recherche Education, Formation, Travail et Savoirs, université Jean Jaurès. 5, allées Antonio-Machado, 31058 Toulouse Cedex 9

Introduction

Les structures des urgences (SU), reflètent les maux et les besoins de la population : santé mentale, santé physique, crises sanitaires et sociales, situations médico-judiciaires, etc. Devant l'urgence ressentie ou avérée, le soignant se retrouve face à ce qui est, pour le patient ou ses proches-aidants, une rupture dans sa vie quotidienne : un avant et un après. Ainsi, le soignant doit-il s'approprier trois dimensions du prendre soin :

- Prendre soin de lui ;
- Prendre soin de l'autre ;
- Prendre soin des systèmes.

Ces attentions s'inscrivent dans l'exercice de l'urgence au quotidien. Il existe des limites ambivalentes entre être rémunéré pour réaliser des soins et s'investir dans l'accompagnement du patient et de ses proches-aidants dans un parcours toujours singulier. Ce lien d'accompagnement, entre don de soi et contrat salarial, rend compte de dynamiques relationnelles bilatérales du soignant avec lui-même, avec le patient et avec le système qui l'emploie. Il nécessite confiance et loyauté mutuelles entre ces acteurs. L'art du soin aigu impose de décider dans l'incertitude et d'affronter ces crises du quotidien jusqu'aux grands rendez-vous des situations sanitaires exceptionnelles (SSE).

Autant de lieux de fragilités potentielles présentes et futures aggravées par les crises récurrentes.

Aujourd'hui, il est plus que nécessaire de mettre la qualité de vie au travail (QVT) au centre des préoccupations de tous les acteurs en santé. La Société française de médecine d'urgence, au travers de sa commission évaluation qualité (RIS²Q), propose ce guide de réflexions. Il trouve ses sources dans une revue de la littérature transversale, dans des recherches autant quantitatives que qualitatives, ainsi que dans l'expérience de terrain des professionnels de santé. En cela, il ne peut être considéré comme un référentiel de bonnes pratiques ou de recommandations qui nécessitent une méthodologie particulière. Il apporte une réflexion pour permettre un 'à venir', et renforcer le sens de notre vocation à soigner en confiance. La QVT ne peut pas être sacrifiée au nom d'un présent contraint. Vivre son quotidien de soignant de façon apaisée autant privée que professionnelle, permet de se transcender d'autant plus dans la crise.

La QVT porte une ambition pour tous et pour nos systèmes de soins.

Comment être et durer ?

Sommaire



Chapitre 1

Management des organisations

1. Travailler aux urgences

Une définition de soigner pourrait être de s'occuper du bien-être physique et moral d'une personne. Être soignant, c'est donc bien prendre soin d'une personne avec l'impératif de commencer par soi-même avant de prendre soin des autres. Le métier de soignant est basé sur les relations humaines et des gestes techniques, concrets. Il nécessite de la rigueur scientifique tout autant que des qualités humaines. La fatigue, le stress, et la charge émotionnelle des soignants sont à l'origine d'un mal être, voire de maladies. Leur prévention est donc importante et passe par la recherche d'une bonne qualité de vie au travail pour mettre à distance les risques d'épuisement professionnel.

Tout système professionnel doit être organisé pour assurer sa pérennité et grandir. Les ressources humaines au sein des établissements de santé (ES) sont un point crucial de leur résilience et ne peuvent être seulement destinées aux soins. L'originalité de la médecine d'urgence (MU) réside notamment dans l'impératif d'une continuité des soins à assurer face un flux non maîtrisable et imposant parfois une conduite de terrain. La MU impose des choix; il faut coordonner, prioriser, réguler, assurer les relèves, anticiper ce qui peut l'être, entre tensions et ruptures. Elle nécessite une posture vigilante ainsi qu'une culture de la gestion des risques pour des soins de qualité, rapides et en sécurité.

Ce management est un impératif temporel et structurel supportant la qualité de vie au travail (QVT). Il ne peut se réaliser en l'absence de temps dédié et à tous les niveaux de décisions : agents administratifs, personnels soignants (paramédicaux, médicaux) et acteurs de la chaîne logistique. Une SU est experte et performante dans les soins seulement si elle peut consacrer un temps certain à son management. Ceci ne peut être supporté seulement par le chef de service et le cadre de santé et est l'affaire de toute l'équipe. La réponse de chacun à prendre sa part dans ce management participatif est fonction de son expérience, de son expertise et de son appétence. Les règles ne peuvent se consolider, prendre du sens et de la cohérence pour embarquer l'intelligence et la compétence collective dans la performance des organisations, si et seulement si des personnes durables les portent et les font vivre.

Ainsi, parler d'équivalent temps pleins (ETP) "à la cible" autant pour les paramédicaux que les médecins, en ne considérant qu'uniquement la quantité et non la qualité (accompagnement, formation, etc.), engage la sécurité des patients, des soignants, de l'établissement, la responsabilité médico-légale de toute la chaîne hiérarchique et en premier lieu le directeur de l'ES.

1.1. Personnel médical

1.1.1 Effectifs

Il est difficile de recommander des pourcentages de statuts au sein des SU, dans la pratique l'équipe médicale doit être composée d'une majorité de titulaires par rapport à l'effectif théorique. Celle-ci permet de s'éloigner d'un point de rupture motivationnel et d'engagement, de limiter les conséquences psychologiques, la maltraitance organisationnelle, d'améliorer la fluidité des parcours de soins par la connaissance des écosystèmes et des acteurs intra et extra-hospitaliers, d'augmenter l'attractivité et limite les charges mentales, logistiques, administratives et financières que supporte l'ES.

Les référentiels de Samu Urgences de France (Sudf) de 2011 [Sudf2011] et le guide d'évaluation Samu Centres 15 de Sudf et de la Société française de médecine d'urgence de 2015 [Sfmu2015] servent de référentiels communs, en l'absence de travaux plus récents, pour le calcul du nombre d'ETP nécessaires au fonctionnement d'une SU et ne peut résumer la problématique des emplois médicaux. La nature ou le statut de ces emplois constitue un enjeu majeur pour le fonctionnement d'une SU et la qualité des soins qui y sont dispensés. La structuration doit être prise en considération entre les emplois de titulaires, qu'ils soient praticiens hospitaliers (PH), maîtres de conférences des universités (MCU-PH), professeurs des universités (PU-PH), les emplois de PH-contractuels, les emplois de médecins attachés et les emplois entrant dans le cadre du post-internat : assistants spécialistes, hospitalo-universitaires (AHU) ou chef de cliniques assistants (CCA).

Les tableaux de Sudf rapportés ci-dessous traitent spécifiquement de la régulation médicale du service d'aide médicale urgente (Samu), d'un service mobile d'urgence et de réanimation (Smur), du service strict des urgences, en dissociant l'unité d'hospitalisation de courte durée (Uhdcd). Ils considèrent la charge de travail globale d'une SU, avec un nombre de médecins présents identique du lundi au dimanche. Cependant il existe des variations qualitatives, organisationnelles ou saisonnières qui peuvent être observées et prises en compte. Chaque structure s'emploie ainsi à mettre en adéquation l'allocation de ces ressources nécessaires sur la base des variations observées des flux des malades, dans un souci d'homogénéisation de la charge de travail et de la qualité du service rendu.

Régulation médicale

La figure 1 décrit le nombre de médecins seniors nécessaires au fonctionnement du centre de régulation médicale d'un Samu en fonction du nombre de dossiers de régulation médicale (DRM) ouverts en considérant un rythme moyen de six DRM par heure et par médecin. Il prend en compte la régulation médicale de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) effectuée au sein des locaux du Samu centre 15.

Tableau 1. Effectifs médicaux en régulation médicale selon Samu Urgences de France

Samu (nombre de dossier régulés par an)	Effectif médical par 24 heures	Nombre d'équivalent temps plein
< 50 000	1	6
50 à 75 000	1,5	9
75 à 100 000	2	12
100 à 125 000	2,5	15
125 à 150 000	3	18
150 à 175 000	3,5	21
175 à 200 000	4	24
200 à 225 000	4,5	27
225 à 250 000	5	30
250 à 275 000	5,5	33
275 à 300 000	6	36
300 à 325 000	6,5	39

Service mobile d'urgence et de réanimation

Ce deuxième tableau rapporte le nombre de médecins seniors ou d'équipages nécessaires au fonctionnement du Smur en fonction du nombre d'interventions primaires ou secondaires effectuées sans prendre en compte les transports infirmiers inter hospitaliers (TIH). Ceci comprend le fonctionnement des hélicoptères Smur régionaux (HéliSmur). Les éventuels Smur spécialisés (Smur pédiatrique) sont à considérer comme un équipage Smur supplémentaire.

Tableau 2. Effectifs médicaux armant un service mobile d'urgence (Smur) selon Samu Urgences de France. * urbain : plusieurs secteurs d'intervention Smur se trouvent dans une même zone entièrement urbaine. ** mixte : une seule base Smur se trouve dans la zone urbaine et/ou rurale.

Smur (nombre d'interventions par an)	Effectif médical par 24 heures	Nombre d'équivalent temps plein
< 1500 (urbain*) < 1200 (mixte**)	1	6
1500 à 3000 (urbain) 1200 à 3000 (mixte)	2	12
3000 à 4500	3	18
4500 à 6000	4	24
6000 à 9000	5	30
9000 à 12000	6	36

Service d'urgence

Ce troisième tableau décrit le nombre de médecins seniors nécessaires au fonctionnement d'un service d'urgence en fonction du nombre de passages.

Tableau 3. Effectifs médicaux dans un service d'urgence (hors unité d'hospitalisation de courte durée) selon Samu Urgences de France

Service d'urgence (passages par an)	Effectif médical par 24 heures	Nombre de médecins en renfort diurne	Nombre de médecins renfort nocturne (hors nuit profonde)	Nombre de médecins au pic d'activité	Nombre d'équiva- lent temps plein
10 à 20 000	1	1	0	2	8,4
20 à 30 000	1	2	0	3	10,8
30 à 40 000	2	1,5	0	4	15,6
40 à 50 000	2	2	1	4	19,2
50 à 60 000	2	2,5	1	5	20,4
60 à 70 000	3	2,5	0	5	24,0
70 à 80 000	3	2,5	1	6	26,4
80 à 90 000	3	3	1	6	27,6
90 à 100 000	4	3	0	7	31,2

Le renfort diurne qui y est mentionné comprend des horaires variables pour assurer un chevauchement avec la garde, sans dépasser 21 heures (par exemple de 8 à 18 heures, et de 11 à 21 heures, de façon à s'adapter au flux variable dans la journée). Le renfort nocturne correspond à la présence d'un médecin sur la période pouvant aller de 18 heures à 23 heures, en dehors de la nuit profonde. Il est rappelé que les renforts nocturnes, la période nocturne, le samedi après-midi et le dimanche (jour et nuit) donnent lieu au paiement d'une garde, ou demi-garde jusqu'à 23 heures - minuit. Ainsi ceci correspond-il à un rythme moyen de 1,6 patient par heure et par médecin dont 85 % sont vus entre 8 heures et minuit. Le tableau est adapté à un service polyvalent médico-chirurgical hospitalisant au moins 15% des passages. Ces critères sont adaptés lorsque l'accueil est uniquement médical car plus lourd, consommant plus de temps médical et se traduisant par plus d'hospitalisations.

Unité d'hospitalisation de courte durée

Ce dernier tableau termine ce panorama sur les effectifs. Il rapporte le nombre de médecins seniors nécessaires au fonctionnement d'une Uhcd. Son fonctionnement n'est envisagé que pour la période diurne, de 8 heures à 18 heures, et correspond au travail de réévaluation des patients et d'orientation devant aboutir à la libération complète de l'unité pour garantir un séjour inférieur à 24 heures dans 90% des patients qui y sont hospitalisés selon les recommandations [Sfmu2001] de la Société française de médecine d'urgence (Sfmu), amenées à évoluer. Pour la période nocturne, l'équipe médicale en permanence des soins (PDS) s'occupe également de la gestion des patients de l'unité et impose de respecter les recommandations de contiguïté entre Uhcd et service d'urgence. L'Uhcd est intégrée fonctionnellement au service des urgences si son nombre de lits est inférieur à six.

Tableau 4. Effectifs médicaux dans une unité d'hospitalisation de courte durée selon Samu Urgences de France

Nombre de lits d'UHCD	Nombre de médecins « diurne »	Nombre d'équivalent temps plein
1 à 2	0,25	0,6
3 à 4	0,5	1,2
5 à 6	0,75	1,8
7 à 9	1	2,4
10 à 20	1,5	3,6
21 à 30	2	4,8

1.1.2 Mutualisation et temps partagé

La mutualisation des postes dans une SU consiste à pouvoir effectuer son temps de travail de manière partagée entre plusieurs types d'activité d'urgence pour un même praticien. Ceci se réalise essentiellement en alternance entre les quatre entités courantes d'une SU : service, Uhcd, Samu et Smur. Le terme de « temps partagé » est préconisé. Il constitue une excellente (voire indispensable et selon des modalités à convenir en équipe) pratique pour le médecin urgentiste qui voit ainsi varier son exercice professionnel pour développer et maintenir ses compétences et sa polyvalence.

Le temps partagé participe à enrichir la culture médicale et l'expérience collective des composantes de la MU. C'est une pratique à encourager au sein des SU, sans la rendre forcément systématique. En effet, certains praticiens peuvent développer des compétences pointues dans un domaine donné, notamment sur le plan de la recherche ou de l'enseignement, impliquant de rester focalisés sur certains domaines plus particulièrement.

La mutualisation est une posture qui permet de renforcer l'esprit d'équipe mais ne doit pas entrer en compte pour le calcul des effectifs postés d'une SU.

1.1.3 Travailler au sein d'un groupement hospitalier de territoire

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) sont nés en 2016 de la loi de modernisation du système de santé. Ils ont pour mission principale de coordonner la mutualisation des moyens de plusieurs ES publics sur un même territoire afin d'assurer l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité à la population d'un territoire donné. Cette nouvelle organisation permet de mettre en œuvre pour chaque patient, une stratégie de prise en charge commune et graduée dans un cadre stratégique de rationalisation des moyens communs. Le GHT est constitué par des établissements publics de santé dans le cadre d'un schéma arrêté par l'Agence régionale de santé (ARS). Il comprend un établissement support et des établissements parties. L'ES support est chargé d'assurer la mutualisation de certaines fonctions tels les achats, la gestion des systèmes d'information, la coordination de la formation.

L'objectif des GHT est ainsi de créer un projet médical partagé pour décrire l'offre de soins sous la forme de filières de soins organisées. La population, mais aussi les soignants, sont plus à même de se repérer dans les différents parcours de santé : urgences - Smur, périnatalité, cardiologie, prise en charge des traumatisés graves, etc. En permettant aux praticiens de travailler en multi-sites, le GHT favorise les échanges et l'harmonisation des pratiques et compétences. Cela valorise et dynamise les réseaux régionaux, améliore les connaissances entre acteurs et systèmes des soins d'urgences, augmente les compétences globalement, particulièrement précieuses en cas de SSE impliquant de multiples victimes. Plus simplement, les acteurs médicaux de la régulation au Samu s'offrent une meilleure lisibilité opérationnelle de l'offre de soins différenciée entre un centre hospitalier universitaire (CHU) ou un centre hospitalier (CH) périphérique de petite taille. Malgré l'éloignement des sites souvent, une telle activité multi-site semble correspondre aux attentes de certains urgentistes avec de multiples effets positifs : levier de fidélisation, de valorisation, évitant d'autant le recours aux intérimaires, équilibrant les charges de travail. Ce sont autant de facteurs protecteurs d'un épuisement professionnel, d'une perte de sens, de désillusion et de fuite des professionnels de santé vers d'autres activités hors du GHT.

1.1.4 Gestion du temps de travail

1.1.4.1 Réglementation

S'il n'existe aujourd'hui que des recommandations quant aux effectifs au sein d'une SU, le temps de travail est en revanche encadré par plusieurs éléments de réglementation en France. Dans la directive européenne 2003/88/CE le temps de travail du personnel médical est de 48 heures au maximum par semaine, lissé sur quatre mois. Au-delà, ce temps additionnel est sur la base du volontariat qui doit être préalablement contractualisé. Ceci est renforcé et complété

par l'instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de MU prévu par la circulaire DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014. Les directives du CSP et l'instruction décrite servent de référence avec deux grands principes se dégageant :

- La généralisation du décompte horaire dans les SU ;
- La mise en place d'un référentiel national de répartition et de gestion du temps de travail. Il permet aux praticiens de pouvoir choisir un temps dédié au travail clinique posté de 39 heures et un temps réservé aux activités non cliniques à forfaitiser, dans le respect du maximum de 48 heures hebdomadaires en moyenne par quadrimestre.

Les obligations de service du praticien sont réputées accomplies dès lors qu'il est attesté à la fin du quadrimestre que les 39 heures hebdomadaires de travail clinique postées et les missions contractualisées ont été réalisées. Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est, par dérogation au premier alinéa, calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser 48 heures. Le praticien peut accomplir, sur la base du volontariat au-delà de ses obligations de service hebdomadaires, de manière contractualisée, un temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit au versement d'indemnités de participation à la continuité des soins et, le cas échéant, d'indemnités de temps de travail additionnel fixé avec la direction de l'ES. Depuis décembre 2014, la « borne » des 39 heures est encore la référence servant de déclenchement d'un temps de travail différent dans sa nature. En travail posté, les services d'urgence ont le choix entre trois durées de journées et de nuit de travail : 10/14 heure, 11/13 heure, 12/12 heure.

Les obligations de service étaient la redistribution du volume horaire théorique attendu sur les plages d'heures cliniques postées. Depuis le 1^{er} juillet 2015, le temps non posté à partir de la 39^{ème} heure est inclus dans ce volume horaire attendu.

- Le temps non posté au-delà de la 39^{ème} heure, le cas échéant, est individuel par praticien ;
- Le temps de formation individuelle est inclus dans le temps non posté ;
- Les volumes de temps de gestion nécessaires aux responsables de service ou d'unité fonctionnelle (UF) sont contractualisés par pôle et n'interfèrent pas sur le temps non clinique individuel. Il en va de même pour des missions particulières transversales à gros volume horaire comme les responsabilités de centre d'enseignement de soins d'urgence (CESU), certains contrats de recherche.

1.1.4.2 Le travail clinique

Le travail clinique est le temps consacré à la prise en charge médicale des patients. Il comprend les gardes et les astreintes. Il est cadré par la loi et particulièrement l'arrêté du 14 septembre 2001 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de garde et à la mise en place du repos de sécurité dans les ES publics autres que les hôpitaux locaux :

« Aucun praticien ne peut se soustraire à ses obligations de garde. Un même praticien ne peut, sauf nécessité impérieuse de service et à titre exceptionnel, être mis dans l'obligation d'assurer une participation supérieure à : une nuit par semaine sous forme de permanence à l'hôpital ; trois nuits par semaine sous forme d'astreinte à domicile ; un dimanche ou jour férié par mois sous forme de permanence à l'hôpital ; deux dimanches ou jours fériés par mois sous forme d'astreinte à domicile. En revanche, le praticien peut, à titre volontaire, dépasser ces

normes dans les limites compatibles avec la bonne exécution de son service normal de jour. Lorsque l'effectif des praticiens cités ci-dessus est insuffisant pour assurer la participation au service de garde sans dépasser les normes prévues à l'article précédent, il est fait appel aux attachés médicaux de l'hôpital, volontaires pour assurer une participation aux services de garde, en complément des vacances dues à l'établissement. Il peut être fait appel à des praticiens extérieurs à l'établissement, inscrits, sur leur demande, sur une liste arrêtée par le directeur de l'établissement ou le directeur responsable du secteur de garde, sur proposition des commissions médicales d'établissement concernées. Cette liste est transmise au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ». Il est toutefois possible d'arrêter la participation aux gardes selon l'article R6152-27 du CSP :

- Participation à la permanence des soins la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et jour férié, sur avis du médecin du travail dans un contexte de mi-temps thérapeutique et sur demande du praticien de dispense, sinon par décision temporaire de cessation de participation, conformément au statut du praticien ;
- Participation spécifiquement à la garde de nuit : sur dispense du directeur de l'ES après soixante ans, après demande motivée et sous réserve des nécessités de service sur avis du chef de service et de la commission de l'organisation de la permanence des soins ; par ailleurs, sur avis du médecin du travail, du fait d'un état de santé qui le nécessite et pour les femmes enceintes à l'issue du premier trimestre de grossesse.

1.1.4.3 Le travail non clinique

Le management prospectif des structures de soins permet de tendre à des organisations performantes et surtout efficaces. Il peut se comprendre sous la forme de la règle des 7S [Lefort2021]. Il s'est développé fortement dans le domaine de la santé depuis les années 2000 sur les bases du Lean Management [Zepeda2020;Tlapa2020;Cohen2018] et peut s'adosser au raisonnement clinique tri-focal [Psiuk2018] par un jugement sur la pathologie (la clinique), la gestion des risques (management en santé) et les réactions humaines (émotions et capacités).

Les « 7S » du management en santé donnent les grandes thématiques du travail non clinique au sein d'une SU, dans ses rapports au patient, au salarié et à ses différents partenaires autant dans les soins que les supports logistiques, techniques, financiers, etc. :

Sort	distinguer le non nécessaire du nécessaire
Set or straighten	une place pour tout et tout à sa place
Shine or sweep	environnement propre et ergonomique
Standardize	organisation compréhensible et reproductible
Sustain	implémentation durable et intégrée
Security	sécurité passive
Spirit and Safety	culture de la sécurité ou sécurité active

Ces thématiques se retrouvent dans le temps consacré aux fonctions et missions managériales sans y être explicitement incluses :

- Les missions à vocations collectives et institutionnelles, visant à :
 - Assurer la coordination des soins (staffs, réunions, organisation de filières, etc.) ;
 - Suivre et analyser l'activité à partir d'indicateurs issus notamment du codage ;

- Contribuer à l'organisation et à la gestion du service et à la vie institutionnelle, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement ;
 - Participer à des démarches collectives traitant de qualités, des risques et vigilances par l'évaluation et amélioration des pratiques, autant au sein de la SU que de l'ES ;
 - Participer aux démarches de préparation des gestions de crises ;
 - Contribuer aux travaux de recherche et d'enseignement universitaires.
- Les démarches relatives à l'obligation d'actualisation de connaissances, d'amélioration des pratiques et de formation médicale continue.

Le référentiel de Sudf de 2011 [Sudf2011] propose :

- Qu'il appartienne aux professionnels, et en particulier au chef de service, de la SU d'exiger et au directeur de l'ES de vérifier que le temps de formation est effectivement réalisé et en rapport avec le plan de formation continue du pôle et les obligations de développement professionnel continu (DPC) et de certification. C'est en effet un droit individuel et un facteur déterminant de la qualité du service rendu aux patients, tout comme participant à l'attractivité du service ;
- Qu'il appartienne au chef de service de décliner la répartition du travail posté entre les différentes catégories de personnels médicaux (PH, PHC, praticien attaché, assistant) et en adaptant cette quotité en fonction des activités de chacun (activités du service, enseignement, recherche) dans un dialogue avec chaque médecin, au mieux lors d'un entretien individuel annuel. Ces éléments sont reportés dans le tableau de service.

Ainsi les volumes du temps de gestion nécessaire aux responsables de SU ou d'UF (unité fonctionnelle) sont contractualisés par pôle et n'interfèrent pas sur le temps non clinique individuel. Il en va de même pour des missions particulières transversales à gros volume horaire comme les responsabilités de Cesu, certains contrats de recherche, le responsable qualité, etc. [Référentiel AMUF, référentiel SUDF 2015]

1.1.4.4 Le temps de repos

Le repos quotidien et le repos hebdomadaire

Le repos quotidien doit être de 11 heures au minimum après une période travaillée, le travail par plage de 24 heures est dérogatoire dans le CSP. Si la pénibilité du travail d'urgentiste est comprise par tous, plusieurs facteurs concourent à ce que de nombreuses SU y aient encore recours, notamment :

- L'isolement géographique de la SU peut impliquer qu'un nombre significatif de praticiens habitent en dehors de la zone du site du travail avec des temps de trajet qui peuvent être longs. En regroupant ses plages de travail, le praticien limite l'impact du temps de trajet ;
- L'impératif de réaliser le planning avec l'effectif en place, couplé à des plages isolées sur les journées ou les nuits concourent à ce que le praticien travaille tous les week-ends. La désocialisation est alors maximale. Les plages de 24 heures permettent aux équipes de travailler seulement un week-end sur deux, et restent des pénibilités contradictoires.

Pour les repos hebdomadaires, le décret n° 2021-1544 du 30 novembre 2021 du CSP précise que le cycle de travail des agents en 12 heures fixe à quatre le nombre de jours de repos au minimum pour deux semaines, deux d'entre eux devant être consécutifs, dont au moins un dimanche.

Les siestes

L'impact de la gestion du sommeil est mixte, non seulement il améliore la QVT des personnels des SU, diminue le risque d'erreurs ou d'accident pendant et après la journée de travail (notamment sur le trajet de retour au domicile), mais il améliore encore la productivité et la sécurité au bénéfice des patients, des soignants et de l'ES [Dutheil2020;Ruggiero2014]. La Sfmu a publié sur son site en juin 2022, un point sur le sujet sous la forme de fiches synthétiques.

Les personnels travaillant 24 heures, devraient pouvoir réaliser une sieste courte de vingt à trente minutes de sommeil dans l'après-midi. Il est admis comme idéal que le médecin de nuit réalise sa sieste courte en fin d'après-midi afin de bénéficier des bienfaits cognitifs au cours de sa nuit. Dans le cas d'un médecin réalisant la soirée, il réalise sa sieste courte en début d'après-midi de préférence en post prandial. La possibilité de faire des microsiestes, soit cinq à dix minutes de sommeil, diminue la fatigue cognitive. Au cours des périodes de repos, une procédure simple de gestion des moyens doit être mise en place, de sorte que le praticien se reposant ne puissent être joint qu'uniquement en cas d'urgence. La réalisation d'un espace dédié et insonorisé, voire l'acquisition de dispositifs des plus simples, tels les casques ou lunettes de sieste, au plus complets de type « cocons », favorisent non seulement l'isolement sonore et visuel, mais aussi permettent une défocalisation rapide cognitive par stimuli sonores et auditifs.

Il est recommandé lors du travail de nuit de pouvoir faire une coupure entre minuit et deux heures. La période de repos minimale suggérée est une sieste longue de 60 minutes, idéalement de 90 minutes, suivie de 10 à 30 minutes dédiées au réveil. Au cours de ces périodes de repos, un protocole de rappel est instauré en cas d'urgence pour un juste décrochage des impératifs de service.

Voici quelques exemples pour organiser son travail :

- Afin de minimiser la dette de sommeil, le jour précédent, faire une sieste de 90 minutes entre 13 et 15 heures ;
- Durant la garde de nuit faire une sieste courte ou des microsiestes en fin de nuit [Oriyama2019;Wallace2020] ;
- Après la nuit, et afin de rétablir un rythme normal, il est nécessaire de faire une sieste de 90 à 180 minutes dès le retour à domicile. Il faut essayer de sortir et prendre l'air après la sieste et se coucher à l'heure habituelle. Enfin, il faut éviter de faire la sieste les jours qui suivent entre deux nuits.

L'article L-3121-33 du code du travail traitant des bonnes pratiques pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et de nuit stipule l'intérêt de faire bénéficier au salarié une durée minimale de 20 minutes de pause dès que le temps de travail quotidien atteint six heures. Les travaux de l'Institut de recherche biomédicale des Armées (Irba) françaises sont inspirants dans le domaine, rassemblés dans le Guide pratique de la gestion du cycle veille-sommeil en milieu militaire [Sauvet2017].

Les congés

La répartition des congés pour un praticien hospitalier est schématiquement la suivante :

- 207 jours travaillés, dont 15 jours dédiés à la formation continue obligatoire. Dorénavant, pour les urgentistes, ces congés sont inclus dans le temps non posté, ce qui est moins avantageux. Ils ne sont donc plus déduits, contrairement aux autres types de congés ;

- 25 jours de congés annuels ;
- 20 jours de récupération du temps de travail (RTT) ;
- 11 jours de récupération de fériés, mais en réalité variables chaque année ;
- Le jour de solidarité est à rajouter aux 365 jours de l'année ;
- Il existe aussi des congés « générés », qui sont les congés acquis, soit sur un compte épargne temps (CET), soit sur les plages additionnelles acquises sur votre temps de travail. Quand les plages additionnelles sont récupérées, elles ne sont alors pas payées en plages additionnelles ;
- Le congé syndical ;
- Les congés exceptionnels (mariages, etc.) ou pour maladie.

La pose des congés est soumise à des règles de droit individuel, croisées avec les règles de la nécessité de la réalisation de planning. Il est possible de dégager quelques règles communes :

- Trois semaines de congés au minimum par praticien du 15 juin au 15 septembre, idéalement consécutives ;
- Report éventuel jusqu'au 30 mars de l'année suivante de la pose des congés annuels qui n'ont pas pu être posés sur l'année en cours ;
- Dans les exemples de la Direction générale de l'offre de soins (Dgos), les récupérations de jours fériés sont gérées en année réelle. C'est-à-dire que ne sont pris en compte dans leur récupération que les jours fériés qui tombent du lundi au vendredi. Ce nombre est ainsi variable chaque année.

1.1.5 Vers de nouveaux rythmes de travail

Plus la durée de travail est importante, plus elle a de conséquences sur les médecins et leurs patients. Cela augmente le risque d'erreur médicale mais aussi cela a des conséquences sur la santé des médecins et des paramédicaux [Philippon2019;Min2019;James2020]. Il y a également une altération des performances cognitives après une garde de nuit. En effet, il est démontré une diminution des performances cognitives après 24 heures de garde et non après 14 heures de garde. Le sommeil pendant la nuit n'est pas un bon sommeil s'il est fragmenté et les nuits de récupération sont difficiles [Fowler2022].

Actuellement en France, la tendance est à la diminution du temps de travail. S'il est fait la démonstration de proscrire 24 heures de travail consécutives, il est nécessaire de tendre vers les 12 heures maximum voire de faire des tranches horaires plus courtes (8 heure à 16 heure, 16 heure à minuit et minuit à 8 heure, etc.) notamment pour les postes à forte charge cognitive et physique (travail sur écran, limitation des mouvements), typiquement la régulation au Centre 15 du Samu. Ce morcellement du temps de travail est tout autant celui de la vie sociale si les ressources humaines demeurent insuffisantes. Il se heurte par ailleurs aux injonctions du terrain par la multiplication des temps de relève, de trajets, etc. Un juste équilibre est à trouver, en équipe, à l'aune de multiples facteurs, pour ne pas subir et faire subir, pour limiter la morbi-mortalité au sein des structures d'urgences par une fatigue inhabituelle ou chronique.

1.2. Le personnel paramédical

1.2.1. La gestion du temps de travail

1.2.1.1. Cadre législatif

La durée légale de travail effectif des salariés à temps complet est fixée par l'article L3121-27 du Code du travail, modifié par l'article 8 de la loi n°2016-1088 du 8 août 2016. Elle est fixée à 35 heures par semaine, pour toutes les entreprises quel que soit leur effectif. Il s'agit d'une durée de référence, un seuil à partir duquel, sauf exception, sont calculées les heures supplémentaires. Il ne s'agit ni d'une durée minimale, les salariés pouvant être employés à temps partiel, ni d'un maximum (sauf et sous réserve de quelques dérogations pour les travailleurs de moins de 18 ans) : des heures supplémentaires peuvent être accomplies dans le respect des durées maximales au-delà desquelles aucun travail ne peut être demandé.

En matière de durée du travail, il convient de distinguer les domaines relevant de l'ordre public, c'est-à-dire ceux pour lesquels le législateur fixe des règles auxquelles il n'est pas possible de déroger, et ceux pour lesquels les règles peuvent être fixées par convention ou accord collectif d'entreprise ou, à défaut, une convention ou un accord de branche. Des dispositions dites « supplétives » sont prévues et s'appliquent en cas d'absence de convention ou d'accord collectif fixant ces règles.

Dans la fonction publique hospitalière

Dans les établissements publics hospitaliers, la durée du travail relève du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans la fonction publique hospitalière. La durée du travail effectif est fixée, en principe, à 35 heures par semaine, le décompte du temps de travail étant réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1607 heures maximum, sans préjudice des heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées. La durée du travail peut être aménagée : le travail peut en effet être organisé selon les périodes de référence dénommées cycles de travail, les horaires de travail étant alors définis à l'intérieur du cycle, qui peut varier entre un cycle hebdomadaire et un cycle annuel, il peut également être organisé avec des horaires variables. Des garanties sont prévues en faveur des agents, en termes de durée hebdomadaire, de durée quotidienne, d'amplitude de la journée de travail, de travail de nuit, de pause quotidienne.

Encadrement de la durée hebdomadaire du travail

La durée hebdomadaire de travail effectif, heures supplémentaires comprises, ne peut pas excéder 48 heures lissées sur une période de sept jours. L'article 6 du décret n° 2202-9 du 4 janvier 2002 encadre les temps de repos quotidien et hebdomadaires. Le temps de pause durant la le temps de travail est fixé par le décret 2002-9 du 4 janvier 2002 ainsi que pour un salarié de droit privé par l'article 74 de la Cour de cassation, civile, Chambre sociale du 20 février 2013, n° 11-28612 [Cassation2013]. Lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent en permanence, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement (CTE), déroger de la durée quotidienne du travail sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse, dans tous les cas, excéder 12 heures, temps de transmission compris. Ainsi, par un jugement n°1001964 en date du 16 février 2012, le tribunal administratif de bordeaux a annulé la décision d'organisation d'un service de réanimation et de surveillance du CH de Libourne en raison du fait que le temps de consigne faisait dépasser la limite maximum des 12 heures.

Le travail effectif s'entend comme le temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des

occupations personnelles. Lorsque l'agent a l'obligation de pouvoir être joint à tout moment, par tout moyen approprié, y compris pendant le temps de restauration et le temps de pause, afin d'intervenir immédiatement pour assurer son service, les critères de définition du temps de travail effectif sont réunis.

Lorsque le port d'une tenue de travail est rendu obligatoire par le chef d'établissement après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (Chsct), le temps d'habillage et de déshabillage est considéré comme un temps de travail effectif.

1.2.1.2. L'astreinte

Une période d'astreinte s'entend comme une période pendant laquelle l'agent, qu'il soit paramédical ou médecin, qui n'est pas sur son lieu de travail et sans être à la disposition permanente et immédiate de son employeur, a l'obligation d'être en mesure d'intervenir pour effectuer un travail au service de l'établissement selon l'article 20 du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002. Le recours aux astreintes a pour objet, pour des corps, des grades ou des emplois dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé de faire face au caractère exceptionnel de certaines interventions incombant aux établissements dans le cadre de leurs missions de soins, d'accueil et de prise en charge des personnes.

Les astreintes visent également à permettre toute intervention touchant à la sécurité et au fonctionnement des installations et des équipements y concourant, lorsqu'il apparaît que ces prises en charge, soins et interventions ne peuvent être effectués par les seuls personnels en situation de travail effectif dans l'établissement selon l'article 20 du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002. De même, lorsqu'il est fait appel à l'agent, la durée de chaque intervention, temps de trajet inclus, est considérée comme temps de travail effectif. Le temps passé en astreinte donne lieu soit à compensation horaire, soit à indemnisation selon l'article 25 de ce même décret. Retenons qu'est considéré comme un travail effectif et non une astreinte le temps pendant lequel un salarié doit se tenir en permanence à la disposition de l'employeur sans pouvoir vaquer librement à ses occupations personnelles (Cour de cassation, civile, Chambre sociale, 4 mai 1999, n° 96-43037) [Cass1999].

Les dispositions des articles 20 à 25 du décret ne sont pas applicables aux astreintes auxquelles sont soumis en raison de leurs fonctions, les personnels de direction ainsi que les cadres, désignés par le chef d'établissement, qui bénéficient soit d'une concession de logement pour nécessité absolue de service, soit une indemnité compensatrice définie par décret. Par ailleurs le chef de l'ES établit, après avis du CTE, la liste des activités, des services et des catégories de personnels concernés par les astreintes, ainsi que le mode d'organisation retenu, compte tenu de l'évaluation des besoins, notamment du degré de réponse à l'urgence, des délais de route et de la périodicité des appels selon l'article 20.

Les astreintes sont organisées en faisant prioritairement appel à des agents volontaires. Toutefois, ce service ne peut être confié aux agents autorisés à accomplir un service à mi-temps pour raisons thérapeutiques ou aux agents exerçant un service à temps partiel selon l'article 21. Un service d'astreinte peut être commun à plusieurs ES. Dans ce cas, une convention est passée entre eux. Elle définit les modalités d'organisation du service d'astreinte ainsi que celles relatives au remboursement entre les ES de la compensation financière accordée aux agents selon l'article 22. Les agents assurant leur service d'astreinte doivent

pouvoir être joints par tous les moyens appropriés, à la charge de l'établissement pendant toute la durée de cette astreinte. Ils doivent pouvoir intervenir dans un délai qui ne peut être supérieur à celui qui leur est habituellement nécessaire pour se rendre sur le lieu d'intervention selon l'article 24.

La durée de l'astreinte ne peut excéder 72 heures pour 15 jours. Cette limite est portée à 120 heures pour les services organisant les activités de prélèvement et de transplantation d'organes. Un même agent ne peut participer au fonctionnement du service d'astreinte que dans la limite d'un samedi, d'un dimanche et d'un jour férié par mois selon l'article 23.

1.2.1.3. Les heures supplémentaires

Les agents de la fonction publique hospitalière peuvent être amenés à effectuer des heures supplémentaires dans le cadre de leur activité professionnelle. Ces heures sont considérées comme heures supplémentaires si elles s'effectuent à la demande du chef de service ou en dépassement des bornes horaires définies par le cycle de travail. Les heures supplémentaires ne sont prises en compte que si un tableau de service a été conçu par l'encadrement, arrêté par le chef d'établissement et qu'il soit compatible avec les cycles de travail fixés par le chef d'établissement après avis du CTE selon l'arrêt n°329841 du Conseil d'État du 25 février 2011.

Le quota maximum mensuel est de 15 heures par mois, soit 180 heures par an. L'arrêt n°331068 du Conseil d'État du 18 janvier 2011 confirme que les heures supplémentaires effectuées par les agents au-delà du plafond mensuel statutaire des 15 heures mensuelles ne peuvent pas être indemnisées. Ce plafond est porté à 220 heures par an pour les catégories de personnels suivantes : infirmiers spécialisés, cadres de santé infirmiers, sage-femmes, sage-femmes cadres de santé, personnels d'encadrement technique et ouvrier, manipulateurs d'électroradiologie médicale

1.2.1.4. Les jours de récupération de temps de travail

L'agent bénéficie de jours supplémentaires de repos au titre de la réduction du temps de travail afin de ramener la durée moyenne de travail à 35 heures hebdomadaires. Le nombre de jours de RTT dépend de la durée de travail effective accomplie au cours du cycle de travail. Il est rappelé qu'un agent ne peut pas effectuer, hors heures supplémentaires, plus de 39 heures en moyenne sur le cycle ni plus de 44 heures par semaine en cas de cycle irrégulier. Les jours de RTT peuvent être pris en dehors du cycle de travail, dans la limite des 20 jours ouvrés par an.

1.2.1.5. L'organisation du temps de travail

L'aménagement et la répartition des horaires de travail sont fixés par le chef d'établissement, après avis du CTE, compte tenu de la nécessité d'assurer la continuité des soins ou de la prise en charge des usagers, les dimanches, les jours fériés et la nuit. Le travail est organisé selon les périodes de référence dénommées cycles de travail. Les cycles de travail sont définis par service ou par fonctions et arrêtés par le chef d'établissement, là aussi après avis du CTE. Le cycle de travail est une période de référence dont la durée se répète à l'identique d'un cycle à l'autre et ne peut être inférieure à la semaine ni supérieure à 12 semaines. Le nombre d'heures

de travail effectuées au cours des semaines composant le cycle peut être irrégulier. Les cycles sont définis par service ou par fonction.

Le temps de travail maximum que peut accomplir un agent soumis au cycle de travail est réduit à 44 heures par semaine. Les heures supplémentaires et repos compensateurs sont décomptés sur la durée totale du cycle. Les repos compensateurs doivent être pris dans le cadre du cycle de travail. Les dispositions de l'article 9 du décret du 4 janvier 2002, qui confie au chef d'établissement le soin d'arrêter des cycles de travail, ne l'autorisent pas à déroger aux règles édictées par ailleurs par le décret et ce, alors même que le cycle de travail résulte d'un accord approuvé au CTE selon l'arrêt du Conseil d'État n° 359501 du 6 novembre 2013. Rappelons que les salariés doivent bénéficier d'un repos quotidien d'au moins 11 heures consécutives selon l'article L3131-1 du Code du travail, et d'un repos hebdomadaire d'au moins 35 heures consécutives selon l'article suivant L3131.2.

1.2.1.6. Le travail de nuit

Le travail de nuit concerne tout travail effectué entre 21 heures et six heures. En principe, la durée quotidienne du travail accompli par un travailleur de nuit ne peut excéder huit heures. Les principaux textes qui encadrent le travail de nuit sont :

- La directive du 4 novembre 2003. Elle donne les principales définitions du travail posté, du travail de nuit, etc.), et fixe les prescriptions minimales générales de sécurité et de santé en matière d'aménagement du temps de travail ;
- Les articles L3122-29 et suivants du Code du travail et les dispositions réglementaires d'application prévues aux articles R3122-8 et suivants. Il convient toujours de s'assurer que les dispositions de la convention collective ou de l'accord applicables dans l'entreprise ne prévoient pas de dispositions particulières.

La réelle difficulté à fixer un seuil limite d'exposition (cinq, dix ou quinze ans) au travail nocturne au-delà duquel les effets nocifs apparaissent de manière certaine vient en partie de la présence de nombreux paramètres qui aggravent ou atténuent les conséquences de l'exposition aux horaires de nuit. Le travail de nuit se définit dans le Code du travail comme tout travail effectué au cours d'une période d'au moins neuf heures consécutives comprenant l'intervalle entre minuit et cinq heures est considéré comme du travail de nuit. La période de travail de nuit commence au plus tôt à 21 heures et s'achève au plus tard à sept heures.

Le travail de nuit n'est pas physiologique et a des conséquences sur la santé des soignants : repas décalés, grignotage, impact sur la vie personnelle (travail la nuit et vie personnelle le jour). Cependant, plusieurs effets sont clairement identifiés sur la santé des travailleurs :

- Troubles du sommeil, fatigue et somnolence ;
- Consommation plus élevée de médicaments, pour faciliter le sommeil ou à l'inverse rester éveillé ;
- Troubles digestifs et déséquilibre nutritionnel avec comme effets d'éventuels problèmes de surpoids ;
- Troubles de l'humeur, irritabilité ;
- Désadaptation et isolement social, professionnel ou familial ;
- Risques cardiovasculaires accrus (surpoids, hypertension artérielle).

Certaines études évoquent un risque plus élevé de cancers, notamment du sein et colorectal [WHO Classification] et chez les femmes enceintes, un risque plus élevé de prématurité et de fausses couches. L'existence de situation de travail de nuit doit conduire à considérer les personnes concernées comme exposées à un facteur de pénibilité. Les effets du travail de nuit [Anses2016] sur la santé sont connus : altération du rythme biologique, dépression, risque de cancer. Il est donc nécessaire de mettre en place une démarche de prévention afin de diminuer cette pénibilité.

Voici quelques idées de démarche de prévention :

- Actions techniques :
 - Aménagement du poste afin de réduire la fatigue (ergonomie, confort...) ;
 - Aménagement d'un local de repos ;
 - Aménagement d'un local adapté pour la prise de repas chauds ;
 - Prévoir des éclairages suffisants des postes et des différentes circulations.

- Actions organisationnelles :
 - Limiter le travail de nuit pour les travailleurs qui en font la demande (par exemple, les seniors) ;
 - Organiser les conditions dans lesquelles la salariée en état de grossesse est informée et peut bénéficier d'un changement temporaire d'affectation dans les conditions prévues aux articles L1225-9 et suivants du Code du travail ;
 - Organiser et porter à la connaissance des travailleurs de nuit les procédures à suivre pour une demande de sortie du travail de nuit ;
 - Limiter la durée d'exposition aux horaires de travail de nuit par la mise en place de dispositif de gestion anticipée des emplois et de formation ad hoc permettant la mobilité du salarié entre différents types d'horaires, notamment de jour si nécessaire.

Chapitre 2

Développement professionnel

2. Développement professionnel

2.1. Carrière, parcours et compétences

L'exercice de la MU a naturellement conduit à une professionnalisation avec un parcours spécifique. Ceci a été le cas pour tous les professionnels exerçant dans les SU en France. La professionnalisation est le développement de compétences, d'une identité professionnelle, ainsi que d'une reconnaissance sociale. Les résultats positifs sont visibles aujourd'hui et permettent de s'inscrire autant que de se projeter dans un plan de carrière : formation initiale, formation continue et certification, mais aussi de préparer les soignants à vieillir dans cette spécialité.

Pour les médecins, la professionnalisation est passée par la qualification en MU avec une reconnaissance universitaire à part entière (sous-section propre au collège national universitaire ou CNU, diplôme d'enseignement spécialisé de MU) et la possibilité de carrières hospitalo-universitaires. Si le parcours universitaire est particulièrement bien élaboré et tracé, fixant les impératifs, il n'en est rien pour ce qui concerne la formation au management d'une SU, d'un pôle ou de ses entités.

Pour les infirmiers diplômés d'État (IDE), un parcours initial universitaire permettra d'ouvrir à des carrières universitaires et de recherche, d'autre part l'ouverture d'un nouveau champ opérationnel est possible avec la création du parcours professionnel infirmier en pratique avancée (IPA) de MU. De nouvelles perspectives professionnelles s'ouvrent progressivement avec l'évolution des besoins en santé et dans l'organisation des soins par l'identifiant, un besoin de réponses graduées (rôle des infirmiers en Smur et en régulation, protocoles de coopération, etc.). Contrairement aux médecins, l'école des cadres permet aux paramédicaux de bénéficier d'un parcours qualifiant pour leurs futures fonctions opérationnelles et stratégiques auprès de leurs tutelles.

Pour les assistants de régulation médicale (ARM), la création en 2019 d'une formation initiale qualifiante de dix mois au sein des centres de formation (Cfarm) permet de s'inscrire dans un parcours professionnel qui répond aux besoins de l'évolution des Centres 15 et la création des services d'accès aux soins (SAS). Sans donner encore le statut de soignant, cette professionnalisation offrira la possibilité de nouvelles missions au sein des SAS et des Cfarm : coordination, supervision, démarche qualité, enseignement, etc.

Les conducteurs hospitaliers seront dorénavant des ambulanciers hospitaliers. Quasi exclusivement employés à bord des Smur, ils sont passés fin 2022 de la filière ouvrière et technique à la filière soignante en janvier 2023. Le statut de soignant leur est ainsi reconnu par le ministère de la santé et de solidarités par un décret paru en décembre 2022. Cette évolution est historique pour cette profession qui peut ainsi s'organiser de façon plus spécifique dans la formation, la reconnaissance et la valorisation dans leurs compétences et missions soignantes avec une liste d'actes de soins spécifiques par exemple déjà fixés par le décret n°2022-629 du 22 avril 2022 relatif aux actes professionnels pouvant être accomplis dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Pour les aides-soignants, le parcours professionnel doit s'inscrire, comme pour l'ensemble des professionnels de la MU, dans des compétences spécifiques à la MU : communication non

verbale, communication avec les patients et les familles, gestion de crise, ergonomie et manutention, gypsothérapie supervisée. Ces compétences devront être développées dans le cadre du développement professionnel continu ou la formation continue. Le développement de compétences spécifiques et adaptées devrait favoriser la reconnaissance de l'identité professionnelle, donner du sens au travail, développer une expertise valorisée par des missions spécifiques et d'enseignement, tels les formateurs aux gestes et soins d'urgence.

La certification individuelle périodique est obligatoire pour sept professions de santé. La mise en place du dispositif national doit être effective dès 2023 par l'application de plusieurs mesures publiées dans l'ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé. À ce jour et pour la MU, seuls les médecins et IDE sont concernés et peut-être bientôt les masseurs-kinésithérapeutes (cf. paragraphe suivant). Le législateur n'a pas encore dévoilé la méthode pour que chaque soignant puisse valider dans un délai, a priori de six ans, quatre actions spécifiques. Si les deux premières actions peuvent déjà être réalisées dans le cadre des obligations triennales liées au DPC, les deux suivantes ont des contours encore mal définis et pourront se réaliser dans le contexte de formation inter disciplinaires et des accréditations :

- Actualisation des connaissances et des compétences ;
- Renforcement de la qualité des pratiques professionnelles ;
- Amélioration de la relation avec les patients ;
- Une meilleure prise en compte de la santé personnelle des professionnels de santé.

Le pacte de refondation des urgences de 2019 permet l'accès direct aux kinésithérapeutes dans le cadre de deux protocoles de coopération selon les conditions de l'article L4321-1 du CSP, pour les entorses de cheville et les lombalgies. À l'avenir les masseurs-kinésithérapeutes pourraient trouver une place au sein des SU comme le suggère plusieurs travaux de réflexion en cours de publication : triage du kinésithérapeute organisateur de l'accueil, lutte contre les escarres dans les filières et à l'Uhc, ergonomie des postes de travail soignants, éducation aux postures et à la manutention, etc. La crise des urgences de l'été 2022 a été l'occasion de souligner et de mobiliser les kinésithérapeutes libéraux en renfort des SU, mais aussi au sein d'ES médico-sociaux. Ceci a été rendu possible par le cadre dérogatoire des dispositions réglementaires exceptionnelles issues de la mission Braun du 1^{er} juillet au 30 septembre 2022, par arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

La MU peut s'exercer sous différentes modalités au cours d'une carrière : libéral, contractuel ou en tant que personnel hospitalier. Ces possibilités permettent de trouver un équilibre au cours de la carrière en fonction des besoins personnels entre flexibilité des horaires et sécurité de l'emploi.

La réflexion doit être poursuivie pour faciliter l'adaptation du travail en fonction des changements personnels pouvant survenir tout au long d'une vie professionnelle. La mise en place d'une stratégie graduée permet de proposer une adaptation individualisable du parcours professionnel sur l'aménagement du temps de travail, des postes de travail. Si besoin, elle permet aussi d'offrir un accompagnement dans un changement d'orientation professionnelle au travers de passerelle, de validation d'acquis professionnels vers d'autres spécialités dans le champ, ou hors champ, de la santé. Cette stratégie doit s'appuyer sur le principe de l'équité et être clairement identifiée et communiquée aux professionnels.

2.2. Dynamiser la qualité de vie au travail

En 2013, conduit par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, l'accord national interprofessionnel [Anact2013] précise que la QVT « peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail, perçu collectivement et individuellement, qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué ». Il est dès lors important de s'informer et de se former notamment sur les risques psychosociaux (RPS). Si beaucoup d'actions ont été mises en place, elles sont cependant rarement en lien avec les causes relatives à l'organisation du travail, dans une démarche proactive, et restent majoritairement curatives dans une démarche rétroactive au lieu de préventives, notamment en anticipant l'impact des réorganisations et des restructurations.

La QVT est une démarche bien plus globale qui s'intéresse aux ressources de l'activité, étroitement liée aux risques. Elle vise à développer une démarche continue d'attention au travail. C'est une démarche participative, qui permet de prendre en compte le point de vue des acteurs de l'ES sur les décisions relatives au travail dans son organisation, dans l'amélioration des conditions de vie tout en renforçant la démarche qualité. Elle va encore plus loin en prenant en compte l'égalité professionnelle, la conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle, les espaces de repos et de convivialité (restaurant professionnel, salles de repos, activités sportives ou culturelles durant la pause méridienne, etc.), en se préoccupant de l'ergonomie des postes de travail, du matériel à disposition, du style de management, etc. Ainsi la QVT s'intègre-t-elle à l'ensemble des composantes de l'activité d'un ES. Ses principales orientations sont globalement axées sur la réflexion autour du management, de l'organisation du travail et de ses évolutions, de l'impact sur les salariés avec le développement d'espaces propices à une démarche participative.

Les dispositifs de formation peuvent s'intégrer au minimum à deux niveaux d'un processus de QVT.

- Se former à la QVT pour les managers de proximité qui conduisent le processus ;
- La formation dans la QVT pour les professionnels, en agissant sur différentes composantes de l'activité professionnelle.

2.2.1 Se former au processus de qualité de vie au travail

2.2.1.1 Des recommandations et obligations opérationnelles

Nous rapportons dix recommandations relatives à la QVT ayant suivi l'accord national interprofessionnel de juin 2013 [Anact2013], renforcé par la Loi Rebsamen du 17 août 2015 [Rebsamen], et reprises par les ordonnances Macron de 2017. Ces dispositions ont changé profondément les modalités de représentation des personnels dans l'ES, la manière de réaliser l'information, la consultation et la négociation, notamment d'une façon périodique et obligatoire :

1. L'implication de la direction générale et de son conseil d'administration est indispensable ;
2. La santé des salariés est d'abord l'affaire des managers, elle ne s'externalise pas. Les managers de proximité sont ainsi les premiers acteurs de santé ;

3. Donner aux salariés les moyens de se réaliser dans le travail. Par exemple restaurer des espaces de discussion et d'autonomie dans le travail ;
4. Impliquer les partenaires sociaux dans la construction des conditions de santé. Cela passe par le dialogue social comme étant une priorité ;
5. La mesure induit les comportements. Ainsi mesurer les conditions de santé et de sécurité au travail est une condition du développement du bien-être au sein d'un ES ;
6. Préparer et former les managers au rôle de manager. Ce point affirme et concrétise la responsabilité du manager vis-à-vis des équipes et des personnes ;
7. Ne pas réduire le collectif de travail à une addition d'individus. La valorisation de la performance collective permet de rendre les organisations de travail plus motivantes et plus efficaces ;
8. Anticiper et prendre en compte l'impact humain des changements. Tout projet de réorganisation ou de restructuration doit être mesuré sur le plan humain en termes d'impact et de faisabilité dans la conduite du changement ;
9. La santé au travail ne se limite pas aux frontières de l'entreprise. L'ES a un impact humain sur son environnement, en particulier sur ses fournisseurs ;
10. Ne pas laisser le salarié seul face à ses problèmes. Il est nécessaire de pouvoir l'accompagner, notamment s'il éprouve des difficultés.

Soit en synthèse les dix « commandements » pour une qualité de vie au travail en ES :

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Implication des composantes de direction 2. Management de la santé non externalisé 3. Des moyens pour se réaliser au travail 4. Implication des partenaires sociaux 5. Des indicateurs mesurés et valorisés 6. Préparer et former les managers 7. Développer l'intelligence collective 8. Accompagner le changement 9. Vision globale de la santé au travail 10. Jamais seul |
|--|

2.2.1.2 La singularité du contexte professionnel

Promouvoir la qualité de vie au travail amène à interroger différents paramètres soit par comparaison interne ou externe appelé parangonnage ou plus habituellement benchmarking. Cette démarche, si elle peut s'appuyer sur un processus telles les certifications périodiques, nécessite de prendre en compte les particularités du contexte. S'intéresser à la QVT, notamment dans les champs de la MU, nécessite de s'intéresser à la qualité des soins. La littérature a mis en évidence précocement le lien entre QVT et qualité de la production c'est-à-dire les soins en médecine, et au-delà, d'autres domaines que sont la recherche clinique, l'ergonomie, les processus internes, les partenariats en temps normaux comme en temps de crise, etc. Il est aisé de comprendre qu'un professionnel de santé qui ne va pas bien ne travaillera pas correctement et va réduire son intérêt de « prendre soin » du système globalement, de des partenaires autant dans les soins, la logistique, l'administratif... et le plus déplorable, du patient et de son proche-aidant. Cela peut aller du retard dans la délivrance de justes soins à l'erreur de diagnostic, mais aussi aboutir à des difficultés chroniques de

management au sein d'un service ou d'un ES, voire à l'effondrement de systèmes de soins par fuite des personnels ou perte des compétences.

Dans le secteur de la santé, encore plus que dans d'autres secteurs, les conséquences de la baisse de qualité des soins ne sont socialement pas acceptables. Vouloir améliorer la QVT des soignants influence directement la qualité des soins qu'ils vont prodiguer et doit être considéré comme un levier majeur d'efficacité d'un service d'urgence, d'un ES. La prise en compte holistique de la vie au travail de chacun permet l'augmentation de la motivation et de l'implication des agents [Sirgy2001]. La MU est une spécialité dont la pratique est singulière. Ses conditions d'exercice peuvent favoriser la survenue de stress aigus et chroniques pouvant influencer la qualité des soins :

Gestion de crises à potentiel traumatique
Permanence des soins
Variabilité des systèmes d'emploi
Confrontations aux violences
Intelligence émotionnelle dans la communication
Charges cognitives variables

- Les soignants sont confrontés à la criticité et à l'accumulation du vécu de situations professionnelles telles que le stress opérationnel, la confrontation à des décès ou à des scènes à fort potentiel de traumatisme psychologique, ainsi que dans l'accompagnement des patients et des proches-aidants : douleur, détresse psychologique, annonce de mauvaise nouvelle, gestion du deuil pouvant être à l'origine d'un traumatisme vicariant.
- L'obligation d'assurer la permanence des soins implique un travail alternant des phases diurnes et nocturnes. Une telle planification, cyclique ou non, des phases de travail et de gardes permet d'assurer cette couverture obligatoire et influence directement, et à moyen terme les capacités de récupération, de concentration, la qualité du sommeil, l'impact sur la gestion du stress, les capacités cognitives et plus globalement la santé des professionnels.
- La variabilité des situations et des environnements professionnels (Smur, régulation, urgences), des disciplines de soins (traumatologie, cardiologie, gériatrie, pneumologie, etc.) et l'évolution rapide des connaissances et procédures peuvent influencer la performance et le sentiment d'efficacité professionnel.
- Les SU sont exposés à la violence des situations et des individus. L'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur fait entrer la société au cœur de l'ES. Les sources de mauvaises tensions peuvent être nombreuses comme l'impatience liée à l'impression d'attente pour une urgence ressentie, pas toujours réelle et ne prenant pas en compte les impératifs généraux de la SU en termes de flux et de logistique. Le décalage existe souvent entre le ressenti des patients et la criticité des pathologies qu'ils présentent avec des impératifs de priorisation. Ces tensions habituelles peuvent devenir inadaptées, jusqu'aux violences verbales ou physiques avec un impact sur la QVT du soignant et de la SU.
- Développer sans cesse son intelligence émotionnelle pour communiquer de façon non violente est une charge mentale qui se surajoute au quotidien. Elle permet la gestion des états de stress, d'inquiétude, d'incompréhension des patients ou des proches-aidants pour limiter l'apparition et l'escalade des situations de tensions inadaptées. Les professionnels doivent s'appuyer sur des compétences relationnelles certaines dans le désamorçage de

ces situations à risque et faire preuve de pédagogie pour expliquer le fonctionnement d'un SU.

- La variabilité de la charge de travail implique un risque d'une charge cognitive inhabituellement élevée, voire saturante. La pandémie de la Covid-19 a montré comment la pression sanitaire était axée sur certains services hospitaliers, notamment les services de soins critiques comme la réanimation et les SU. Ce sont autant de facteurs défavorables au développement de la QVT des personnels qui y travaillent.

2.2.1.3 Une démarche en différentes étapes

Différentes étapes vont être développées afin de donner une dimension participative essentielle au bon déroulement de la démarche de développement de la QVT et surtout à sa réussite. Cet objectif passe par la mise en place d'une politique de QVT qui dépend fortement de l'implication et de l'engagement de la Direction de l'ES. Reprenant en 2019 les termes du guide de la Haute autorité de santé de 2017 [HAS2017], le ministère des solidarités et de la santé (2019) « appelle à des modifications managériales pour sortir d'un système hiérarchique descendant et aller vers une organisation plus transversale et plus souple qui permet des prises de décision nourries également des expériences de terrain ». Le choix de réaliser la démarche uniquement en interne implique un dialogue social ouvert. Si ce dialogue social est empêché, il est préférable de se faire assister par un cabinet externe. Néanmoins, le caractère au long cours du maintien de la QVT appelle une certaine autonomie, travail à remettre en discussion régulièrement.

Les 5P pour cinq étapes d'une démarche de développement de la QVT :

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Préparation de la démarche2. Pluridisciplinarité des compétences3. Performance des indicateurs (Parangonnage)4. Plan d'action5. Pilotage de sa mise en œuvre |
|---|

Étape 1 - Préparer la démarche

1. Communiquer sur le projet de QVT ;
2. Impliquer les acteurs en constituant un groupe de travail basé sur le volontariat tout en veillant à la pluridisciplinarité : cadres, représentants des syndicats, membres du CSE, différentes catégories de salariés, direction, etc. ;
3. Repérer les premiers indicateurs quantitatifs dont dispose l'établissement qui témoignent d'une altération de la QVT ;
4. Analyser ces indicateurs pour identifier les points à améliorer ainsi que les fragilités de l'organisation à évaluer en priorité.

Étape 2 – Réunir le groupe de travail

1. Sensibiliser au vocabulaire, à la définition, aux outils et aux démarches spécifiques ;
2. Utiliser les indicateurs quantitatifs et leur analyse comme axe de réflexion lors de la première réunion. Ces indicateurs pourront être utilisés a posteriori pour apprécier les bénéfices des actions mises en place, devenant des indicateurs de suivi ;
3. S'accorder sur la manière de travailler collectivement, sur les outils et les méthodes pour le recueil et l'analyse des besoins ;

4. Prévoir un plan de communication précis, sur la méthode adoptée par le groupe de travail.

Étape 3 – Déterminer des indicateurs qualitatifs

1. Analyser les besoins à partir d'un recueil de données auprès de l'ensemble du personnel ;
2. Repérer les points critiques liés à l'activité, particulièrement dans les spécificités du travail en MU auparavant décrits ;
3. Identifier et analyser finement les sources des problèmes ;
4. Déceler les facteurs de contraintes et de ressources ;
5. Prendre en compte les dimensions de tensions pesant sur le salarié comme définies par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), tensions liées :
 - Aux relations et comportements ;
 - Aux changements du travail et de son environnement ;
 - Aux contraintes de réalisation du travail ;
 - Aux valeurs et exigences du salarié.

Étape 4 – Poser un diagnostic et définir le plan d'action

1. Traiter les données recueillies en tenant compte du lien entre QVT et différents éléments non exhaustifs : sécurité des soins, projet de soin, projet de pôle, conditions réelles de réalisation du travail (conditions matérielles, aménagement des locaux, espaces de repos, bruit, ratio salariés et usagers, etc.), conciliation de la vie professionnelle et personnelle (horaires, garde d'enfants, aide au transport, etc.), politique en ressources humaines (gestion de l'absentéisme, plan de formation, gestion des carrières, etc.), méthode de management, climat social ;
2. Associer le médecin du travail et le psychologue de la SU ;
3. Définir collectivement des actions d'amélioration ;
4. Définir les moyens nécessaires à la réalisation du plan d'action ;
5. Prioriser les actions ;
6. Présenter le projet du plan d'action et en débattre avec le personnel ;
7. Ajuster et finaliser le plan d'action dans ces perspectives partagées.

Étape 5 – Piloter la mise en œuvre du plan d'action

1. Suivre et évaluer la QVT à partir des indicateurs qualitatifs et quantitatifs retenus ;
2. Réexaminer collectivement et périodiquement le plan d'action ;
3. Actualiser le plan d'action en fonction des résultats et au regard des éventuelles modifications d'organisation et de conditions de travail ;
4. Communiquer régulièrement sur la QVT.

La première étape de la démarche QVT est bien un état des lieux de la situation. Cette démarche peut être assistée par le recours à des échelles permettant d'évaluer les différentes dimensions de la QVT. L'approche de la QVT est basée sur une méthodologie mixte quantitative et qualitative avec l'existence d'outils qui permettent d'appréhender cette double approche.

2.2.2 Des outils d'évaluation (non exhaustifs)

2.2.2.1 Une approche quantitative

Sur le plan quantitatif, il existe une multitude d'échelles pour évaluer des éléments en rapport avec la QVT des professionnels, notamment en santé. Chaque outil a au moins un indicateur privilégié. Le travail de revue de la littérature de Shibi Netto est particulièrement exhaustif sur ce sujet [Shibi2019]. Dans ce travail, il dresse notamment un tableau rapportant les dimensions de QVT rassemblées selon les échelles et les dimensions explorées. Nous avons sélectionné des outils mesurant certaines dimensions comme le stress, l'anxiété, voire l'épuisement professionnel, les effets des traumatismes psychiques ou émotionnels répétés, la qualité du sommeil, le sentiment d'efficacité professionnel et la charge de travail. Ces dimensions ne sont pas exhaustives et répondent à la singularité du contexte de la MU.

Échelles de stress. Lorsqu'il est chronique, le stress peut impacter la santé des professionnels et constituer un facteur de risque cardio-vasculaire entre autres. Il est défini par un qualificatif. S'il peut être bon dans l'adversité, augmentant les performances, il peut être inadapté, chronique, récurrent, c'est-à-dire polymorphe dans ses présentations. En MU, les situations stressantes sont courantes avec les usagers notamment. Il est souhaitable de maintenir un niveau de stress acceptable pour éviter à tous les termes les conséquences sur le soignant et affecter sa QVT. Différentes échelles existent, dont deux très simples :

- Le Stress Numerical Rating Scale-11 [Karvounides2016]. Simple dans sa mise en œuvre et sa compréhension, c'est une échelle numérique comparable à l'échelle numérique utilisée pour quantifier la douleur.
- L'échelle Perceived Stress Scale (PSS) [Cohen1983;Bellinghausen2009], présente dix propositions en termes de fréquence d'apparition à l'aide d'une échelle de Likert à cinq niveaux allant de jamais à souvent. Cet outil s'inscrit dans une vision transactionnelle du stress. Les résultats de la PSS sont classés en trois catégories. Au vu des catégories, les individus de catégorie plus élevée sont à risque. Une personne exerçant dans une SU avec un résultat de PSS élevé est particulièrement à risque nécessitant une intervention pouvant aller jusqu'au changement de service afin de lui éviter un épuisement professionnel.

Échelle d'anxiété. Toujours dans une vision transactionnelle du stress, il est intéressant de mesurer l'anxiété des individus. Le State Trait Anxiety Inventory (STAI) permet de faire la différence entre les traits de personnalité anxieux et un état d'anxiété [Spielberger1970;Bruchon1993]. En effet, une situation stressante et engendrant de l'anxiété pour un individu ne l'est pas forcément pour une autre. Il existe également des personnes plus anxieuses que d'autres. Par exemple, la prise en charge d'un traumatisé grave peut être stimulante pour un soignant et anxiogène pour un autre. Cette échelle est composée de 40 questions évaluées à l'aide d'une échelle de Likert en quatre points. À cette analyse brute, il est intéressant de comparer les scores obtenus pour les traits de personnalité anxieux à celui de l'état d'anxiété. Il existe trois situations :

- État d'anxiété = traits de personnalité (en fort ou faible) = anxiété égale à l'habitude de l'individu ;
- État d'anxiété < traits de personnalité = le sujet se sent bien dans son environnement immédiat ;
- État d'anxiété > traits de personnalité = le sujet a une anxiété plus forte que d'habitude.

Échelle d'épuisement professionnel. Une des conséquences d'un stress chronique ou aigu répété est d'en arriver à l'épuisement professionnel de l'individu. L'échelle la plus répandue

pour l'évaluer chez les soignants est le Maslach Burnout Inventory (MBI) [Maslach1994;Dion1994]. Le MBI évalue trois dimensions : la dépersonnalisation, l'épuisement émotionnel et l'accomplissement personnel au travail.

Échelles de QVT. Malgré leur pertinence, chaque échelle est orientée vers certaines dimensions de la QVT. Il conviendra de vérifier que ces dimensions correspondent à ce que l'on souhaite mesurer. Une échelle prenant en compte la rémunération n'est peut-être pas ce que l'on recherche tant dans le secteur public les salaires étant normés, il est difficile d'influer sur cette dimension.

- La Professional Quality of Life Scale (ProQOL) explore trois dimensions : compassion et satisfaction, épuisement professionnel et fatigue compassionnelle ou traumatisme secondaire [Stamm2005] ;
- La Work-Related Quality of Life Scale (WRQoL) explore à la fois vie professionnelle et vie personnelle ainsi que les interactions entre les deux [VanLaar2007]. Les facteurs abordés sont la satisfaction du travail et de la carrière, le bien-être général, l'interface travail-domicile, le stress au travail, le contrôle au travail et les conditions de travail ;
- La Brook's Quality of Nursing Work Life Survey (BQNWLS) a été spécifiquement créée puis validée pour évaluer la QVT des infirmiers exerçant aux urgences [Brooks2004;Suleiman2019]. Elle comprend 42 items évalués à l'aide d'échelle de Likert de 1 pas du tout d'accord à 6 tout à fait d'accord. Cette évaluation va de 42 à 242 avec des résultats répartis en trois catégories : bas (42-112), modéré (113-182) et haut (183-252).

Échelles de qualité de sommeil. Le questionnaire mesurant la qualité du sommeil est le questionnaire de Pittsburgh ou Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) [Buysse1989]. Cet auto-questionnaire évalue la qualité du sommeil au cours du dernier mois. Il comporte 19 questions utilisées pour calculer sept composantes : qualité subjective du sommeil, latence du sommeil, durée de sommeil, efficacité du sommeil, perturbation du sommeil, médication pour dormir, perturbations du fonctionnement diurne. Le score global est obtenu en effectuant la somme des sept composantes. Il va de 0, aucune difficulté, à 21, difficultés majeures. Un PSQI supérieur à 5 témoigne de perturbations du sommeil et classe les sujets en bons et mauvais dormeurs. Le PSQI nous permet d'orienter les types de troubles du sommeil et d'engager des actions correctrices : temps de sieste en garde, gestion de la récupération post-garde, rythme de travail, etc.

Échelle d'évaluation du sentiment d'efficacité professionnelle (SEP). C'est un concept initialement proposé et développé depuis les années soixante-dix par Bandura, et al. [Bandura1977;Steffen2002] qui requiert plusieurs qualités pour être mesurée :

- La SEP perçue est spécifique à une activité professionnelle précise qui ne peut donc être évaluée que dans des situations et domaines précis ;
- La SEP ressentie repose sur l'intensité de la croyance du professionnel sur ses aptitudes à produire des niveaux de performance précis. Cette appréciation dépend des expériences vécues avec la particularité de varier dans le temps imposant de réaliser des mesures répétées ;
- La SEP ressentie par l'individu doit permettre des prédictions sur ses comportements, ses émotions et ses pensées à venir ou sur son aptitude à changer.

Échelle d'évaluation de la charge de travail. Selon Hart et Staveland [Hart1988], créateurs du NASA-TLX, la charge de travail est une construction hypothétique représentant le coût pour

un humain d'accomplir une tâche avec un certain niveau de performance, tout en recentrant alors l'approche sur l'opérateur et non sur la tâche. La charge de travail est composée de trois domaines : la charge physique, la charge cognitive et la charge émotionnelle. La charge physique résulte de l'effort physique nécessaire pour réaliser la tâche. Elle est influencée par des facteurs individuels, telles la force ou les capacités physiques individuelles, et des facteurs environnants tels les bruits, la température, l'humidité. La charge cognitive est l'effort mental à fournir pour réaliser la tâche (mémoriser, calculer, anticiper, etc.) et la charge émotionnelle représente la gestion des émotions générées par la tâche. La charge mentale est la somme de ces deux composantes. Les facteurs influençant la charge mentale de travail aux urgences sont les interruptions répétées des tâches, la multiplication des sollicitations par les autres collègues, le nombre élevé de patients par soignant, les périodes de travail trop longues, la crainte de commettre des erreurs, et les difficultés relationnelles avec les patients et leurs familles. Les mesures de la charge cognitive peuvent être subjectives ou objectives, c'est-à-dire comportementales ou physiologiques.

Les mesures subjectives reflètent le niveau d'effort ressenti par le participant dans la réalisation de la tâche, qui peut être plus ou moins précis en fonction des caractéristiques de la tâche. Différents questionnaires peuvent être utilisés pour évaluer la charge cognitive. Ces questionnaires ont l'avantage d'être généralement simples d'utilisation et peu invasifs. Parmi les questionnaires employés, le Nasa Task Load index (Nasa-TLX) [Hart1988], le Subjective Workload Assessment Technique (SWAT) [Reid1988] et le Workload Profile (WP) [Tsang1996] sont les plus utilisés [Mouzé2013]. Ces questionnaires sont composés d'un nombre variable d'items mesurant les dimensions jugées pertinentes pour l'évaluation de la charge cognitive. S'il existe d'autres questionnaires proposant une évaluation de la charge cognitive à l'aide d'un seul item, d'autres tels le Nasa-TLX, le SWAT et le WP, considèrent que la charge cognitive est un phénomène multifactoriel pouvant se mesurer par une évaluation des différentes dimensions individuellement et toujours relatives à chaque questionnaire. Le SWAT et le WP évaluent la charge subie par les participants, tandis que le Nasa-TLX évalue les caractéristiques de la tâche réputées responsables de la charge, par exemple la pression temporelle, la demande mentale.

Il n'existe pas un instrument unique d'évaluation de l'efficacité professionnelle, mais il y a autant d'instruments d'évaluation du SEP qu'il y a de domaines professionnels. Il est habituel d'utiliser des échelles de Likert permettant de graduer chaque item du domaine exploré.

2.2.2.2 Une approche qualitative

La phase qualitative permet d'affiner les problématiques de terrain, toujours perçues de manière singulière par chaque salarié, même si des récurrences peuvent être déterminées. Cette phase facilite la mise en évidence des mécanismes en jeu et peut faciliter le traitement des situations repérées. Elle peut avoir un effet apaisant sur l'équipe du fait de l'intérêt porté à chacun relativement à la singularité de son vécu. Plusieurs outils d'analyse qualitative sont possibles et peuvent se combiner :

- L'observation flottante de l'activité du service ou l'observation avec un guide ;
- Les captations vidéo de l'activité suivies d'entretiens d'auto confrontation avec les salariés concernés sont difficiles à mettre en œuvre dans une SU ;
- Les entretiens individuels non-directifs ou semi-directifs ;

- Les focus de groupes ou entretiens collectifs avec des éléments « gâchettes » résultats ou non d'analyses quantitatives.

2.2.3 L'individu et le collectif

2.2.3.1 La simulation interprofessionnelle

La simulation est une activité de formation en situation professionnelle. Sa particularité est d'amener une réflexion individuelle et collective sur l'activité professionnelle réalisée en pratique simulée. La simulation interprofessionnelle (SIP) consiste en la confrontation des équipes à des situations simulées cliniques proches du réel dans un environnement sécuritaire qui aide les apprenants à réfléchir à un certain nombre d'aspects de leur pratique collaborative comme les questions liées aux différents rôles, à leur responsabilité ou à la communication en équipe.

La réflexion sur l'action est la clef de la théorie de l'apprentissage expérientiel qui transforme une expérience vécue en source d'apprentissage et de développement. En cela le débriefing est une réflexion devant être guidée ou facilitée dans un cycle d'apprentissage expérientiel [Fanning2007]. La méthode conduisant le débriefing en simulation permet de faciliter les prises de conscience personnelles comme collectives en augmentant les occasions d'interaction en groupe, la réflexivité et le développement des idées [Steinwachs1992]. À travers cette dimension sociale, le débriefing facilite l'apprentissage par l'expérience, autant pour ceux l'ayant vécue que ceux l'ayant observée [Dismukes2006;Lai2016]. La mise en œuvre d'une simulation interprofessionnelle doit répondre à certains principes qui conditionnent son efficacité [Houzé2019].

La SIP permet de répondre à différents domaines de la QVT :

- Le management participatif. Le formateur est souvent « encadrant technique d'insertion », et donc manager du salarié en parcours d'insertion. Or la séquence réflexive amène à discuter et interroger le travail et les consignes. La montée en compétence peut apporter de la clarté sur les rôles de chacun et les procédures.
- Les relations au travail et le climat social. Les relations de travail sont nécessairement impactées par l'introduction de nouvelles missions dans la structure pour les différentes parties prenantes : hiérarchie, formateurs, salariés en parcours, etc.
- Le contenu du travail. La montée en compétences favorise l'autonomie pour agir sur son travail. En amont l'organisation des séquences pédagogiques amène une réflexion sur la clarté des consignes et la répartition des missions. Les situations de travail peuvent être modifiées, restructurées, aménagées de manière durable afin de répondre aux besoins de formation.
- La santé au travail. L'analyse de l'activité amène à considérer la santé dans l'activité, et à interroger l'environnement des postes de travail. À travers le dialogue et l'analyse, la formation contribue à la mesure des risques professionnels et psychosociaux.
- Les compétences et parcours professionnels. De façon très évidente, la formation contribue au développement des compétences et s'inscrit dans une logique d'individualisation des parcours.

Ainsi, la SIP a pour objectif l'amélioration de la qualité des soins interprofessionnels avec un triple impact visé sur le terrain : l'amélioration du bien-être des professionnels au travail,

l'augmentation de la satisfaction et de la sécurité des patients [Hogg2009;Zwarenstein2009]. Dans son rapport, [OMS2006] l'Organisation mondiale de la santé (OMS), rapporte l'hypothèse d'une collaboration interprofessionnelle renforçant les systèmes de santé source d'amélioration des indicateurs de santé. Cette collaboration interprofessionnelle peut freiner la mobilité du personnel, diminuer les tensions et les conflits entre les intervenants. Autant de facteurs favorisant la survenue des complications médicales et d'erreurs cliniques. El Khamali, et al. montrent de façon significative l'intérêt de la formation multimodale, incluant de la simulation, pour réduire le stress au travail des infirmiers de réanimation, le turn-over et l'absentéisme [ElKhamali2018].

2.2.3.2 Le sentiment d'efficacité professionnelle

Les formations ont un effet bénéfique sur la perception des individus en leurs capacités à mobiliser les comportements adaptés au moment de la survenue d'une situation critique [Houzé2019;Secheresse2015;Turner2007;Durand2014;Leigh2008;Shinnick2013]. Dans ces études, le niveau ressenti d'efficacité en fin de formation est souvent élevé. Le niveau de sentiment d'efficacité professionnelle (SEP) post-formation serait corrélé au transfert des compétences sur le terrain professionnel et aurait également une influence sur la durée de persistance de SEP dans le temps.

2.2.3.3 Gestion du stress et des émotions par la formation

Les conditions d'exercice en MU sont sujettes à générer des émotions et du stress non souhaités chez les professionnels avec un potentiel impact sur les capacités cognitives et sur le développement d'un stress chronique. Plusieurs processus de formation peuvent contribuer à la gestion des émotions et du stress. La formation peut être l'occasion d'une approche favorisant la réflexivité sur les émotions [Saint-Jean2017] avec trois niveaux d'action [Lafortune2015] pour le formateur, permettant de parler de réflexivité émotionnelle, capacité à analyser et réguler ses émotions pour contrôler leurs influences sur les processus cognitifs ou relationnels :

- Présence affective. Prise en compte immédiate de la dimension affective des apprenants pour s'ajuster devant l'observation d'un état émotionnel qui ne semble pas favoriser l'apprentissage ou qui pourrait influencer la mobilisation des compétences du travail en équipe ;
- Modelage affectif. Prise de conscience des émotions par leur verbalisation et l'explication de leur impact sur la performance, l'apprentissage et les rapports aux autres ;
- Instrumentation affective. Donner du sens entre les émotions et l'action passée. Elle offre des moyens de s'ajuster dans l'action lorsque des situations difficiles apparaissent.

2.2.3.4 Les techniques d'optimisation du potentiel

D'autres processus peuvent-être mobilisés et faire l'objet de formation tel que les techniques d'optimisation du potentiel (TOP). L'objectif des formations aux TOP est d'intégrer un ensemble de techniques basées sur la respiration, la relaxation et la projection mentale pour développer la capacité d'adaptation dans des situations et des contextes professionnels nouveaux, complexes ou stressants. Trois catégories de techniques existent. Elles sont simples, réalisables en groupe ou seul, dans n'importe quel lieu, à tout moment, rapidement mobilisable et sans matériel :

- La détente musculaire : relaxation musculaire directe, relaxation musculaire indirecte, etc. ;
- La projection mentale : méthode de Schultz, relaxation sensorielle, image de détente, etc. ;
- Les mixtes. Exemple : relaxation psycho-physiologique personnalisée, relaxation posturale, etc.

2.3. Retraite

Il semble primordial, et plus spécifiquement pour les médecins en fin de carrière, d'être actif dans la planification de leur retraite. Les conséquences d'un départ à la retraite non anticipées, sans être spécifiques à la MU, peuvent être :

- La perte de l'identité professionnelle avec une diminution de l'estime de soi ;
- L'insécurité financière ;
- La perte du réseau social lié au travail ;
- L'inactivité et la difficulté à trouver d'autres centres d'intérêt ;
- Un déséquilibre dans la vie privée.

La préparation à la retraite permet d'anticiper les enjeux financiers, de modifier son rythme professionnel vers une transition considérant les relations avec la famille, les amis, la santé et de nouvelles activités. Un guide canadien est consacré à ce sujet en particulier [Canada2019].

2.4. Santé au travail

Travailler dans un ES expose les soignants à de nombreuses contraintes incluant entre autres celles inhérentes aux horaires de travail : amplitude et volume de présence sur les lieux de travail, horaires atypiques, l'alternance de travail jour et nuit, travail les jours de week-end, jours fériés, jours de fête, etc. Une charge mentale (responsabilité, situations génératrices de stress, interruption de tâches, etc.) et émotionnelle lourde (rapport avec la mort, violence dans les services, etc.) pèse sur ces professionnels de santé. D'autres contraintes existent telles que les contraintes physiques par le travail en position debout, le piétinement, le port de charges lourdes et la manutention de malades ou du matériel médical.

L'ensemble de ces contraintes professionnelles peuvent générer ou participer à des conséquences potentiellement lourdes et entravant la QVT par un épuisement professionnel plus intense et profond. Elles sont source de conflits professionnels ou personnels, de sensation de se consumer au quotidien, de se « cramer littéralement à la tâche », de « décrocher » par une perte de sens dans ses engagements dans le prendre soin, voire d'ennui par un cadre ne correspondant plus aux aspirations personnelles et collectives pour les soignants en SU. Nous développerons ici plus particulièrement la notion de burnout, première entité décrite en langue française par syndrome d'épuisement professionnel, sans délaissier les concepts de boreout et de brownout, constituant les trois valences de crises que peuvent traverser tour à tour les personnels de SU.

Aujourd'hui, ces 3B sont bien trois formes d'épuisement, dont les enjeux se situent tout autant à un niveau personnel que collectif, privé que professionnel. De façon originale, fruit de nos recherches pour la QVT en MU, nous proposons une synthèse des dimensions cardinales (Tableau 5) renvoyées par ces trois valences d'épuisement au travail avant de les développer :

Tableau 5. Dimensions cardinales des 3B de l'épuisement chronique.

Burnout Sur-charge	Boreout Désamorçage	Brownout Sens
Émotionnelle	Sous-charge de travail	Perte des identités
Physique	Défaut de stimulation	Défaut de management
Cognitive	Culpabilisation	Valeurs non partagées
Comportementale	Inadéquation des envies	Fracture des cohérences

2.4.1 Le burnout

Le terme burnout, ou syndrome d'épuisement professionnel, est né aux États-Unis dans les années 1970 bien que des phénomènes similaires aient déjà été décrits dans les années 1950 en France. Il s'agit ainsi d'une expérience psychique négative définie par l'OMS comme un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail. On s'accorde aujourd'hui à décrire le burnout comme un syndrome tridimensionnel englobant l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation et la perte du sentiment d'accomplissement personnel. Cette pathologie se différencie en partie de la dépression par le rôle majeur du travail dans son développement alors que dans la dépression, ce dernier est plus souvent un facteur aggravant qu'un déclencheur franc.

2.4.1.1. Manifestations psychosomatiques

L'intégralité des symptômes d'un épisode dépressif majeur se retrouve également dans le burnout ce qui rend la différenciation particulièrement difficile des deux pathologies, souvent impossible à un stade avancé de la maladie. Les principaux symptômes du burnout sont ainsi communs à la dépression, hormis le cynisme. Les signes sont souvent discrets et non spécifiques initialement. Rapidement, si la situation n'est pas identifiée, si la victime ne tire pas la sonnette d'alarme et que les conditions de travail ne sont pas modifiées, le tableau clinique se complète avec l'apparition puis l'installation de symptômes plus marqués, physiques, comportementaux et psycho-affectifs. Le burnout s'exprime schématiquement dans les dimensions cardinales suivantes :

- Émotionnelles : humeur triste, irritabilité, négativisme, diminution de l'estime de soi, sentiment d'incompétence, etc. ;
- Physiques : fatigue, troubles digestifs, troubles du sommeil, douleurs rachidiennes, etc. ;
- Cognitives : difficultés de concentration, perte de mémoire, indécision, distraction, etc. ;
- Comportementales : isolement, agressivité, développement d'addictions et motivationnelles par un désengagement du travail.

2.4.1.2. Prévention

Il est nécessaire d'identifier les causes professionnelles du burnout, également appelées facteurs de RPS liés au travail. Les rechercher et ainsi faciliter leur identification pourrait permettre dans certains cas de repenser l'organisation du travail. Ils peuvent être classés en six axes selon le rapport de Gollac et Bodier de 2011, visant à mesurer les facteurs de RPS

au travail pour les maîtriser [Gollac2011]. Ce rapport venait renforcer et compléter celui de Nasse et Légeron de 2008 sur la détermination, la mesure et le suivi des RPS au travail [Nasse2008] :

- Les exigences au travail : intensité et temps de travail ;
- Les exigences émotionnelles : contact avec le public ;
- Le manque d'autonomie et de marges de manœuvre ;
- Les mauvais rapports sociaux et relations de travail avec les collègues et la hiérarchie ;
- Les conflits de valeur et la qualité empêchée source de perte de sens de son travail ;
- L'insécurité socio-économique de la situation de travail. Ce dernier axe concerne certainement moins les médecins que les paramédicaux.

Certaines caractéristiques personnelles intrinsèques, dont de nombreux biais cognitifs, favorisent l'apparition du burnout et notamment :

- La tendance au perfectionnisme ;
- La recherche excessive d'admiration ;
- L'excès de sens des responsabilités ;
- Le besoin excessif d'harmonie, de contrôle ou d'autonomie ;
- Avoir un idéal élevé quant au niveau de performances et de réussite à atteindre ;
- Lier l'estime de soi à ses performances ;
- Chercher à atteindre des objectifs difficiles, voire impossibles.

Par ailleurs, l'environnement professionnel ou personnel peut être particulièrement favorable dans certaines professions. C'est particulièrement le cas dans les métiers chargés de sens, d'empathie et tournés vers le soutien de son prochain. Les professions du soin sont particulièrement exposées à un tel risque avec cet idéal du sauveur. Alors que la formation aux soins est bien plus centrée sur la technique et le protocole de soins, fortement inhérente au succès, force est de constater que l'expérience du soin apprend une posture bien plus humble face à l'altérité de la maladie ou du traumatisme. Cet apprentissage constant à la performance dans la réussite doit impliquer d'accepter et de se former à l'erreur, au lâcher-prise tant le patient, sa maladie, son traumatisme ne sont pas des entités appartenant, et donc sous contrôle, du soignant.

Une alternative de posture est certainement de travailler la qualité de présence, ne délaissant pas la performance dans les soins. Ainsi le soignant peut-il augmenter sa capacité à encaisser et transformer le sentiment d'impuissance ou d'échec dans la lutte contre certaines maladies. L'enquête SESMAT de Estrun-Béhar, et al. a été réalisée auprès de médecins hospitaliers français entre 2007 et 2008 [Doppia2011]. Elle retrouvait à une prévalence de burnout de 51,5 % plus particulièrement chez les médecins urgentistes [Estryn2011] avec, en analyse multivariée, une association entre burnout et conflits travail-vie familiale, ainsi que burnout et qualité du travail en équipe à l'origine des départs de la spécialité. Ceci est conforté par des études plus récentes [Jacobson2022;Brand2017;Rocha2020]. Chez les infirmiers en SU, la prévalence du burnout est supérieure, principalement liée à un épuisement professionnel, au sentiment de dépersonnalisation au travail (cynisme vis-à-vis du travail ou déshumanisation) et de non accomplissement au quotidien avec réduction du sentiment d'efficacité personnelle [Gomez2017;Rocha2020;Hamdan2017].

2.4.1.3. Dépistage

Le danger majeur de l'épuisement professionnel est lié à son diagnostic le plus souvent tardif, au dernier stade d'évolution de cette dynamique délétère, celui des possibles complications psychiatriques ou somatiques, celui du risque suicidaire, de l'accident de travail ou de trajet [Stehman2019]. L'enjeu est pour les professionnels de santé de détecter au plus tôt le burnout afin d'engager les mesures adéquates et éviter des conséquences potentiellement dramatiques. En préhospitalier, il est montré une réduction significative de la survenue de syndrome de stress post traumatique si de telles mesures préventives et d'accompagnement sont mises en place [Alshahrani2022].

La première étape est donc de sensibiliser le monde professionnel dans son ensemble, incluant les instances hospitalières et les managers de la réalité du burnout. D'un point de vue pratique, le test d'autoévaluation de Maslach [Maslach1981] permet de se situer face au burn-out à un stade débutant et, par là même, facilite une prise en charge plus précoce. Le médecin du travail a toute sa place à jouer dans la prévention et le dépistage du burnout bien qu'une visite régulière soit en théorie obligatoire, force est de constater que la réalité est tout autre. Voilà donc un axe potentiel d'amélioration simple dans le cadre d'une démarche QVT en milieu hospitalier.

2.4.2 Le boreout

L'épuisement professionnel par l'ennui, ou boreout est une notion récente diffusée en 2008 [Rothin2008]. Tout comme le burnout, il confronte le soignant des SU à des RPS pouvant se confondre avec le burnout et le brownout. Si le burnout est une surcharge de travail, le boreout s'exprime schématiquement dans les dimensions cardinales suivantes :

- Sous-charge de travail ;
- Défaut de stimulation ;
- Culpabilisation reliée au travail ;
- Inadéquation des envies.

Le boreout est bien la conséquence d'un ennui professionnel devenant chronique et donc pathologique. Cet ennui trouve le plus souvent ses origines lorsque les compétences d'un soignant ne sont pas suffisamment activées. C'est le cas lors de la prise de poste sans accompagnement au changement, en l'absence de fiches de tâches spécifiques ou lorsque la routine s'installe allant contre les principes des soins aigus. Ce peut-être aussi lorsque les rapports sociaux auparavant denses se font plus rares, lorsqu'il existe rupture de confiance envers la hiérarchie, les pairs, les subordonnés, pire lorsque s'installe durablement de la défiance et une absence de loyauté [Girod2005;Gaire2018 ;Cleary2018]. Les conflits dans les souhaits, le sentiment d'insécurité au travail peuvent aussi être source d'un désengagement du soignant au quotidien et dans la durée, à même de contaminer l'équipe.

Le boreout peut amener à des conduites addictives, occupationnelles non adaptées, de violences au sein de l'équipe, envers les patients ou les proches-aidants, mais aussi dans la vie privée et sociale. Le sentiment de se « désamorcer » peut-être à l'origine d'un stress au polymorphisme particulièrement sournois : sentiment d'abandon, de perte de valeurs communes, de perte d'appartenance.

Plusieurs travaux récents décrivent les symptômes du boreout avec une échelle d'évaluation publiée en 2021 par Poirier, et al. [Poirier2021] :

- Tensions interprofessionnelles ;
- Altération des performances ;
- Absentéisme ;
- Diminution de l'estime de soi, sentiment de honte et de culpabilité
- Augmentation du stress et de la dépression ;
- Réduction de la prise en compte des besoins du patient et proches-aidants ;
- Réduction des initiatives ;
- Faible capacité à évoluer professionnellement ;
- Réduction de la satisfaction au travail.

2.4.3 Le brownout

Le brownout, littéralement « baisse de courant », est une autre forme d'épuisement professionnel lié à une perte de sens dans ce que le soignant fait au travail. La théorisation du brownout a été réalisée en 2013 par Graebler [Graebler2018] dans le cadre des bullshit jobs, ou « jobs à la con ». Dans une société robotisée, venant en support, l'homme aurait dû réduire drastiquement son temps de travail. Au contraire, une multitude d'emplois ont été créés afin de continuer à faire travailler. Une sorte d'aliénation par le travail venant soutenir la consommation et la production, et donc le capital financier. Cette théorie est particulièrement débattue sur les emplois utiles et non utiles. Le Lean management que nous avons déjà évoqué, tente d'optimiser les énergies et les coûts, avec une vocation qui peut être saine dans le domaine du soin pour un management en santé cohérent, soucieux du capital humain, autant du patient que du soignant. Sa vocation est d'améliorer la qualité des soins, la souffrance au travail et les coûts inhérents [Fernandes2020;Abdallah2020]. En somme, un objectif clair est fixé pour des soins meilleurs, rapides et sûrs [Zepeda2020;Tlapa2020].

Dans des métiers particulièrement chargés de sens, et même fondamentaux comme ceux du soin, le brownout est certainement un lieu professionnel qu'il ne devrait pas visiter. Et pourtant il peut s'y installer, particulièrement dans une population exposée au boreout lorsque surqualifiée au regard de leurs missions. Lors d'un brownout, le soignant ne comprend pas ou plus les raisons de son travail avec une difficulté à considérer ses objectifs d'une manière patente et profonde. Le brownout peut être particulièrement difficile à déceler, tant les réaménagements peuvent se réaliser pour contrer cette démission mentale préoccupante, durable et pathologique envers son travail.

Les symptômes retrouvés sont notamment :

- Absurdité ou inutilité ;
- Crise existentielle dans un contexte de remise en question professionnelle et personnelle ;
- Démotivation ou lassitude ;
- Perte d'attention et de concentration ;
- Des relations professionnelles se dégradant (plus d'humour, cynisme, repli, etc.) ;
- Perte d'estime de soi ;
- Anxiété intense.

Le brownout interroge schématiquement les dimensions cardinales suivantes :

- La structure personnelle du soignant, ses origines et comment il a construit son identité professionnelle avec les objectifs qu'il se donne autant au présent qu'au futur ;
- Le management en général, de leadership bien entendu, mais aussi de followership [Gordon2015;Akamine2021;Barry2021], renvoyant notamment l'intelligence émotionnelle du soignant à celle du groupe [Bar-On2003] ;
- Les valeurs. Étant tous sous l'influence de nos biais cognitifs, nos « certitudes » se jouent autant dans notre éducation, notre formation, notre expérience, mais aussi sur un plan anthropologique dans les valeurs que l'on partage en un lieu, pour un corps, pour une fonction, pour un système. Le modèle de Schwartz permet de formaliser un profil en fonction de valeurs exprimées [Schwarz2012] en définissant 19 valeurs considérées comme universelles puisque reposant sur des exigences d'ajustement s'imposant à chacun au quotidien et particulièrement au soignant : besoins biologiques, interaction sociale, nécessité de permettre un bon avenir au groupe ;
- Un désir de cohérence entre réalisation personnelle et professionnelle, entre intimité et expression de ce que l'on est réelle, ce que l'on pense être et ce qu'il nous est demandé d'être. L'alignement de ces trois curseurs étant peut-être l'une des clés de la QVT, du bonheur au travail, du bonheur très probablement.

Chapitre 3

Travail en équipe

3. Travail en équipe

3.1. La définition d'une équipe

3.1.1. Constitution d'une équipe

Dans le domaine des soins, une équipe est la réunion de personnes travaillant ensemble. Elles ont conscience d'une appartenance au groupe et poursuivent un but commun. Ce travail suppose un investissement collectif, mais aussi une répartition de la tâche entre les membres. Comme il a été discuté précédemment au travers des indicateurs de développement professionnel et de QVT, un travail d'équipe efficace peut avoir un impact positif et immédiat sur la qualité des soins et par conséquent la sécurité des patients, des soignants et des ES qui permettent les soins. Il est de plus en plus important de pouvoir compter sur des équipes efficaces dans le domaine de la santé.

La capacité des membres de l'équipe à communiquer les uns avec les autres, avec le patient, le proche-aidant, ainsi que les équipes logistiques et de chefferie, déterminera l'efficacité des soins, du traitement et la pertinence du parcours de soin au sein de l'ES, comme les partenaires extérieurs. Les sentiments que l'équipe ressent à l'égard de son travail jouent également un rôle sur cette qualité de soins. La création et l'appartenance à une équipe ne sont pas spontanées et passent par plusieurs phases [Flin2018] :

- Forming. Les caractéristiques sont le plus souvent l'ambiguïté ou la confusion. L'équipe ne se connaît pas, les contours des objectifs ne sont pas encore évidents, chacun est sur ses gardes et il n'est pas envisageable de se livrer facilement ;
- Storming. Moment de conflits potentiels, de hiérarchisation d'actions et d'intentions avec la révélation de profils types résistants, attentistes ou moteurs à l'origine de frustrations et de difficulté à progresser ;
- Norming. La communication s'ordonne, s'organise parfois de façon écrite. Une approche méthodique et stratégique émerge permettant une formalisation qui permet de réaliser la mission.
- Performing. Toute l'énergie de l'équipe est focalisée sur la mission. Chaque personnalité est une ressource positive, soutenante et constructive pour le collectif. Constant, le sentiment d'efficacité personnelle et collective est fort.

3.1.2. Management d'une équipe

La création et le maintien de l'efficacité, tendant vers l'efficience, d'une équipe passe par un management apte à la diriger, revenant au rôle du chef de service ou d'unité et à son cadre de proximité. Ainsi l'équipe, tout comme l'ES, attend du manager :

- Une exemplarité professionnelle dans sa relation avec l'équipe, le patient et son proche-aidant ;
- Un sens commun, sentiment d'appartenance de chacun à l'équipe par la mise en place d'objectifs communs avec un retour sur les actions menées ;
- De faire confiance dans les talents individuels et d'en assurer la supervision dans leurs expressions ;
- D'évaluer les pratiques professionnelles en équipe ;
- De savoir motiver tout en créant une synergie des efforts centrés sur les soins et les patients ;

- D'être un levier d'augmentation des compétences, notamment en incitant à la formation ;
- De faire preuve d'empathie, d'être à l'écoute, de comprendre et de soutenir le moral ;
- De reconnaître et de valoriser le travail individuel et de l'équipe ;
- De prendre des décisions partagées ;
- De maintenir autant la loyauté comme la discipline ;
- De servir d'interface entre la direction et l'équipe.

Afin de répondre à ces exigences il est nécessaire que les professionnels de santé amenés à exercer un rôle de manager puissent être accompagnés dans ce poste via une formation. La formation initiale des soignants n'aborde pas la complexité des rapports humains et du management d'équipe. Il est important que les directions d'ES identifient ces formations pour favoriser l'émergence de managers compétents dans ces fonctions de gestion d'équipe.

C'est en investissant dans un management qualifié que les établissements verront grandir un management participatif et bienveillant garant de la QVT et donc de la qualité des soins. Plus encore, la formation au management permet de comprendre les leviers qui aident et soutiennent le manager tout autant que le leadership. Elle apporte les outils pour soutenir ses pairs et comprendre les implications stratégiques de l'action individuelle comme collective.

3.1.3. Intérêt du travail d'équipe

Les échanges au sein du groupe forcent la comparaison, la confrontation et l'évolution des idées et des méthodes. La capacité à trouver des solutions est bien plus qualitative en équipe que seul, autant dans la forme que le fond, dans la temporalité et l'acceptabilité. Le partage permet à chacun d'apporter son savoir et son expérience pour une progression globale de la compétence collective [LeBoterf2018].

Le statut égalitaire de tous et les décisions partagées favorisent la cohésion de l'équipe. Quelques bonnes pratiques du travail en équipe :

- Se donner des objectifs et des orientations claires, avec un niveau d'exigences défini ;
- Clarifier les rôles et responsabilités de chacun au sein de l'équipe ;
- Entretenir des communications bienveillantes et fonctionnelles dans l'équipe ;
- Maintenir la coopération et le soutien mutuel ;
- Permettre la créativité, l'expression des opinions et des suggestions de tous.

Les travaux adaptés de Mickan, et al. [Mickan2005] par exemple aident à objectiver les indicateurs de résultats d'un travail d'une équipe de soins à adapter à nos SU :

- Bénéfices organisationnels : diminution de la durée et des coûts d'hospitalisation, diminution des admissions imprévues, meilleures accessibilités pour les patients ;
- Bénéfices pour l'équipe : meilleure coordination des soins, utilisation efficace des services de santé, meilleures communications et plus grande diversité professionnelle ;
- Bénéfices individuels pour les patients : meilleure satisfaction à l'égard des soins, acceptation du traitement, meilleurs résultats de santé et qualité des soins, diminution des erreurs médicales ;
- Bénéfices individuels pour les membres de l'équipe : meilleure satisfaction au travail, rôles plus clairs, amélioration du bien-être.

3.2. Team building

3.2.1. Définition

Nées au début des années 80, les concepts de team building et de team bonding ont pour objectif de créer une cohésion d'équipe et de resserrer les liens pour améliorer la productivité. Ces concepts reposent sur les notions de travail collectif et d'équipe, en opposition avec l'individualisme, et développent une culture d'entreprise. Il existe de nombreuses méthodes. Elles sont toutes fondées sur des jeux et sur la participation collective avec des buts pouvant être différents :

- Les épreuves sportives : utilisées pour renforcer l'esprit de solidarité d'une équipe par exemple
- Les sessions artistiques : utilisées pour l'expression de talents et la gestion du stress par exemple.
- Les sessions écologiques, ou autres expériences collectives travaillant les suggestions et élevant les consciences d'être plus fort collectivement, plutôt qu'individuellement.

3.2.2. Dynamique d'équipe, cohésion et modèle de Tuckman

Tuckman, psychologue américain, a mis au point une modélisation des étapes de constitution d'un groupe en 1965 [Tuckman1965] à partir de l'analyse d'une cinquantaine d'études de théorie des équipes. Au travers de cette revue de la littérature, son objectif était d'aider les chefs de projet à comprendre comment les collaborateurs d'une équipe interagissent. En effet, la manière dont les personnes réalisent leur travail dépend de la qualité de leur relation avec leurs collègues. Ces quatre étapes déjà évoquées en préambule de ce chapitre se suivent le plus souvent lors de la création d'une équipe, d'un projet d'équipe [Flin2018]. Il est cependant important de prendre conscience qu'elles peuvent apparaître à chaque moment de la vie d'une équipe ou d'un projet, apportant toujours des dangers et des opportunités. Sur un plan opérationnel, savoir les objectiver, les caractériser permet de se maintenir en vigilance pour en tirer tous les bénéfices :

- Les étapes de formation permettent la création, la régénération sous de nouveaux angles, de l'équipe et la découverte des autres ;
- Les étapes de tension, adaptées ou non, abaissent les barrières de la politesse, permettent l'expression des non-dits, voire de conflits avec le morcellement en sous-groupes de l'équipe. Elles imposent une stratégie de communication et d'ajustement dans un travail de recherche de solution pour ne pas rester bloqué, dans l'impasse ;
- La normalisation amène la modération interne ou via une expertise, un regard extérieur. Elle apporte une résolution des conflits, développe les complémentarités et limite les oppositions. Elle renforce la confiance, qualité indispensable pour faire grandir le groupe, d'autant plus dans des systèmes de soin ;
- L'exécution et l'efficacité du travail d'équipe tendu vers des objectifs sur des bases hautement fiabilisées, notamment par une coordination comprise et cohérente. Dans cette étape apparaissent les synergies, autant de leviers d'amélioration des performances, tendant à passer de l'efficacité à l'efficience. Cela implique l'acceptation des normes du groupe, la connaissance du rôle de chaque collaborateur et l'indépendance des membres dans la résolution des tâches. Lorsque la dynamique d'équipe est bonne, la productivité est excellente allant de pair avec l'envie de travailler ensemble et le sentiment d'efficacité personnelle et collective. Ceci ne signifie pas l'absence de conflit. Toute confrontation est

accompagnée positivement, en co-construction, tout autant en action qu'en intention, aux plus grands bénéfices de l'individu comme de l'équipe.

Bien que ces quatre étapes permettent aux membres d'une équipe de travailler dans de meilleures conditions, la cohésion d'équipe n'est pas un processus linéaire. Lorsque de nouveaux éléments sont ajoutés ou supprimés (changement de manager, changement de projet, arrivée de nouveaux membres, etc.), les dynamiques s'en trouvent modifiées naturellement et nécessitent d'être accompagnées. Ces situations sont particulièrement fréquentes dans nos SU. Les équipes peuvent avancer ou reculer dans le modèle de Tuckman, voire rester bloquées à une étape. En cela, les méthodes de construction d'équipe (team building) et de renforcement des liens dans l'équipe (team bonding) peuvent intervenir aux différentes étapes du modèle de Tuckman.

3.2.3. Applications

La première application décrite dans la littérature concerne le contexte sportif. Une méta-analyse de 2010 montre que les interventions de type « team building » au sein d'équipes sportives sont associées à une amélioration de la cohésion et du fonctionnement de groupe [Rovio2010]. La littérature concernant le milieu de la santé apparaît au début des années 2000. Parmi les infirmières et étudiants en soins infirmiers, la mise en place d'interventions de construction d'équipe est associée à une augmentation des compétences et de l'efficacité des soignants [Yj2016], une diminution du turnover des équipes, une meilleure communication au sein du groupe ainsi qu'une augmentation de la satisfaction et de la cohésion de groupe [DiMeglio2005;Amos2005]. Les modalités de réalisation doivent pouvoir s'inscrire dans un temps de travail et non sur le temps de récupération ou en week-ends, tant ils s'inscrivent dans des actions de QVT supportées par l'employeur pour l'ES et ses employés (avec appui logistique ou financier). Les études réalisées chez les internes et jeunes seniors ont montré une amélioration des compétences de leadership [Stoller2004] ainsi qu'une progression sur l'échelle de Tuckman [Hope2005].

3.3. Accompagnement des nouveaux arrivants

L'accueil, l'intégration et l'accompagnement personnalisé des nouveaux arrivants doivent suivre un processus systématique et anticipé pour être efficace. Les anglo-saxons parlent d'onboarding [Chreiman2017;Sanchez2020;Anglin2021]. L'organisation suit un parcours d'intégration pour le nouvel arrivant avec notamment pour objectifs de prendre connaissance :

- Du service hospitalier et de son personnel, de sa culture, et plus globalement de son environnement général et des écosystèmes avec lequel il interagit. Ce peut être une visite du service, une formation en ligne ou en présentiel. Ce peut-être aussi en transmettant le règlement intérieur du service, sinon un livret d'accueil général ou plus spécifique pour les internes et paramédicaux, les étudiants en médecine ou paramédicaux ;
- De ses futures relations de travail ainsi que de l'équipe en favorisant les rencontres, par un accompagnement ou l'observation de l'équipe et dans l'exercice de leur activité, etc. ;
- De son poste et de ses missions par la lecture de la fiche de poste, son approfondissement avec son manager hiérarchique direct, la passation des informations et consignes dans le cadre d'un remplacement, etc. ;
- D'avoir un parcours pédagogique personnalisé, notamment les médecins juniors, ou pour les infirmiers pour certains postes spécifiques ;

- Par la demande ou l'invitation à rédiger un rapport d'étonnement à rendre au bout d'une durée fixée, un à trois mois par exemple. Cette pratique est largement répandue en entreprise appliquée pour toute personne nouvelle, autant pour les stagiaires, intérimaires ou collaborateurs engagés dans la durée. Cette méthode permet au nouvel arrivant de rapporter sa perception naïve, mais aussi experte, sur le service et l'équipe, sur ses rapports avec ses partenaires. C'est aussi une manière de valoriser d'emblée ces nouveaux regards, ces nouvelles énergies. Il peut être rédigé sous une forme libre, ou accompagné par un formalisme ouvert.

3.3.1. Connaissance des acteurs et accueil administratif

Une arrivée dans une nouvelle équipe reste une petite crise existentielle, situationnelle, cognitive et émotionnelle qui mobilise particulièrement et qu'il faut accompagner pour limiter les surcharges psychologiques et physiques inhérentes. En amont, la contractualisation doit être transparente et sans ambiguïté tant sur les missions, les aspects juridiques et le cadrage de la rémunération.

Tout nouvel arrivant doit pouvoir identifier et rencontrer son chef de pôle, son chef de service. La définition des rôles respectifs ainsi que les lignes hiérarchiques supérieures pour les paramédicaux (cadre, cadre supérieur, directeur des soins) doivent être données. S'il existe une sectorisation de responsabilités, celle-ci doit être exposée et comprise. Le nouvel arrivant doit pouvoir trouver des personnes-ressources sur lesquelles il peut et doit s'appuyer pour rencontrer l'équipe et ses partenaires : logisticiens, informaticiens, agents d'entretien, administratifs, médecin du travail et son équipe, etc.

La posture d'accueil de l'équipe vis-à-vis de tout nouvel arrivant se doit d'être bienveillante et anticipée. Cette préparation favorise grandement la prise de poste, limite les pertes de temps dans la reconnaissance des bons interlocuteurs et des services. L'accompagnement durant les premiers jours permet une mise en oeuvre pratique et réduit les situations de mise en difficulté par méconnaissance des codes et règles du nouvel environnement professionnel. Ceci est développé plus tard.

Le nouvel arrivant est une chance pour l'équipe et il est attendu. Voici quelques suggestions non exhaustives tant l'équipe doit être innovante pour l'accueil. Pour paraphraser Coco Chanel, si l'on n'a pas deux fois l'occasion de faire une première bonne impression, cela est valable autant pour l'arrivant que pour l'équipe par exemple faire une annonce en amont lors de réunion d'équipe, allouer un bureau en ordre de marche, un poste informatique et un téléphone fonctionnel, anticiper les différents accès numériques, apposer sur la porte le nom du futur occupant tout comme à l'entrée du service ou dans l'annuaire, anticiper les demandes de carte professionnelle, de badges pour l'accès du véhicule, pour les tenues de travail, la carte de visite. Cela peut-être aussi une liste des souhaits exprimé par le soignant avant son arrivée permettant de discuter les possibles et de les mettre en oeuvre et en place dès que possible. Il est souhaitable de ne pas multiplier les interlocuteurs tout en privilégiant un référent qui fera le lien entre le nouvel arrivant et les différents acteurs de son accueil et ainsi éviter de faire reposer la responsabilité de cet accueil sur le seul manager.

Il est recommandé de proposer au nouvel arrivant des temps de découverte des fonctions et missions de ses futurs interlocuteurs réguliers pour faciliter la compréhension de son propre

poste et ses interactions avec leurs périmètres respectifs. Faire un recueil du retour de l'expérience de l'accueil du nouvel arrivant permet d'améliorer le dispositif, notamment par le rapport d'étonnement.

Remettre un livret de bienvenue en amont de l'arrivée dans le service permet l'acquisition de nouveaux repères. Inviter le nouvel arrivant à suggérer d'éventuelles corrections favorise une attitude vigilante et proactive durant la phase d'intégration. Il est souhaitable que ce livret contienne le règlement intérieur avec les horaires et plans d'accès, les rappels sur les valeurs et fondements mobilisant l'adhésion de l'équipe autour d'un projet commun, la manière d'accéder aux protocoles et référentiels de la SU, les éléments de sûreté et de sécurité, notamment la charte de bon usage des outils informatiques, de l'intranet, des réseaux sociaux et des outils de communication interne ou externe, les dates des événements majeurs rythmant l'année de la SU au sein de l'ES et avec ses partenaires (conseils de service, de pôle, d'établissement, exercices plans de secours sur l'ES ou zonaux, etc.), la politique d'évaluation et de gestion de la qualité.

3.3.2. Découverte de l'environnement professionnel

La première journée de prise de fonction, lorsqu'elle est bien préparée, permet au nouvel arrivant d'être très rapidement opérationnel. Une installation réussie diminue les inquiétudes et permet de créer immédiatement un sentiment d'appartenance. La préparation de cette première journée par les mesures évoquées précédemment, ce « pack de bienvenue », permet aussi de réaliser un cycle de rendez-vous avec les principaux interlocuteurs et de mobiliser le moins possible les services support.

Les définitions des éléments constitutifs d'une culture interne commune de service ou de pôle se réalisent autant par un règlement intérieur, qu'une attitude, une posture de l'équipe et de ses membres, mais aussi par les valeurs, l'histoire et donc les expériences qui ont construit cette communauté opérationnelle de femmes et d'hommes. Il semble parfois compliqué d'intégrer certaines équipes tant l'esprit de corps est fort, la culture de l'excellence intense. Si ce peut être à l'origine des motivations d'engagement des nouveaux arrivants, la pression est d'autant plus importante.

Au-delà de l'intégration d'un nouvel arrivant, les canaux de communication sont à fiabiliser au sein d'un service. Ils sont multiples et doivent être utilisés d'une façon adaptée permettant au soignant, au personnel administratif de pouvoir décrocher et raccrocher tout aussi facilement lors des moments de repos : messageries professionnelle ou personnelle, réseau intranet, logiciel de gestion électronique de documents (Ennov®, GED M-Files®, etc.), réunions de service et rapports inhérents tracés dans un lieu commun, usage des groupes au sein de réseaux sociaux sécurisés (Tchap®, Olvid®, etc.) ou non (Facebook®, WhatsApp®, etc.), d'un emplacement ouvert pour des données non sensibles en ligne tels les protocoles de soins, les plannings, et permettant aux groupes de travail d'interagir avec facilité et fluidité (Dropbox®, Google Drive®, etc.)

La montée en puissance opérationnelle par l'immersion progressive, au juste rythme, permet une prise de confiance, autant du nouvel arrivant que de l'équipe, vis-à-vis de ses compétences techniques, émotionnelles et situationnelles. Durant la journée et hors permanence des soins, un temps d'immersion en doublure dans la SU (aux urgences, à l'Uhd,

en Smur, au Centre 15) permet cette acquisition des us et coutumes de l'environnement professionnel, selon une dynamique à fixer.

Maintenir la possibilité les premiers temps de pleine autonomie de pouvoir recourir à un professionnel ressource permet au nouvel arrivant de progresser avec plus de sérénité. Au sein d'un Samu, le directeur des secours médicaux de garde, un superviseur désigné ou le responsable du Centre 15 peuvent remplir cette fonction, d'autant mieux s'il peut être engagé en cas de difficulté. De la même façon, lorsque la permanence des soins est assurée par un seul sénior en SU, unique praticien sur l'ES, la possibilité d'appeler un confrère maîtrisant la SU réduit la charge mentale des premières gardes. Cette possibilité est particulièrement intéressante et motivante pour les médecins juniors, tant il semble parfois très difficile de mettre en œuvre un tutorat de qualité lors d'interventions problématiques (multiples victimes, abords veineux ou intubations difficiles, etc.).

3.3.3. Perspectives

À tout moment, la vigilance des personnes-ressources permet d'identifier les difficultés d'intégration du nouvel arrivant pour apporter les ajustements nécessaires et permettre d'en discuter. La réponse graduée et adaptée aide à progresser en confiance en limitant drastiquement les résistances inutiles. Une intégration réussie est aussi une garantie pour le nouveau professionnel de l'équipe d'être à son tour un ambassadeur de l'équipe et de pouvoir accueillir parfaitement à son tour de futurs professionnels. Pour finaliser le processus d'intégration des nouveaux recrutés, il est pertinent de proposer un dispositif d'accompagnement construit autour de rendez-vous périodiques programmés avec la hiérarchie managériale de la SU ou du pôle.

Il est paradoxal de dépenser une énergie et parfois un budget conséquent pour recruter en MU la perle rare et de négliger son arrivée. Dans le contexte actuel, la fidélisation d'un collaborateur doit être au cœur des priorités autant d'un SU que d'un ES. Elle commence dès l'accueil de celui-ci. L'administration de l'ES doit être partie prenante dans cette démarche, et ceci à tous les niveaux, du chef d'établissement aux personnels de l'administration devant faciliter et accompagner au maximum les démarches. Les enjeux sont importants, car ils permettent de pérenniser les recrutements, de réduire la rotation des soignants dans l'ES et la SU plus particulièrement, et plus généralement de participer largement à l'amélioration de l'ambiance, de la confiance et de la qualité de travail au sein des équipes. La mise en place d'indicateurs et leurs suivis permettent d'objectiver les satisfactions individuelles, générales et interprofessionnelles ainsi que le climat social.

Chapitre 4

Communication interprofessionnelle et relation entre soignants et patients

4. Communication interprofessionnelle et relation soignants-patients

L'explosion du nombre de passages aux urgences ces dernières années nous confronte à des défis quotidiens et dégrade les échanges interprofessionnels et les relations entre patient et soignant. Au sein des SU, la communication verbale et non verbale est omniprésente. Les échanges sont directs et indirects à tous les échelons. Ils transitent par différents canaux : téléphone, messagerie instantanée, réseau social, courrier, courriel, visioconférence, etc. Que ce soient des échanges brefs, éphémères dans un couloir, sur le pas de la porte d'un bureau médical ou encore construits et animés autour d'une réunion de service, ils peuvent jouer un rôle pédagogique, voire stratégique. Ils peuvent aussi être un exutoire ou prendre la forme d'un conseil ou d'une annonce tragique.

Ces échanges sont souvent orchestrés dans un brouhaha environnant, un va-et-vient incessant du personnel et des patients, de jour comme de nuit, 365 jours par an, 24 heures sur 24. On imagine alors aisément qu'une forme de chaos puisse perturber l'harmonie nécessaire au bon déroulé de la communication entre professionnels hospitaliers, tout autant qu'entre le soignant, le patient ou son proche-aidant. Pourtant, c'est à travers cette communication que les relations interprofessionnelles se construisent. Elles ont un objectif commun constant, celui de prodiguer des soins optimaux à chaque patient tout en jouissant d'une bonne QVT.

L'absence de conflit au sein d'une équipe est en partie conditionnée par cette capacité à communiquer. Les équipes qui fonctionnent le mieux et sont les plus efficaces ont pour point commun de développer de bonnes pratiques de communication ainsi qu'une forte collaboration, limitant d'autant l'apparition de conflits [Pinto1990;Poulton1999;Temkin2004]. Selon le guide qualité de vie au travail 2019, les situations de crise aiguë, intégrant les conflits, ne sont pas propices à l'engagement d'une démarche de QVT au sein d'une équipe. Aussi, la formation aux techniques de communication au sein d'une équipe participe à la qualité et à l'efficacité des soins [Alsabri2022].

Pour toutes ces raisons, ces compétences non techniques devraient être connues et développées par les managers en milieu de soins aigus telles que les SU. Il existe de multiples manières d'évaluer les compétences techniques, largement employées en MU et au sein d'un ES. Cependant, il est remarquable de constater que peu d'indicateurs sont en place aujourd'hui pour évaluer en continu ou sur une période donnée la qualité de la communication au sein d'un service.

Il est souhaitable de définir la communication interprofessionnelle (CIP) ainsi que les mécanismes qui peuvent mener à une faille relationnelle. Des outils existent pour aider à résoudre les conflits au sein d'une équipe et rétablir une communication ainsi qu'une collaboration plus robuste.

4.1. La communication interprofessionnelle, pilier de la collaboration

Le concept de communication est le soubassement de la CIP. Il désigne le partage d'informations entre différents professionnels de la santé pour agir positivement sur les soins prodigués aux patients [D'Amour2005]. La CIP est dite efficace lorsqu'elle permet une transmission exacte et ininterrompue d'informations comprises par les destinataires, incluant

les patients et ses proches-aidants [Lo2011]. Plusieurs obstacles au sein du système peuvent l'entraver, tels que le bruit physique et le bruit psychologique ou d'autres freins qui seront développés par la suite. Il est indispensable qu'un membre de l'équipe émetteur puisse transmettre à un autre membre de l'équipe récepteur une information précise, soit le message, dans un langage connu de tous, simple et sans ambiguïté. Zardet, et al. décrivent de nombreux dysfonctionnements organisationnels spécifiques au secteur de la santé : mauvaise régulation de l'absentéisme, atrophie des pratiques de management et de gestion du personnel, inadaptation des conditions matérielles de travail, trop faible engagement des acteurs dans la stratégie de l'établissement, etc. [Zardet2011]. Ils pointent les dysfonctionnements liés à la communication, notamment la CIP, qu'ils intègrent dans un ensemble communication-coordination-concertation, désigné comme principal révélateur d'une « CIP atrophiée ». Ils observent ces clivages interprofessionnels tant à l'échelle de l'ES, qu'entre les services de soins ou au sein d'un service de soins. Ceci pourrait être l'une des origines des erreurs médicales, pointées comme troisième cause de mortalité dans les soins aux États-Unis par Makary et Daniel [Makary2016].

4.1.1. La culture de la sécurité

La culture de sécurité est un ensemble de manières de faire et de penser qui contribue à la sécurité du patient et qui sont partagées collectivement au niveau de l'organisation (équipes, ES). Elle se décline autour de quatre composantes [Reason1991] :

- Culture du reporting par la fréquence des signalements des événements indésirables associés aux soins (EIAS) ;
- Culture du retour d'expérience par l'analyse approfondie de ces EIAS permettant d'améliorer la sécurité des soins pour le patient, le soignant comme l'ES (risque médico-légal notamment) ;
- Culture juste en considérant l'erreur humaine et lui permettre d'être analysée et non pas condamnée dans le cadre d'un management équitable ;
- Culture du travail en équipe en favorisant l'adaptation au changement pour réagir ensemble de manière efficace.

Les différents scores ou échelles évaluant la culture de sécurité au sein des services et des ES ont tous accordé une place majeure à la qualité de la communication [Colla2005]. Le référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme proposé par le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) décrit les compétences nécessaires pour une collaboration interprofessionnelle efficace, dont la CIP [CPIS2010]. Elle concerne aussi bien les apprenants que les professionnels. Ils se doivent de communiquer entre eux de manière responsable et dans un esprit de collaboration et d'ouverture.

Le CPIS illustre l'intégration de la CIP au centre de trois éléments contextuels (pratique, simple à complexe, amélioration de la qualité) pour l'expression des compétences interprofessionnelles selon quatre principes :

1. Clarification des rôles
2. Résolutions de conflits interprofessionnels
3. Leadership collaboratif
4. Travail d'équipe

Plus spécifiquement, le CPIS recommande en matière de communication une collaboration entre apprenants et professionnels pour :

- Mettre en place des principes de communication adaptés au travail en équipe ;
- Écouter activement les autres membres de l'équipe ;
- Communiquer de manière que tous aient une même compréhension des décisions relatives aux soins et services ;
- Développer des relations de confiance avec les autres membres de leur équipe ;
- Utiliser les technologies de communications afin d'aider les membres de l'équipe à identifier des objectifs partagés, élaborer de manière concertée les plans de soins partagés, soutenir la prise de décisions partagée, partager les responsabilités de soins entre les membres de l'équipe, enfin développer une attitude respectueuse envers tous les membres de l'équipe.

Pourtant la CIP fait appel à des compétences qui ne sont pas innées, devant être apprises et pratiquées [Simonet2017]. Ces formations à la CIP doivent être intégrées au parcours de formation des managers et plus largement de l'ensemble des professionnels de santé.

4.1.2. Impact d'une communication défaillante

Dans le cas de patients nécessitant l'intervention de différents spécialistes, il a été montré combien la communication et le travail d'équipe des soignants ont un impact positif sur la qualité des soins [Hewett2009]. La réduction des erreurs dans les soins semble être étroitement liée aux facteurs humains tels que l'amélioration du travail d'équipe et la communication entre les soignants [Temkin2004]. Les raisons significatives des défaillances analysées au niveau de l'équipe sont les conflits, la mauvaise ambiance, la collaboration insuffisante entre soignants ou un défaut de communication interne [Michel2007]. La qualité de la communication et tout particulièrement la CIP est ainsi l'un des pivots essentiels de la qualité des soins, en mesure de répondre aux demandes de soins de plus en plus complexes pour qu'ils puissent être efficaces et sûrs.

L'expérience de l'aéronautique peut nous aider dans cette démarche. Développer et intégrer les outils de l'aéronautique au milieu hospitalier pourraient donc être une partie de la solution visant à améliorer la CIP et à ce titre, en partie, conditionner la QVT des professionnels de santé. Le sentiment d'efficacité personnelle par l'accomplissement d'un travail de qualité, de soins les meilleurs pour le patient sont autant d'éléments constitutifs de la QVT.

4.1.3. L'expérience de l'aéronautique et du bloc opératoire

Il s'est développé une vraie prise de conscience concernant les risques intrinsèques au système de santé qui a mené à l'implémentation d'outils issus d'autres milieux professionnels à risque. Parmi ces milieux, l'aéronautique a mis en place précocement des protocoles, des aides cognitives systématisées (check-list), et des formations en facteurs humains (Crew Resource Management ou CRM). C'est un ensemble de procédures de formation de l'équipage au sein d'environnements où l'erreur humaine peut avoir des effets dévastateurs. Utilisé principalement pour améliorer la sécurité aérienne, le CRM met l'accent sur la communication et la relation interpersonnelle, le leadership et la prise de décision. Il est devenu indispensable, alors que 70 % des accidents survenus au cours des 25 dernières années en aéronautique commerciale pourraient être la conséquence de défauts de communication entre les membres d'équipage [Leonard2004]. Au bloc opératoire, les

défaillances de communication avaient lieu dans environ 30 % des échanges au sein de l'équipe dont un tiers avaient mis en péril la sécurité des patients pour Lingar [Lingard2004]. Les auteurs retrouvaient par ailleurs une augmentation de la charge cognitive, une interruption de tâche ainsi qu'une augmentation de la tension au sein du bloc.

4.1.4. Les entraves à la communication

Les SU rassemblent plusieurs caractéristiques prédisposant à des difficultés de communication, et plus largement à des situations conflictuelles au sein d'une équipe. On sait notamment que le volume important de personnels participe à ce phénomène [Desserprit2015]. Le fait par exemple de ne pas partager les mêmes points de vue, et de ne pas connaître tous ses interlocuteurs favorise le conflit, tout autant qu'un environnement stressant ou l'alternance du travail de jour et de nuit. De même, ne pas jouir d'une bonne réputation ou de relations fructueuses avec le personnel chez un nouveau membre de l'équipe dessert la CIP. Une CIP efficace repose ainsi sur la capacité des équipes à composer avec des points de vue conflictuels pour atteindre des compromis raisonnables. Ceci peut être fait au travers de groupes de travail permettant les prises de parole.

4.1.5. L'entretien professionnel annuel

Réformé par décret, le dispositif d'entretien professionnel annuel est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2021 dans les ES et établissements sociaux et médico-sociaux publics. Il a pour objectif d'instaurer un espace d'échange pour évaluer les actions du soignant, qu'il soit médecin ou paramédical. Ce dispositif doit permettre à l'évaluateur et à l'évalué d'analyser ensemble le bilan des actions menées pendant l'année écoulée et de fixer des objectifs prioritaires pour celle à venir. L'entretien annuel offre donc la possibilité à l'agent de s'exprimer sur l'exercice de ses fonctions, sur son environnement professionnel ainsi que de faire connaître ses souhaits d'évolution de carrière. Cet entretien professionnel est tracé.

Sept points sont à aborder entre l'évaluateur et l'évalué(e). L'ES peut aider et soutenir cette démarche en proposant une trame de référence permettant autant à l'évalué, qu'à l'évaluateur de mieux préparer son entretien :

- L'atteinte des objectifs fixés au précédent entretien ou lors de l'embauche ;
- La manière de servir ;
- Les acquis de l'expérience ;
- Les perspectives d'évolution : missions, affectation, mobilité ou promotion ;
- Les capacités et l'intérêt pour les fonctions d'encadrement, au besoin ;
- Les objectifs à venir ;
- Les besoins en formation compte tenu de l'évolution des techniques médicales et des modes de prise en charge.

4.2. Le conflit interprofessionnel : genèse, prévention et résolution

Les conflits dans les SU ont toujours existé. La pandémie liée au SARS-CoV-2 est devenue un des catalyseurs de conflits à l'hôpital ces dernières années. L'évolution de la crise sanitaire sur plus de deux ans a entraîné une grande fatigue, voire une lassitude, chez de nombreux professionnels de santé, épuisés et découragés de devoir s'adapter à plusieurs reprises à de nouvelles contraintes : procédures, horaires, ressources matérielles et humaines, peur de

l'inconnu, etc. Dans ce contexte sans précédent, certains soignants réagissent et témoignent leur mécontentement et leur désaffection pour le travail à l'hôpital. Les professionnels de la santé peuvent s'adapter à de nouvelles façons de travailler ensemble, à la condition qu'ils puissent solutionner adéquatement leurs conflits. Il est nécessaire de comprendre comment le conflit peut s'insinuer à l'hôpital afin de prévenir la mise en péril de la qualité des soins et parallèlement d'améliorer la QVT des soignants.

4.2.1. Définition du conflit

Kreitner définit le conflit comme un processus dans lequel une partie perçoit ses intérêts comme opposés ou affectés négativement par un tiers. D'autres auteurs définissent le conflit comme un désaccord en soi ou entre des personnes. Ce désaccord cause un préjudice ou a le potentiel de causer des dommages [Saltman2006]. Le désaccord peut être considéré comme un précurseur du conflit.

Barki et Hartwick proposent de définir le conflit interpersonnel comme un processus dynamique survenant entre des personnes ou de groupes interdépendants qui éprouvent une réaction émotionnelle négative en raison d'un désaccord perçu ou d'une ingérence nuisant à l'atteinte de leurs objectifs. Le désaccord représente très souvent la composante cognitive clé du conflit interpersonnel puisque les personnes pensent qu'il existe une divergence de valeurs, de besoins, d'intérêts, d'opinions, d'objectifs entre elles. Le désaccord en soi n'est pas suffisant pour faire naître un conflit. Il est nécessaire que le comportement d'une personne vienne à nuire aux intérêts, aux objectifs ou aux buts d'une autre ou bien s'y oppose. C'est alors que naît le conflit [Barki2001].

Les désaccords professionnels peuvent toucher tant la façon d'accomplir ou d'aborder une tâche donnée (conflit lié aux processus), que le contenu ou la nature de la tâche elle-même (conflit de tâches). On distingue ainsi trois types de conflits interpersonnels [AssoOntario2012] :

- Le conflit relationnel survient lorsqu'il existe des incompatibilités entre les personnes, qui s'agacent. Ce type de conflit est habituellement très contreproductif, car il oblige les personnes à consacrer beaucoup d'énergie à leur antagonisme, au détriment des questions qui doivent être résolues.
- Le conflit de tâches apparaît lorsqu'il y a des désaccords sur la nature des tâches à exécuter, notamment des différences de points de vue, d'idées et d'opinions. Il peut dans certains cas avoir des effets positifs sur la productivité et le rendement de l'équipe, au prix d'une insatisfaction professionnelle ou d'une diminution de l'intérêt pour le travail d'équipe ainsi que d'une augmentation de l'anxiété et d'une propension accrue à quitter l'emploi.
- Le conflit lié aux processus est un désaccord sur la façon d'accomplir une tâche, sur la personne responsable de cette tâche ou sur l'affectation des tâches et des ressources.

4.2.2. Le conflit, une entité inévitable

Les conflits sont inévitables dans tous les milieux de travail en raison des différences intrinsèques entre individus quant aux objectifs, aux besoins, aux désirs, aux responsabilités, aux conceptions et aux idées de chacun. À ce titre, un ES comme toute institution, est un mélange de rapports de coopération mais aussi de rapports conflictuels. Le niveau de performance durable d'une organisation dépend de l'équilibre conflit-coopération dans ce

mélange. La nature conflictuelle des interactions peut être détectée au travers des signes tels que les dysfonctionnements exprimés par les acteurs. Elle peut être observée au moyen d'indicateurs mesurables tels que : absences imprévues, arrêt de travail, départs non souhaités, défauts de qualité, retards, réclamations, insatisfaction du personnel, infections nosocomiales, etc. [Zardet2011]

Il ne semble pas envisageable d'imaginer une SU idéale au sein duquel il n'y aurait aucune source de conflit [Marco2002;Fernandes2003]. Les conflits en MU peuvent survenir avec les patients, les membres de leur famille, l'ensemble du personnel médical, paramédical et administratif qu'ils soient du service ou extérieur. Ils peuvent être le résultat d'un défaut de convergence des attentes de chacun, des objectifs souhaités, des besoins, des agendas, etc. mais dans tous les cas ils semblent inévitables. Bien souvent, il s'agit de divergences d'opinions des professionnels de la santé au sujet du système ou de leurs rôles. Toutefois, une communication déficiente transforme un problème mineur en conflit chargé d'émotions.

4.2.3. La genèse du conflit

Saltman, et al. décrivent la genèse d'un conflit en quatre phases au cours desquelles les pensées et les émotions interagissent avec les actions [Saltman2006]. Dans la première phase, une ou plusieurs parties impliquées dans le conflit ressentent de la frustration. La frustration est une émotion forte qui exige presque toujours d'y apporter rapidement son attention afin d'y trouver une cause. La conceptualisation de la cause est souvent la deuxième phase. Cette rationalisation est généralement rapide mais peut ne pas être exacte. L'objectif principal du processus est de cristalliser nos pensées et sentiments douloureux dans un plan d'action. La troisième phase représente l'expression. Nous réalisons une série d'actions à l'encontre de la cause que nous avons identifiée. Puis, le conflit est formalisé lorsque ces comportements se traduisent par une série de résultats destructeurs dans la quatrième phase.

La responsabilité du médecin peut être impliquée dans cette genèse. Ce peut-être en premier lieu un défaut de communication du corps médical, ainsi qu'un manque d'écoute, une interruption précoce et fréquente lors de communications avec d'autres membres de l'équipe, en particulier lors des situations inhabituellement stressantes [Marco2002;Fernandes2003]. Les relations passées affectent nos communications futures et imposent un processus de résolution précoce du conflit pour que ces relations conflictuelles et négatives du passé mémorisées soient peu contaminantes, plus constructives et transformées en relations positives et fructueuses.

4.2.4. Sources de conflit

Les conflits peuvent être de plusieurs natures et provenir de plusieurs sources [CPIS2010]. Schématiquement il y a ceux liés à la définition des rôles de chacun. Ils sont imputables à des problèmes liés aux diverses responsabilités, à des perceptions relatives à la surcharge de travail ou à l'ambiguïté des rôles assumés par les apprenants et les professionnels. D'un autre côté, il existe ceux liés aux objectifs de chacun. Ils surviennent lorsque des philosophies différentes à l'égard des soins et des croyances, parfois spirituelles, qui créent une divergence d'objectifs comme des approches diverses en matière de soin par exemple. Il existe cependant d'autres sources de conflits qui peuvent relever de différences de valeurs ou de traits de personnalité entre individus.

Dans une SU, trois sources peuvent être à l'origine des conflits, mettant sous influence le personnel :

- Les ressources humaines et matérielles lorsqu'elles sont limitées ;
- Les besoins ou attentes psychologiques individuels et collectifs, incluant par exemple le pouvoir, le contrôle, l'estime de soi, l'acceptation, etc. ;
- Les valeurs, qu'elles soient d'origine religieuse, éthique, financière tant ces dernières sont difficiles à changer et peuvent donc largement impacter le conflit.

De façon plus spécifique à la MU, il a identifié plusieurs sources de conflits dont certaines mettent directement en jeu un défaut de communication :

- La prise de décision finale concernant le patient (et ce qui la détermine) ;
- Le manque de respect de la part des professionnels du service ou extérieur au service, soignants, administratifs ou logisticiens ;
- Le manque de compétences de la direction de l'ES en matière de communication et de résolution des conflits à l'origine d'une impression de moindre engagement envers l'hôpital, les patients ou le personnel des SU ;
- La variabilité des pratiques interprofessionnelles notamment lors du relai de la prise en charge d'un patient d'un praticien à un autre ;
- Les différences dans l'éducation, le mode de vie, les valeurs, les croyances et les styles de communications interpersonnelles.

4.2.5. Reconnaître l'ostracisme

Des données issues de milieux infirmiers ont établi que le climat dans lequel évolue le personnel infirmier compte plusieurs formes d'interactions conflictuelles et de mauvais traitements entre collègues pouvant prendre la forme par exemple d'agressions, d'insultes, d'intimidation, d'ostracisme, d'incivilité, de violence horizontale [Castronovo2016]. L'ostracisme ou syndrome du vilain petit canard fait référence au fait de se sentir ignoré, tenu à l'écart ou exclu par ses collègues. En pratique, cela consiste à ignorer quelqu'un, à ne plus lui adresser la parole ou ne pas la convier aux événements sociaux du groupe. Il est généralement silencieux et souvent invisible. La personne victime d'ostracisme est écartée du contexte social, empêchant toute forme d'interaction et anéantissant le sentiment d'appartenir à un contexte social et la possibilité de créer des liens avec les autres [Doppia2011;Cursan2017].

La violence horizontale rentre plus largement dans le cadre des comportements perturbateurs venant saper la culture de la sécurité dans les soins [Petrovic2018]. Cette violence repose sur le principe que les groupes opprimés dirigent leur frustration et leur insatisfaction vers eux-mêmes en réaction à un système qui les a exclus du pouvoir [Longo2016]. Elle prend volontiers la forme de harcèlement psychologique entraînant de l'hostilité plutôt que de l'agressivité physique [Castronovo2016]. Elle peut néanmoins se traduire par de la violence verbale, des menaces, de l'intimidation, de l'humiliation, des critiques mesquines, des insinuations, de l'exclusion, le refus d'accès aux opportunités, le désintérêt, le découragement et la rétention d'information. Cette violence horizontale est en mesure d'affecter les patients par ailleurs et d'augmenter la morbi-mortalité dans les soins [Doo2021].

4.2.6. La prévention du conflit

4.2.6.1. Les origines

Maintenir des relations interpersonnelles et interprofessionnelles saines, représente un excellent moyen de prévenir les conséquences négatives liées aux RPS au travail. La QVT en équipe est un facteur important de prévention du risque de burnout [Doppia2011], phénomène d'ailleurs plus fréquent parmi les urgentistes, les gériatres et les pharmaciens [Estryn2008]. Les conflits sont un des principaux facteurs de risque qui peut mener à du harcèlement psychologique ou sexuel au travail. Rappelons également que la prévention du harcèlement dans une entreprise relève de la responsabilité de l'employeur. Une faible fidélisation des effectifs au sein de l'équipe, un temps considérable mobilisé pour la gestion de plaintes rapportées au manager ou à la direction, l'absentéisme, le faible investissement du personnel, l'épuisement psychologique et le défaut d'entraide au sein de l'équipe sont autant de conséquences générées par le conflit, etc. La satisfaction des patients ainsi que la qualité, la sécurité et le débit des soins peuvent également être affectés. Les RPS sont alors majorés avec l'installation de conduites à risque pour le personnel affecté tels l'abus de substances et une dépendance à l'alcool, ou des conséquences sur la sphère privée avec des risques majorés de conflits conjugaux.

Les conflits interpersonnels dans les systèmes de soins de santé sont universels. Une étude canadienne a montré par exemple que des infirmières ont affirmé avoir diminué leurs heures de travail en raison de conflits avec certaines de leurs collègues [Warner2001]. Au Japon, les infirmières qui vivent des conflits avec leurs collègues avaient davantage tendance à quitter leurs fonctions [Lambert2004]. En Nouvelle-Zélande, une autre étude a montré que les infirmières nouvellement diplômées connaissaient des niveaux élevés de conflits interpersonnels lors de leur première année de pratique, entraînant une diminution de l'estime de soi, une hausse de l'absentéisme et l'intention de quitter leur emploi [McKenna2003].

La communication est souvent l'épicentre d'un conflit [Acpm2021]. Cela peut prendre la forme d'une charge mentale importante. Dans sa revue de littérature sur la QVT [HAS2017], la HAS rapporte que les personnels de santé déclarent plus souvent que les autres salariés recevoir des ordres ou consignes contradictoires soit 40 % en 1998 et 49 % en 2003. Les salariés des ES du secteur public sont plus nombreux que ceux des établissements privés dans cette situation. Enfin, près d'un soignant sur trois déclare vivre des tensions avec leurs collègues [LeLan2004]. D'autres auteurs nuancent les conséquences du conflit en soulevant certains apports positifs d'un niveau modéré de conflits en milieu professionnel. En effet, un certain niveau de conflit pourrait être essentiel pour atteindre et maintenir un niveau optimal d'efficacité organisationnelle [Rahim1979], puisqu'il stimule la créativité et améliore la qualité des décisions [Cosier1990]. Il s'agit ici davantage de conflits liés aux tâches que de conflits relationnels.

4.2.6.2. La manière de faire

Travailler en équipe est protecteur

La HAS souligne dans son rapport le caractère essentiel du travail en équipe comme soutien et protection des professionnels de santé [HAS2017]. Le moment de la relève, par exemple, est rapporté comme un moment privilégié où le travail d'équipe, à travers les moments de

transmission, constitue un soutien social et émotionnel important pour les soignants. Il joue un rôle fondamental dans la préservation de la santé mentale et physique des soignants. Pour que le collectif existe, il lui faut un espace et du temps, en somme un cadre dans lequel exister. On peut alors envisager non seulement des espaces dédiés pour ces moments d'échanges au sein de l'hôpital, mais aussi toutes les actions visant à renforcer la construction de l'équipe, et intégrer des temps d'échange dans la journée, tel le travail en binôme .

Se former à la communication et aux facteurs humains

La CIP s'acquiert en partie avec l'expérience, mais surtout elle s'apprend. Sa qualité et son efficacité ne peuvent être atteintes qu'après une prise de conscience collective de son caractère non inné. Généralement réservées aux dirigeants, responsables, managers, et notamment dans les milieux professionnels privés, des formations dédiées ont été développées depuis plusieurs années déjà et devraient être étendues et proposées aux professionnels de la santé. Si tout le monde s'accorde à dire que les interactions devraient se dérouler sur un ton poli et respectueux à l'égard des autres professionnels de la santé, il existe cependant plusieurs aspects majeurs de la CIP qui nécessitent d'être appris et développés tels que l'écoute active, la communication directe, la gestion de ses émotions, la prise de parole, l'expression de son désaccord ou d'une demande, etc.

Parmi les divers formats pédagogiques existants, la formation en ligne revêt plusieurs avantages comme un coût plus faible et une facilité d'accès par la formation à distance, en direct ou en rediffusion. Une alternative plus abordable autant pour les employeurs que pour les professionnels de santé qui peuvent plus aisément s'en accommoder. Les formations en ligne sont de qualité variable, parfois trop théoriques et n'impliquant qu'une participation passive du professionnel apprenant, classiquement isolé derrière son écran. Elles ont l'intérêt d'apporter les bases théoriques et de sensibiliser chacun à l'importance de la CIP au quotidien. D'autres formats impliquant davantage l'apprenant tel que la simulation en laboratoire ou même au sein de la SU existent [Sharara2019] avec parfois l'appui de professionnels de la communication.

Quelques outils simples sont à la disposition de tous et permettent d'améliorer la structuration de la CIP en facilitant l'organisation et les échanges, notamment à l'occasion de relève de soins. Ces méthodes améliorent la clarté des communications ainsi que la sécurité des patients.

- Background Assessment Recommendation Situation (SBAR) et son adaptation française Situation Antécédents Évaluation Demande (SAED). Ils sont souvent utilisés pour les échanges et les conversations téléphoniques [HAS2014] ainsi que dans le milieu paramédical. Le professionnel de santé utilise cet acronyme pour discuter du cas d'un patient, ainsi que sur les recommandations sur l'action à entreprendre et l'évaluation de l'urgence d'une situation.
- ANTICipate : Administrative Data (données administratives), New information (information nouvelle=mise à jour clinique), Tasks (tâches=ce qui doit être fait), Illness (maladie), Contingency plan (plan d'urgence)
- DRAW : Diagnosis (diagnostic), Recent changes (changements récents), Anticipated changes (changements prévus), What to watch for (quoi surveiller)
- SIGNOUT : Sick (malade), Identifying data (données d'identification), General hospital course (évolution clinique du patient pendant son hospitalisation), New events (nouveaux

événements de la journée), Overall health status/clinical condition (état de santé actuel ou état clinique), Upcoming possibilities with plans (éventualités et plan d'action), Tasks to complete the plan (tâches en vue de compléter le plan d'action).

4.2.6.3. Maîtriser ses émotions

Se mettre en colère, blâmer son interlocuteur ou porter des accusations sont des méthodes généralement peu efficaces pour apaiser les conflits. Un médecin ne devrait jamais arriver à l'extrémité d'insulter un autre professionnel de la santé par des propos désobligeants ou condescendants. Il est ainsi recommandé de se garder de faire des commentaires sur les soins prodigués par un autre médecin lorsqu'il se trouve devant des collègues ou des patients. Un seul commentaire malavisé suffit généralement à générer de l'insatisfaction.

4.2.6.4. Reconnaître les situations à risques

La posture et l'éveil de chaque professionnel au quotidien permettent l'acquisition d'une capacité à savoir détecter précocement les situations potentiellement génératrices de conflits afin de les prévenir. Les situations à risque sont nombreuses et peuvent être en lien avec des facteurs individuels (fatigue, colère, frustration, etc.), interindividuels (antécédents de conflits avec un collègue, envie, jalousie, rivalité, excès de compétition, conflits d'intérêts, etc.) ou encore avec une situation particulièrement génératrice de stress (mise en péril du pronostic vital d'un patient, afflux massif de patient) ou déroutante telle l'arrivée d'un nouveau chef de service, le manque de précision, de formation ou de moyens pour une tâche demandée.

4.2.7. Résoudre le conflit

Si les conflits sont inévitables en SU malgré les stratégies préventives développées, chaque personnel d'une SU doit être prêt et formé à la gestion de ceux-ci. Le problème du conflit n'est pas tant son existence, mais peut-être plutôt sa gestion [Ahuja2003]. La résolution des conflits interprofessionnels fait partie des six compétences piliers décrites dans le référentiel canadien, pour une collaboration interprofessionnelle efficace et ce au même titre que la CIP ou le travail d'équipe [CPIS2010], les apprenants et les professionnels devant avoir une attitude proactive qui favorise une participation positive et constructive à la gestion des différends susceptibles de survenir.

Les interlocuteurs concernés doivent nécessairement collaborer pour résoudre les conflits qui les opposent. Il est parfois souhaitable, voire nécessaire, d'avoir recours à une médiation par un tiers neutre, ou une instance supérieure. La nécessité d'un tiers régulateur, ainsi que sa légitimité, doivent être idéalement reconnues par les collaborateurs en amont.

4.2.7.1. Stratégie de résolution

De nombreuses stratégies développées dans la littérature et notamment par les canadiens dans la gestion des conflits dans les systèmes de soins [CPIS2010;Acpm2021]. L'Association canadienne de protection médicale propose quelques prérequis que nous rapportons dans le tableau 6.

Tableau 6. Postures prérequis à une collaboration en gestion de conflits. Adapté de [Acpm2021].

- Tout conflit porte des opportunités
- Tout conflit implique des risques ce qui impose des mesures constructives
- Le quotidien crée les différends, telles l'ambiguïté des rôles, les contraintes hiérarchiques et la divergence dans les objectifs (ou leur perception)
- Formation et connaissance des stratégies de gestion de conflits par tous
- Place des procédures pour la résolution de situations conflictuelles
- Analyse des causes pour des solutions concrètes acceptées ou acceptables
- Développer un environnement propice à l'expression des opinions
- Approche par consensus pour décider un plan d'action après considération des opinions de tous

Le référentiel national canadien de compétences en matière d'interprofessionnalisme [CPIS2010] demande une approche constructive de tous les partis comme préalable fondamental pour la résolution des conflits. L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) [Acpm2021] souligne l'intérêt d'une communication efficace dont les techniques sont nombreuses.

L'écoute active permet de considérer les idées et les émotions d'autrui. Elle est l'un des points importants dans l'approche opérationnelle d'un conflit interpersonnel, tant il est souvent question d'un problème de compréhension entre deux individus. Il est fréquent d'avoir l'impression d'être incompris ou à défaut mal compris en pense plus à « comment me faire comprendre ? », plutôt que « comment comprendre le point de vue de l'autre personne ? » [Covey 2004].

L'écoute active peut être développée au sein d'une équipe par des simulations simples appliquant des techniques simples : poser des questions ouvertes pour mobiliser le cognitif et non les émotions, poser des questions de clarification précises, s'abstenir d'interrompre l'autre ou s'il est nécessaire de l'interrompre, faire preuve de professionnalisme et de compassion, parler au « je » plutôt qu'au « tu » ou « vous » (par exemple « Je sens que... » plutôt que « Tu es toujours... »), encourager l'expression des inquiétudes, faire preuve de respect, attendre avant de donner son opinion, utiliser des silences attentifs, éviter de changer brusquement de sujet.

Le langage corporel peut également démontrer l'intérêt que l'on porte à son interlocuteur en adoptant une posture et des gestes qui démontrent un engagement ou en employant des signes non verbaux comme le hochement la tête, le fait de regarder l'autre dans les yeux et de se pencher vers lui tout en respectant une juste distance.

L'utilisation de paraphrase ou de brèves affirmations verbales comme « Je vois », « Je sais », « Bien sûr ». La reformulation permet d'être certain de ne pas se tromper tout en renforçant la confiance de l'interlocuteur « Si j'ai bien compris... ». Résumer en points d'étapes, ou in fine les principales inquiétudes de son interlocuteur, permet de démontrer à la fois la bonne compréhension de celles-ci et son intérêt. La modération de l'expression de son désaccord et l'emploi d'affirmations désarmantes [Kaufmann 2014] permettent de travailler la manière de communiquer, la forme renforçant le fond du propos. Ainsi, pour ne pas exacerber une

mésentente face à une affirmation contradictoire, il est conseillé d'employer un vocabulaire non conflictuel et non accusateur. Des phrases qui débutent par « J'ai l'impression que... » peuvent avoir un effet très positif sur une discussion, tout comme l'usage d'une affirmation désarmante avant de donner votre opinion, telle que [Kaufmann2014] :

- « C'est intéressant. Il semble que nous n'ayons pas le même point de vue. Ça va si je vous explique mon raisonnement ? » ;
- « Mes observations sont différentes des vôtres, probablement parce que mes expériences ont été différentes elles aussi. » ;
- « Vos idées à ce sujet sont importantes pour moi, et je comprends que vous hésitez à aborder cette question autrement. Peut-être pourrions-nous voir comment appliquer cette nouvelle approche ? »

La recherche d'un terrain d'entente et la redirection du conflit vers l'intérêt commun des deux parties permettent de trouver des opportunités constructives et nouvelles en utilisant le levier d'un objectif partagé, telle la sécurité des patients. En focalisant sur les problèmes plutôt que sur les personnalités, on évitera les attaques personnelles qui peuvent aggraver la situation. Quand toutes les parties ont trouvé un terrain d'entente, chacun a le sentiment que son point de vue est considéré et devient donc plus enclin à régler le différend par une solution équitable.

La connaissance de ses limites propres ou des limites de l'instant présent permet de reconnaître les désaccords, mais aussi d'inviter à remettre la discussion. Il convient de définir un horaire, une date et un lieu idéal avec le recours d'un médiateur s'il est jugé nécessaire [Charrier2021]. Ce temps mort est propice à l'élaboration de part et d'autre, à une métabolisation parfois nécessaire à l'apaisement des émotions et affects, à l'élaboration et au lâcher prise, voire à la formulation d'excuses, impossibles au temps présent (sensation de perdre la face). Cette reconnaissance d'un tort, d'une attitude blessante, inadaptée permet de désamorcer significativement un conflit.

L'ACPM [Acpm2021] propose dix étapes clefs pour faciliter la résolution d'un conflit (Tableau 7), ainsi que quelques exemples concrets de stratégie utiles dans des situations définies et leurs limites inhérentes. Ces exemples sont rapportés dans le tableau 8.

Tableau 7. Dix étapes pour faciliter la résolution d'un conflit. Adapté de [Acpm2021].

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Se connaître soi-même (préjugés, déclencheurs, etc.) ;2. Prendre conscience de son propre rôle dans le conflit et le gérer ;3. Être proactif dans la recherche d'une solution pour prévenir et résoudre le conflit ;4. Réfléchir à la situation, au processus et à l'issue souhaitée ;5. Créer un environnement sécuritaire favorisant la gestion du conflit ;6. Clarifier les besoins et intérêts qui sous-tendent les positions de toutes les parties impliquées ;7. Faire preuve de souplesse dans l'évaluation des options et la résolution de problèmes ;8. Gérer l'impasse avec calme, patience et respect ;9. Savoir quand demander de l'aide ;10. Encourager la créativité dans la résolution de problèmes. |
|---|

Tableau 8. Attitudes pour la résolution de conflit selon l'Association canadienne de protection médicale [Acpm2021].

	À considérer dans les situations suivantes	Limites inhérentes
Évitement	Les problèmes sont de faible importance Un retard n'a pas de conséquence Je souhaite gagner du temps Mon émotion est vive empêchant la discussion J'ai déjà le contrôle de la situation J'ai peu ou pas de pouvoir sur la situation	Absence de résolution La situation peut s'envenimer Frustration ou confusion des tiers
Compromis	Les problèmes sont assujettis à des contraintes de temps, mais sont de faible importance Les parties sont sur un même pied d'égalité Des solutions temporaires sont nécessaires Les autres solutions ont échoué	Satisfaction de tous ? Résolution des vrais problèmes ? Solutions de courte durée ? Options créatives délaissées ? Incapacité à décider ?
Compétition	Une intervention rapide est requise (urgences) Je suis la personne la plus qualifiée pour décider L'atteinte de mes objectifs est plus importante à mes yeux que ce que les autres pensent	Sentiment d'être ignorés Rancune possible du tiers Je peux ne pas recevoir de rétroaction des autres Options créatives délaissées ?
Collaboration	Des solutions créatives à long terme sont requises Il est important de créer un environnement positif Il faut maintenir les relations entre collègues Problème trop important pour un compromis Il convient d'explorer la situation ou d'étendre la perspective à de nouveaux domaines	Nécessité de beaucoup de temps Frustration possible alors qu'une décision rapide s'impose
Accommodement	Il est souhaitable de favoriser la bonne entente Importance limitée de la situation à long terme Je ne peux pas défendre ma position Imposer mon point de vue nuirait à la relation	Mon point de vue peut être ignoré Mon influence peut être restreinte Je peux me sentir sous-estimé

Le Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument ou (TKI) est un modèle développé dans les années 70 par Thomas et Kilmann autour de cinq attitudes principales de règlement des

conflits fondés sur différents niveaux de coopération et d'affirmation. Chaque individu tendrait à s'adapter en privilégiant certaines méthodes pour régler les différends qui le concernent, mais aussi en fonction des situations. Ils précisent également que selon la situation certaines méthodes conviennent mieux que d'autres [Thomas2007] : l'évitement, le compromis, la compétition, la collaboration et l'accommodement.

- L'évitement permet le déni de conflit. Cela peut prendre la forme d'une délégation des décisions controversées pour ne pas heurter les sensibilités. Si cette attitude ne traite pas le conflit, elle peut être appropriée lorsqu'une action de résolution est vaine, en cas de conflit futile ou lorsqu'un autre est mieux placé pour le régler. Elle peut se conclure par un report dans l'attente de circonstances plus favorables, ou un retrait face à une situation menaçante.
- Le compromis permet de trouver une solution rapidement, quitte à trouver une solution partiellement satisfaisante, mais acceptable par tout le monde. Elle implique de renoncer à quelque chose. Le compromis est utile lorsque le coût du conflit est plus élevé que le coût de perte du terrain, lorsque des adversaires de forces égales sont dans une impasse, ou acculé par l'échéance.
- La compétition, la concurrence ou la rivalité recherchent la domination. Les personnes qui favorisent un mode concurrentiel prennent position et savent ce qu'elles veulent. Elles jouent habituellement un rôle de pouvoir par leur poste, rang ou expertise. Cette méthode implique détermination et parfois manque de coopération mais peut être utile dans l'urgence ou face à une décision impopulaire. Rivaliser c'est aussi faire valoir ses droits, défendre une position que l'on croit juste, ou simplement essayer de gagner.
- La collaboration recherche l'autre pour résoudre le problème et implique à la fois détermination et coopération. La personne essaie de combler les aspirations de toutes les parties concernées avec assurance. À l'inverse du concurrent, il s'agit de coopérer efficacement et de reconnaître l'importance de toutes les parties prenantes : analyse approfondie du problème, identifier les souhaits profonds des personnes en conflit. Ce style est utile pour rassembler les points de vue et obtenir la meilleure solution possible, lorsqu'il s'agit d'antécédents de conflits ou lorsque la situation est trop importante pour un compromis.
- L'accommodement cherche à faire céder par une volonté de combler les besoins de l'autre aux dépens de ses propres besoins. Cette méthode combine un manque de résolution et de coopération. L'accommodateur ne s'affirme pas, mais est prêt à collaborer. L'accommodement est justifié lorsque l'enjeu a plus d'importance aux yeux de l'autre partie, lorsque la paix est plus importante que la victoire ou lorsque vous voulez qu'on vous soit redevable pour la faveur accordée. Il y a une part de sacrifice dans cette attitude qui peut mener à de la frustration et générer des conflits ultérieurs.

4.3. La relation de soins

4.3.1. La relation soignant-soigné

Les soignants se voient confier les nombreux malheurs de notre société. C'est à eux que l'on confie ceux qui souffrent de toutes sortes de maux, que ce soit le mal-être, la dépression, l'infection, le vieillissement qui les diminue ou le processus dégénératif qui les emportera. Il est donc implicite, mais presque banalisé que la souffrance ainsi rencontrée les atteigne comme être humain, et les use au fil du temps. Le travail a évolué ces dernières années avec

une charge en soins croissante et une difficulté à trouver du temps pour mieux évaluer et surveiller les patients, mais également mieux communiquer, écouter et reconforter.

Comment faire preuve de bienveillance pour ces malades, où prendre le temps de les écouter, de leur manifester de l'empathie lorsque le soignant doit répondre d'une obligation à l'autre entre les diverses sollicitations, les alarmes qui sonnent, les demandes du personnel et les multiples contraintes organisationnelles ? Le rôle du soignant dans cette relation est de faciliter et de permettre l'expression des émotions, d'accepter et de reconnaître la tristesse ou la colère éventuelle du patient, ou son sentiment d'impuissance. Il doit être disponible pour le patient, et les silences seront accueillis et respectés.

La qualité des soins comporte deux champs, la rigueur du soin et la valeur relationnelle. Si l'une est manquante, il n'est plus possible de parler de qualité. Il est nécessaire de considérer que faire des soins et prendre soin sont des notions complémentaires (le cure et le care anglo-saxon). L'habileté technique est un préalable indispensable, car on ne peut entrer en relation uniquement qu'avec quelqu'un en qui l'on a confiance, mais pour des patients conscients, la demande première reste une présence ainsi qu'une écoute authentique.

L'accompagnement d'un soignant se réalise en SU dans ce temps de quelques minutes à plusieurs heures qui va être traversé ensemble avec le patient. La rencontre doit être mutuelle entre un patient qui est dans le besoin et invite les soignants à son chevet, et le soignant qui vient répondre à cette injonction de soins [Sonis2020;Charrier2021]. La juste distance est souhaitable, passant par une formation aux facteurs humains notamment, et permet aussi de limiter les écueils de certains archétypes émotionnels tel le « ras-le-bol des bourrés du samedi soir ». La charge émotionnelle dans le travail d'un soignant en SU impose une intelligence situationnelle qui se caractérise par un relationnel fort, pas assez valorisé, principalement par l'absence d'indicateurs de compétences à l'instar des formations proposées dans ce domaine. Malabeuf [Malabeuf1992] décrit quatre niveaux de relation soignant-soigné : relation de civilité, relation fonctionnelle, relation de compréhension et relation d'aide thérapeutique

Si le but principal des soins reste de s'occuper des malades avec sollicitude et compréhension. Les interrogations rapportées par les soignants depuis quelques années, notamment les nouvelles générations, pourraient laisser penser que c'est être un luxe de vivre des soins humains au quotidien tant cela semble passer au second plan face aux injonctions techniques, organisationnelles, logistiques et administratives. La perception et l'acceptation du travail auprès des malades sont pour le soignant la capacité de faire son travail selon ses valeurs [Yu2021]. Ainsi il faut qu'il soit possible de donner du soin, en retrouvant ses pratiques, sans gagner sur le temps de présence avec le patient. Il est important d'avoir cette cohérence avec les principes personnels du soignant, afin de garder l'authenticité professionnelle. À défaut, cela expose aux risques de burnout et de brownout lorsque la perte de sens et de cohérence devient profonde et durable.

4.3.2. Information au patient

Transmettre aux patients et à leurs proches une information durable et exploitable est un processus parfois complexe. Une communication multimodale alliant le verbal et l'écrit montre des effets positifs tant pour le patient que pour le soignant, médecin ou paramédical. La communication soignant-patient est un processus complexe nécessitant un contrôle régulier

de la compréhension du patient et dans l'autre sens comme le soignant comprend la demande du patient. Parce qu'il est le plus souvent hors de son champ de compétence, plus encore en position de fragilité physique ou cognitive, la capacité de mémorisation de l'information des patients est affaiblie, réduisant son adhésion aux soins et à la compréhension de son parcours clinique. Une communication multimodale associant les techniques décrites précédemment, entre verbal et écrit, impliquant des proches-aidants, améliore la durabilité tout autant que la pertinence perçue des informations transmises aux patients. L'utilisation des fiches d'informations peut s'avérer intéressante et participe à une réduction du recours aux soins. Un des prérequis à cette information est la nécessité d'un endroit calme, adapté et préservant le secret médical.

L'information sur le parcours de soins au sein d'une SU est souvent difficile à mettre en place. Elle passe par une signalétique claire et visible tout en limitant l'information au juste nécessaire pour éviter l'effet de saturation visuel d'un affichage omniprésent, parfois contradictoire. Ce manque de clarté dans la signalétique majore la sollicitation du professionnel en poste et les interruptions de tâches. Ce sont des irritants du quotidien qui participent à la saturation cognitive, à la fatigue au travail, à l'apparition de conflits qu'il faut ensuite régler entre professionnels ou avec le patient et ses proches-aidants. Correspondant aux injonctions des certifications des ES, une signalétique simple et intelligible, sans affichage sauvage doit être effective par exemple par le biais de typographies claires, d'un marquage au sol ou de couleurs dédiées [Boudreaux2002;Maillard2020]. L'interrogation des patients traceurs, ou le recours à des patients experts dans le contexte ou non du comité des usagers de l'ES, est particulièrement pertinent [Lefort2019].

Informé initialement et régulièrement le patient et ses proches sur le parcours de soin et les différentes contraintes comme les délais d'attente nécessaires à une prise en charge (délais de biologie, d'imagerie, avis spécialisés, recherche de lits) ajuste les tensions en limitant les incertitudes. L'attente et l'inquiétude peuvent entraîner des comportements agressifs de la part du patient ou de ses proches. C'est particulièrement le cas pour les patients relevant de la médecine générale, plus couramment appelée filière courte. Tout comme les secrétaires des SU, le rôle des infirmiers d'accueil et d'orientation (IOA) est primordial dans cette étape, car ils se retrouvent en première ligne [Maillard2020]. Le premier objectif de l'IOA est de mettre en place une relation de confiance et de poser les bases d'une relation soignant-soigné de qualité. Il s'agit de permettre au patient et à ses proches de partager les informations les plus pertinentes pour sa prise en charge, mais aussi de comprendre les soins et d'expliquer le fonctionnement du service : le patient ne passe pas par ordre d'arrivée. Les qualités fondamentales de cette relation soignant-soigné sont l'écoute, l'ouverture, la neutralité et la bienveillance. L'instauration de cette relation de confiance est à la fois un challenge et un impératif à l'accueil d'une SU. Elle est indispensable et facilitera le processus de tri que l'IOA réalise simultanément.

D'autres solutions intéressantes ont été proposées comme les plaquettes d'information, affiches, films, QR code, liens sur le site web du site hospitalier ou des médiateurs au sein de la salle d'attente dédiée à cette fonction. On peut également proposer une publication en direct du nombre de patients dans le service et de leur niveau de sévérité. Idéalement il existe un lieu permettant de recevoir une famille, une personne agressive pour permettre un retour au calme ou des alternatives à l'abri des regards. La présence d'un accompagnant peut s'avérer

nécessaire au long du parcours de soins pour les patients mineurs ou vulnérables, mais également pour les patients en soins critiques et palliatifs.

Si nous prenons l'exemple de l'annonce d'un dommage associé aux soins, il doit établir un espace de dialogue entre soignant, patient et proche-aidant pour maintenir ou restaurer une véritable relation de confiance. Elle s'inscrit également plus largement et durablement dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles, contribuant ainsi au développement d'une culture de sécurité des soins. En cas d'accident nécessitant des mesures d'urgence immédiates (erreur avérée de site opératoire ou de côté, erreur de produit administré, etc.), le processus d'annonce reste inchangé mais les étapes doivent être condensées en vue d'une information plus rapide. Dans ce cas :

- L'annonce peut être immédiate, réalisée par un professionnel habilité, sur place au moment de la détection de l'événement avec traçabilité dans le dossier selon les principes évoqués ci-dessus et information de l'administrateur de garde ;
- Un débriefing en équipe est indispensable ;
- Une annonce dans l'urgence requiert obligatoirement une deuxième rencontre avec le patient pour reprendre dans un contexte plus apaisé les informations qui lui ont été délivrées ;
- Une déclaration d'événement indésirable doit être réalisée auprès de la coordination des risques, voire de la plateforme nationale.

À noter qu'une communication en urgence est toujours risquée car non préparée, notamment par l'utilisation de mots non ou mal appropriés. Pour anticiper ces situations délicates et stressantes, chaque professionnel devrait identifier à priori les situations à risques auxquelles il pourrait être confronté.

Chapitre 5

Optimisation du parcours de soins

5. Optimisation du parcours de soins

La culture de la qualité et de la sécurité des soins (QSS) donne toute la cohérence et le sens au travail effectué au sein d'une SU [Okuyama2014]. Les conditions de travail impactent la qualité des soins. Il s'agit de valoriser, de partager et de généraliser les bonnes pratiques. Ces actions sont soutenues et portées par la Sfm, colligeant de nombreux rapports, recommandations, référentiels et textes officiels en lien avec la MU. L'ensemble de cette documentation est accessible sur son site internet. La multiplication des obligations réglementaires, en se superposant les unes aux autres, est en mesure de brouiller l'objectif de qualité des soins. L'arbitrage entre le travail technique et le travail relationnel peut être difficile à effectuer en raison de l'intensification des injonctions autres que le soin venant dégrader la qualité des soins aux yeux des soignants. La réduction des erreurs dans les soins est étroitement liée aux facteurs humains tels que l'amélioration du travail d'équipe et la communication entre les soignants comme déjà évoqué auparavant.

La fidélisation des personnels participe à améliorer cette qualité des soins et nécessite une amélioration et une optimisation de la communication horizontale et verticale [Weller2014;Morrow2016;] ainsi que de l'accueil des nouveaux arrivants dans l'équipe. Ce processus qualité intéresse l'ensemble des acteurs : le patient et son proche-aidant, le soignant et les personnels administratifs. Dans le cas de patients nécessitant l'intervention de différents spécialistes, la communication et le travail d'équipe des soignants ont un impact positif sur la qualité des soins [Hewett2009;Lin2022].

La QVT prend en compte le contenu du travail, sa cohérence et donc son organisation, ainsi que le sens qui lui est donné pour augmenter la qualité et la sécurité des soins par la cartographie des risques pour les maîtriser (document unique d'évaluation des risques professionnels). Une équipe pluriprofessionnelle peut établir une cartographie de ces risques à priori sur les parcours de soins et sur les RPS, mais aussi a posteriori par les retours d'expériences, les revues de morbi-mortalité, etc. Un plan d'action d'amélioration continue (PAC) en découle, avec des référents pour chaque action et un suivi par des indicateurs simples. La cartographie des risques est une étape préalable indispensable à la démarche prospective de gestion des risques. Elle nécessite une méthodologie particulière qui doit être soutenue par la cellule qualité de l'ES. De l'idée au PAC, cette démarche permet globalement d'analyser et d'augmenter la qualité des soins.

5.1. Les risques liés à l'organisation du service

L'organisation du parcours de soins débute dans la salle d'accueil servant souvent aussi de salle d'attente, ou le sas des urgences avec l'enregistrement administratif, puis l'accueil et l'orientation par l'IOA, jusqu'à la sortie des urgences, que cela soit par une hospitalisation ou par un retour au domicile. Un parcours de soins aigus au sein d'un ES implique l'usage de nombreux espaces de soins, administratifs et de transit. Ils ne se situent pas tous dans la SU : laboratoire médical, plateau technique chirurgical, service de radiologie, salle d'échographie cardiaque, d'endoscopie, etc.

Le parcours de soin prend en compte les demandes des patients et de leurs proches, celle du personnel médical et paramédical, tout en tenant compte des processus internes de l'hôpital. Afin de diminuer les délais de prise en charge, le chemin clinique doit être formalisé [Asplin2004] :

- Décrire la planification de l'ensemble des soins ;
- Préciser les rôles et les missions de chaque acteur dans la filière ;
- Préciser le déclenchement des avis spécialisés.

5.1.1. Inscription administrative et salle d'attente

Les patients en attente d'inscription administrative n'apparaissent pas dans la base informatique, ils peuvent passer des dizaines de minutes dans la salle d'attente sans être enregistrés. Ce délai d'attente peut être important sans qu'on puisse l'évaluer. Un enregistrement administratif est facilité par un personnel dédié. À ce stade, le risque majeur est qu'un patient non inscrit puisse s'aggraver brutalement en salle d'attente ou sur un brancard d'attente, ou qui devant l'attente s'en va et s'aggrave rapidement par la suite. L'autre risque est l'agacement du patient qui peut alors devenir agressif [Casalino2015].

Un agent administratif dédié (et non du personnel paramédical) devrait être présent constamment, tout comme les soignants, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. La réforme du financement des urgences renforce cet impératif pour permettre le paiement direct du forfait de droit commun ou du forfait minoré (Décret n° 2021-216 du 25 février 2021) [RepFr2021]. Le nombre de personnels administratifs est adapté au nombre de passages, avec un renfort sur les heures de forte affluence. Des bornes administratives pourraient être en mesure de préparer ou de réaliser cette inscription administrative pour les patients ambulatoires. Un espace d'inscription administrative doit permettre un champ de vision large du personnel administratif pour la surveillance de la salle d'attente, tout en permettant une juste confidentialité pour le patient. L'IOA est situé à proximité de l'accueil administratif pour être alerté en cas d'aggravation d'un patient et pouvoir surveiller l'ensemble de la salle d'accueil.

Les salles d'attente des SU sont pour la plupart des espaces froids, peu accueillants, où se trouvent de nombreuses informations désordonnées et où se surajoute parfois de l'affichage sauvage. L'absence d'informations claires, notamment permettant de comprendre le parcours de soin pour le patient et ses proches-aidants peut engendrer une incompréhension, un stress surajouté, voire inadapté allant jusqu'à une agressivité envers le personnel administratif ou soignant [Casalino2015;Lin2022]. Il est particulièrement complexe de réaliser des parcours de soins selon une marche en avant. Les patients, ou leurs accompagnants sont ainsi en attente de manière désordonnée, c'est-à-dire ceux attendant leur enregistrement administratif, en attente d'être vu ou en attente de résultat.

Il faut proposer une signalétique à visée réglementaire et une autre à visée d'information, apporter des renseignements sur la suite du parcours via des livrets, affiches, plaquettes, films ou applications sur smartphone. Des bénévoles, des médiateurs, des engagés ou volontaires de service civique, des patients-experts positionnés en salle d'attente peuvent guider les patients et les aider à préparer les documents nécessaires comme le propose le pacte de refondation des urgences [Pacte2019]. Dans l'idéal, l'aménagement doit être sobre, résistant et moderne, avec une harmonisation du mobilier, de la lumière, une température maîtrisable tout comme l'acoustique ainsi que des surfaces faciles à entretenir. Il est souhaitable

d'organiser l'attente en plusieurs salles (ou temps) d'accueil ou d'attente : avant inscription, attente d'installation, attente de résultats avec des patients couchés ou ambulatoires, accompagnants, salons de sortie.

Un questionnaire de satisfaction du personnel et des usagers permet d'obtenir des indicateurs pertinents par le taux de réponse, par exemple en utilisant la plateforme E-Satis envoyant un courriel au minimum deux semaines après leur sortie de l'ES [Gloanec2018]. Des solutions innovantes peuvent être imaginées comme l'usage de bracelet connecté pour surveiller les patients, suivre les parcours de soins, informer via smartphone le patient ou ses proches désignés .

5.1.2. Identitovigilance

L'identitovigilance est une priorité pour être toujours certain de délivrer le bon soin, au bon moment et au bon patient. Elle permet aussi d'éviter la création de doublons dans le système informatique, faisant prendre le risque de ne pas retrouver le dossier patient informatisé (DPI) de l'établissement avec les dossiers et comptes rendus antérieurs, mais aussi l'espace santé du patient (ex-DMP) [Perrin2009]. Dans le cadre de la transfusion sanguine préhospitalière organisée par les Samu, il a été montré l'intérêt d'un protocole harmonisé, renforçant notamment les mesures d'identitovigilance, et permettant de limiter les erreurs et les produits sanguins détruits [Lassale2012]. Il est recommandé au minimum que l'identité et la date de naissance soient vérifiées par l'IOA, puis durant le parcours avant chaque soin, et de demander au patient ou un proche-aidant la date de son dernier passage sur l'ES. Un tel processus d'identitovigilance se doit d'être élaboré au sein de chaque ES avec l'ensemble des acteurs de terrain. Chaque agent doit avoir reçu une formation spécifique et être aussi en mesure de transmettre les bonnes pratiques à son tour. Présente dans chaque ES, la cellule d'identitovigilance anime et assure le suivi de ces formations, recueille les avis, rapporte les vigilances et apporte les mesures correctrices. Lors de l'accueil, l'identification de la personne de confiance et celle de référents doivent être recherchées et colligées dans le DPI, permettant de transmettre les informations capitales à la prise en charge et au suivi du patient. L'avenir devrait nous permettre de développer l'usage et la pertinence du DPI, notamment par un accès direct partiel ou complet pour le personnel administratif ou le soignant (code barre, code QR, etc.) soit en interconnexion, soit directement par l'intermédiaire du téléphone du patient avec son accord.

5.1.3. L'infirmier organisateur de l'accueil

Le poste d'IOA est un élément capital d'un service d'urgences [Maillard2020]. Il est en général confié à des IDE expérimentés et obligatoirement formés, avec une fiche de poste clairement établie. La fonction d'IOA est assurée 24 heures sur 24, quelle que soit la SU. Il est recommandé, selon le niveau d'affluence de la structure, qu'un agent de bienveillance présent au sein de la SU permette de faire le lien avec les accompagnants et la famille. Le temps entre l'inscription du patient et l'arrivée dans la salle de l'IOA doit être inférieur à trente minutes selon les recommandations. Établir un tri s'effectue en cinq à six minutes en moyenne par patient, soit huit patients par heure en moyenne. Le risque est le sous-triage ou le sur-triage : les patients graves sous triés attendent alors en salle d'attente alors que les non graves viennent saturer les zones de soins. La charge mentale et la pression temporelle sont ainsi particulièrement variables, mais particulièrement soutenues pour l'IOA devant aller vite, ne

pas faire d'erreurs tout en tamponnant les vellités des patients en salle d'attente exprimant leurs urgences ressenties. Le pourcentage de patients triés entre l'accueil administratif et l'IOA en moins de quinze minutes est un indicateur à surveiller régulièrement.

Il est plus confortable qu'un aide-soignant puisse assister l'IOA. Ce binôme doit être formé avec une fiche de poste claire et précise. L'IOA doit être, dans la mesure du possible, intégré au service, non loin du poste de soins. Lorsque le délai entre l'inscription des patients et l'évaluation par l'IOA dépasse 20 minutes ou lorsqu'il y a plus de huit patients par heure à trier, il est proposé de multiplier les postes de tri [Claret2014; Maillard2020]. Le travail en binôme possède de multiples bénéfices, pour les soins initiaux, facilitant la transmission des alertes en cas de patient critique ou de situations à risque de violence. Tout comme l'accueil administratif, l'IOA doit être systématiquement sécurisé par un dispositif d'alarme pour travailleur isolé (DATI).

Afin de réguler les flux, il est préconisé d'utiliser l'échelle de triage French [Taboulet2019]. L'intégration de l'intelligence artificielle en cours de développement est une piste innovante en mesure de faciliter ce triage. Il est désormais possible d'acter des procédures de bonne pratique infirmier via un protocole de coopération local validé en commission médicale d'établissement. Le Décret n° 2019-1482 du 27 décembre 2019 définit les exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé. Les protocoles permettent de fluidifier les flux :

- Protocole de coopération sur la prescription de radiologie anticipée, selon l'Arrêté du 29 novembre 2019 [Radio2019] ouvrant droit à une prime de coopération ;
- Protocole d'antalgie précoce à l'IOA ;
- Protocole de réorientation dès l'IOA, facilité par le conventionnement avec une maison médicale de garde.
- Protocole de sollicitation du médecin organisateur de l'accueil pour faciliter ou anticiper des prises en charge spécifiques (filière SOS main, filière accident vasculaire cérébral, etc.)

5.1.4. La zone d'accueil avant l'installation en salle d'examen

La zone d'accueil après l'IOA pour les patients couchés est indispensable en attendant qu'une salle d'examen se libère. Le risque est qu'un patient présente une complication, pour cela une surveillance et une réévaluation des critères de gravité par un soignant identifié, doivent être définies avec une chronologie établie par le niveau de triage. Les couloirs ne sont pas un lieu d'accueil ni de prise en charge. La répartition et le dimensionnement des zones d'accueil des patients dépendent du volume de passages de l'activité de la SU. Ces zones doivent être identifiables facilement avec une responsabilité de la surveillance clairement définie. La configuration de ces zones nécessite un équilibre entre le besoin d'intimité et de confidentialité, la présence des accompagnants s'ils sont acceptés et la nécessité pour les soignants d'avoir une surveillance visuelle. Un indicateur à surveiller est la durée moyenne avant le premier entretien médical, soit entre l'enregistrement et le premier contact médecin, soit entre l'accueil par l'IOA et le premier contact médecin.

5.1.5. La saturation des zones de soins

La saturation de la zone de soins est un problème majeur des SU pour plusieurs raisons dont la stagnation en salle d'examen des patients, le délai de rendu des résultats de biologie ou de

radiologie, l'attente d'un avis médical extérieur, la réalisation de certains soins consommateurs de ressource (analgésie-sédation, gypsothérapie, suture, etc.), une ressource humaine contrainte ou le manque de lits d'aval en intra ou extra-hospitalier [Derlet2000]. Les conséquences de la saturation de la zone de soins sont multiples avec l'augmentation des erreurs médicales et de la morbi-mortalité à court terme, l'occurrence plus forte des violences verbales ou physiques et la majoration de la charge mentale avec l'apparition d'un stress inadapté pour le personnel et les patients. La cartographie du processus de soins doit être effectuée pour évaluer tous les dysfonctionnements internes autant qu'externes, autant médico-techniques qu'humains (toutes catégories professionnelles confondues). Tous les délais doivent être explorés pour optimiser le parcours de soins et les délais de passage, améliorer le flux et la qualité des soins [Guttman2011;Casalino2014], et notamment le pourcentage de patients ayant passé moins de quatre heures dans le service est remis en question depuis quelques années.

En effet, les programmes développés par l'Angleterre et l'Australie « four hour rule » n'ont pas montré d'efficacité significative autant sur la morbi-mortalité que sur la satisfaction des parcours de soins, malgré certaines mesures structurelles majeures, voire des investissements importants dans certains établissements [Jones2010;Staib2016]. Si les causes sont plurielles, elles permettent de montrer la place centrale de la transparence, notamment dans l'information aux patients. Dans le prolongement du « four hour rule », le programme national australien fixant des objectifs clairs pour l'accès aux soins aigus « National Emergency Access Target » fait l'observation rétrospective de l'ensemble des parcours de soins entre 2012 et 2014 des patients ayant eu un parcours de soins urgents avec hospitalisation par la suite (donc hors Uhcd et retour à la maison) [Sullivan2016]. Si la mortalité intra hospitalière baisse, particulièrement chez les personnes âgées, ce n'est pas le cas au sein de la SU pour ces deux indicateurs. Une surmortalité de ces patients semblait être dégagée en nuit profonde et le week-end sans pour autant être significative [Sullivan2016;Chen2019].

Plusieurs stratégies ont déjà montré une efficacité, devant être adaptées au nombre de passages et aux habitudes locales. C'est par exemple l'existence d'un médecin référent des admissions, appelé aussi médecin organisateur de l'accueil. Il a une fiche de poste dédiée avec pour mission de coordonner et de réguler les flux, de veiller à la séniorisation des dossiers, aux bons usages de circuits spécifiques [Devkaran2009;Arrouy2016;Saidi2017] : court, ultracourt (fast-track), allongé. Ceci impose des procédures écrites, permet la prescription anticipée de bilan dès l'IOA, l'antalgie, la verticalisation ou la mise au fauteuil de patients, une proactivité générale par des transmissions croisées et fréquentes à même de faire progresser plus rapidement le patient sur son chemin clinique, notamment en libérant les salles d'examen dès lors que les soins sont réalisés.

Le chemin clinique est à considérer comme un outil de travail continu au sein d'une SU. Il doit être disponible dans le dossier patient informatisé pour l'ensemble des professionnels de santé. Cet outil permet d'anticiper les soins à réaliser et de les tracer en temps réel lorsqu'ils sont réalisés pour chaque patient. Il doit pouvoir permettre d'identifier les écarts et les sorties de chemin clinique pour rédiger une transmission ciblée et planifier des soins complémentaires. Non encore réalisé en soins d'urgence, il a été montré par certaines équipes française, la pertinence d'intégrer des requêtes d'évaluations quantitatives et qualitatives liées

à ces transmissions ciblées pour orienter la démarche d'amélioration continue : points positifs et à améliorer [Psiuk2018].

Les phénomènes de saturation des zones de soins peuvent être réduits par exemple par l'usage de la biologie délocalisée ou l'acheminement des prélèvements via un pneumatique. Une procédure interne à l'ES vient valider de telles stratégies. Elle permet d'indiquer les modalités de maintenance, d'entretien courant, d'obtention, de maintien et de retrait des habilitations, les référents, la priorisation des prélèvements au laboratoire, le bon usage des prélèvements préhospitaliers. De telles procédures peuvent exister avec les radiologues ou d'autres spécialistes, ainsi que sur le plan administratif dans le contexte de préadmissions informatiques sous X. Elles autorisent ainsi la prise en charge en salle d'accueil des urgences vitales (Sauv) sans avoir à attendre l'obtention d'une identité vérifiée.

5.1.6. L'attente de décision et l'information patient

Après les soins, les patients en attente de résultats, de réévaluation ou d'une place en hospitalisation sont orientés en salle d'attente, zone d'attente ou d'observation couchée. Cela permet de libérer les salles d'examen et de limiter leur occupation. Cette zone est à proximité de la zone de soin et fait l'objet d'une procédure de surveillance avec ou sans scope. À tout moment du parcours et particulièrement après la réalisation du premier entretien et des premiers soins, l'information doit être transmise sur les hypothèses de chemin clinique. Ceci permet de limiter l'irritabilité, la défiance, voire l'agressivité des patients envers les soignants par manque d'information sur les causes d'attente et leurs durées potentielles [Casalino2015;Lin2022].

De même, si le temps d'attente aux urgences est un indicateur majeur de la satisfaction des patients, des soignants et des parcours de soins, il n'est pas le seul. La transparence dans l'information régulière dispensée est un levier majeur d'ajustement pour les patients et leurs proches, mais aussi pour les soignants de la SU avec leurs partenaires en offrant de la visibilité et de la lisibilité sur les parcours de soins, les charges des soins, la surveillance et la gestion spatiale de l'occupation de la SU. Ce point sera traité dans le sous-chapitre suivant.

Pour les patients, l'information peut être réalisée par l'intermédiaire de films, de livret, d'application smartphone, expliquant les parcours de soin. Il peut être proposé aux accompagnants de rester auprès du patient, porteurs d'un bracelet spécifique d'identification, surtout pour les plus vulnérables ou à la communication spécifique (malentendants, handicaps pauci-relationnels, etc.). La continuité des soins est à surveiller autant dans la thérapeutique, la surveillance, l'hygiène, l'alimentation ou l'hydratation. Si le praticien réalise les prescriptions, cette continuité des soins est à inscrire dans les missions spécifiques d'une équipe paramédicale, si elle ne peut y être consacrée. L'usage de salles d'attente dédiées semble être pertinent : salle d'attente assise, couchée, admission rapide en Uhcd temporaire (double file) s'il y a certitude d'hospitalisation, salon de départ assis ou couché pour les patients en attente de proches ou d'ambulance. Ces stratégies imposent des vigilances particulières car elles morcellent le parcours de soins en différents lieux, impliquant la réitération de transmissions, la perte de vue, mais aussi l'augmentation des temps de surveillance par exemple.

5.1.7. Efficience des flux

Les dysfonctionnements du capacitaire d'aval des urgences, y compris le manque de lits dans l'hôpital, participent au phénomène de saturation, ou overcrowding, et d'insatisfaction du personnel et des usagers. A cela semble se surajouter un risque d'aggravation des patients sur les brancards, en particulier des personnes âgées, et contribue à leur perte d'autonomie [Sullivan2016;Pateron2016;Chen2019]. L'un des indicateurs d'efficience observé est la durée médiane de passages des patients admis et ces indicateurs de variabilité (étendue, écart interquartile, écart absolu) avec en sous-groupe l'analyse des durées médianes des patients admis dans les services de l'ES, par exemple par tranches d'âge.

Différentes stratégies permettent de réduire le nombre, mais aussi d'accélérer les flux des patients au sein d'un ES et sont déjà en usage dans les SU de France, certaines mesures ont des effets indirects, d'autres directs, plus particulièrement sur la disponibilité des lits au sein de l'ES [Lynn2012;Franklin2020] :

- En amont des urgences en informant le patient et les proches-aidants sur l'accessibilité aux autres acteurs de la PDS par application avec géolocalisation ;
- En amont par la mise en réseaux des différentes portes d'urgences sur la région ou la ville permettant des mises en tension solidaire via l'ARS ou en bilatéral directement, par l'usage d'un groupe de travail en ligne (Tchap®, Whatsapp® par exemple) réunissant les administrateurs d'ES, l'ARS, le Samu. De tels groupes permettent une grande réactivité pour soulager quelques heures certaines SU en difficulté sur les flux de patients allongés par exemple, n'ayant plus de brancards, en difficulté informatique (panne de serveur), de praticien ou de personnel paramédical, indiquer l'absence de lit d'aval (médecine, chirurgie) et demander un appui d'autres ES, etc.
- Réorientation dès l'IOA par protocole ou sur avis du médecin organisateur de l'accueil dans le cadre de tableaux cliniques ne relevant pas de la SU, telle la gynécologie, l'obstétrique, la pédiatrie, la psychiatrie en secteur fermée, etc. ;
- Protocoles de service ou interservices pour la libération précoce des lits et leur réaffectation en dehors de la SU avec la mise en place de salons de sortie, avec ou sans surveillance, accueillant les patients dans l'attente de leurs proches ou d'une ambulance ;
- Cellule de crise incluant les soignants libéraux paramédicaux et médicaux en cas d'afflux massifs ou saturant à la SU, principalement en cas de situation sanitaire exceptionnelle autorisant une sortie plus précoce des patients ;
- Favoriser la création des unités d'aval des urgences (UAU), selon une description faite par exemple par l'Agence nationale d'aide à la performance [Anap2016], même si de prime abord une telle unité apporte des problématiques de ressources humaines et de responsabilités. Cette UAU permet l'hospitalisation de patients nécessitant une hospitalisation de courte durée supérieure à 24 heures (ne relevant pas de l'Uhd) avec un possible retour au domicile ou dans un autre ES de suite de soins à très court terme. L'UAU est un outil opérationnel dynamique au profit de l'optimisation du parcours patient et de sa valorisation dont les indicateurs de pertinence peuvent être suivis facilement : durée moyenne de séjour strictement délimitée, taux de retour à domicile, transferts, évolution du taux d'hospitalisation au départ de la SU ou de l'UAU, part de prise en charge par catégories de praticiens (urgentistes, internistes, autres spécialistes). Il peut être particulièrement à propos lors de pics épidémiques saisonniers ;
- Présence au sein de la SU de spécialistes des services d'aval de l'ES lors des relèves du matin ou de soir, voire dans les grosses SU en journée (occurrence à définir). Cela permet

de faciliter les hospitalisations mais aussi de les éviter en fixant des rendez-vous post-urgences rapides ou en programmant une hospitalisation de courte durée, voire sur une journée ;

- Ligne de garde pour un praticien des services médicaux d'aval la nuit et le week-end. Cette ligne de garde ne doit pas être prise sur un praticien urgentiste, et assurée au minimum par un docteur junior ou un interne en médecine ayant développé une expertise suffisante des soins aigus par expérience et maquette de formation. Il est supervisé par les spécialistes de l'ES d'astreinte des services et à défaut le médecin sénior urgentiste. Si la pertinence d'un tel praticien doit être démontrée sur la morbi-mortalité des patients au sein de la SU, elle est une réponse particulièrement efficace rapportée par les acteurs de terrain dans les ES ayant fait ce choix. Elle est probablement à même de pallier à cette augmentation observée et non significative de la morbi-mortalité en nuit profonde ou le week-end des patients hospitalisés par les urgences au sein de l'ES. L'urgentiste ne se préoccupe que de son flux au sein de la SU, limite les interruptions de tâches pour les patients dans les autres services, et a sans cesse un référent médical pour la disponibilité des lits au sein de l'ES sans se préoccuper de la stratégie des hospitalisations programmées ou non. Par ailleurs, il est remarqué une meilleure prescription des soins et surveillances par un praticien rompu aux bonnes pratiques des services de médecine de l'ES, à même d'anticiper les soins post-urgences par ailleurs ;
- Coordination interservices avec un numéro référent unique pour accéder au gestionnaire des lits d'un service, directement accessible de l'extérieur ou en interne. Ce numéro joignable par des praticiens extérieurs à l'ES permet d'admettre à très courts termes des patients sans passer par les urgences. En interne, et après validation en CME, certains ES établissent un protocole de réponse des praticiens de l'aval en moins de deux heures après sollicitation de la SU à deux questions simples permettant à l'urgentiste d'ajuster les solutions au parcours de soin des patients (en dehors de l'ES, prescriptions, surveillance, etc.) : nécessité avérée d'une hospitalisation ? Hospitalisation au sein de l'ES ? Il peut être protocolisé d'imposer les patients en fin de matinée dans les services de médecine ou de chirurgie n'ayant pas rendu d'avis pour les patients hospitalisés en Uhcd durant la nuit et relevant de leurs spécialités. De tels accords nécessitent des discussions et parfois de simples réorganisations dans les services d'aval ;
- Une cellule de gestion des lits (bed manager) permettant une vision globale des disponibilités dans l'ES autant pour les filières non programmées que programmées, autorisant les hébergements dans d'autres services, ayant par ailleurs le visuel sur la file active des patients au sein de la SU et leur échelle de triage French permettant l'évaluation du besoin journalier en lits de médecine – ou Bjml – par l'observatoire régional des urgences (ORU).
- Dans le cadre d'une mise en tension de l'ES, la possibilité d'activer un hébergement supplémentaire dans les services, telle le doublement capacitaire d'une chambre imposant l'activation d'une procédure pour ce faire : disponibilité du lit ou brancard, seconde sonnette, etc.

Ces organisations spécifiques ou générales et les règles d'hospitalisation qui en découlent doivent être contractualisées avec chaque service et validées en commission des admissions et des consultations non programmées (Cacnp). La Cacnp établit les règles d'hébergement dans un autre service en cas d'absence de place dans le service cible. Ces règles validées, pourront permettre la mise en place d'une cellule de gestion des lits qui pourra en effectuer à la fois le respect et le suivi.

5.1.8. Dignité des patients

La surpopulation et la proximité font peser une menace sur la dignité des patients [HAS2021]. Cette menace est intuitivement évidente pour le personnel des SU et les patients, mais elle est difficile à prouver, car il n'y a ni définition universellement acceptée de la dignité, ni méthode pour la mesurer. La littérature scientifique spécifique aux SU est particulièrement inexistante sur ce sujet. On retiendra la blouse transparente, voire absente, l'attente au milieu des couloirs, des patients isolés, le manque de confidentialité, des mesures de contentions non prescrites ou réalisées à tort et l'atteinte aux libertés individuelles. Elle est la conséquence des structures obsolètes et des phénomènes de saturation, et participe à l'insatisfaction du soignant et des soignés. Un indicateur à suivre pourrait être l'évolution du nombre de patients en « couloir » faute de place dans une zone adaptée à un instant donné.

Il faut veiller à procéder à la mise au fauteuil et à la verticalisation des patients dès que possible, particulièrement des plus âgés, à proscrire les patients dans les couloirs et à encadrer la présence des accompagnants. L'idéal est d'organiser le service avec des espaces favorisant l'intimité, en particulier les espaces d'attente.

5.2. Risques liés au processus des soins

Ces risques concernent le déroulement des soins, la prescription d'exams complémentaires, la formulation d'hypothèses diagnostiques, la mise en œuvre de thérapeutique et la décision d'orientation. La problématique peut être liée aux différents espaces de soins, à la rotation des patients avec parfois des homonymes voire des motifs identiques, à la nécessité de réaliser les soins dans un laps de temps limité et à une charge de travail importante.

5.2.1. Localisation des patients

Une SU est organisée pour permettre un mouvement incessant de nombreux patients au même instant, d'une pièce de soin à une autre, vers la radiologie, les salles d'attente. Cet état de fait est en mesure d'augmenter la morbi-mortalité, particulièrement pour les patients les plus vulnérables. Si la traçabilité de tout mouvement des patients n'est pas réalisée systématiquement dans le logiciel métier de la SU, le risque de « perdre » les patients existe. L'usage des bracelets d'identification vient renforcer ce processus, pouvant être connectés pour une traçabilité constante. De même il est important d'expliquer au patient l'existence de ce risque spécifique lorsqu'il est admis au sein de la SU, et de nouveau lorsqu'il souhaite se déplacer hors de sa zone d'attente (besoins primaires, souhait de téléphoner, de s'aérer, etc.) en informant l'équipe soignante. Les points de vigilance sont plus particulièrement la salle d'attente ambulatoire ou couchée avant la prise en charge médicale et les toilettes. Il a été rapporté des patients dans l'incapacité de pouvoir donner l'alerte après avoir eu des malaises dans les toilettes, ou sur le brancard d'attente, retardant leurs prises en charge et amenant parfois au décès. Si le nombre de déclarations de fugue doit être surveillé par l'intermédiaire d'un système de signalement volontaire des événements indésirables, il convient de procéder à la recherche du patient au sein de la SU, ou à l'appeler sur son téléphone portable pour s'assurer de son départ effectif, et de notifier ces actions dans le DPI.

5.2.2. Le bon soin au bon patient

Le bracelet d'identification est posé à tous les patients dès leur admission dans le service des urgences, sur ce bracelet sont inscrites les coordonnées : nom, prénom, date de naissance, mais également l'identifiant externe du patient ou IEP. Ce bracelet est un moyen supplémentaire pour sécuriser les soins et les examens, les erreurs d'identité pouvant avoir des conséquences graves. Si la vérification systématique avant soins de l'identité du patient est réalisée par les soignants, le bracelet permet de s'en assurer pour les plus vulnérables, pauci-relationnels ou non communicants. Ce bracelet doit suivre le patient tout au long du séjour, il ne doit pas être enlevé. La pose du bracelet à l'IOA suppose au préalable, une vérification de l'identité en demandant de décliner oralement le nom, prénom et date de naissance. Cette vérification devra être, dans la mesure du possible, systématiquement validée par la présentation d'un document d'identité valide : carte d'identité, passeport, permis de conduire, titre de séjour, etc.

5.2.3. Hypothèses diagnostiques

La formulation d'hypothèses diagnostiques est une démarche qui intègre et met en lien l'examen physique, l'interrogatoire, les signes et symptômes recueillis. Elle est soumise à des biais cognitifs comme les derniers articles lus, le biais de récence liée à la mémoire à court terme, la fatigue et la charge de travail. Pour diminuer ces risques, on peut citer les transmissions croisées (cross checking) et fréquentes, l'enseignement, la formation médicale continue, les staffs, la lecture critique d'article, l'accès aux comptes-rendus d'hospitalisation antérieurs, les protocoles de service, et dans l'avenir l'intégration de l'intelligence artificielle pour l'aide au diagnostic.

5.3. Démarche qualité et procédures d'améliorations

5.3.1. Gestion documentaire

Le fonctionnement de l'établissement de soins (ES) et la prise en charge du patient nécessitent l'utilisation de documents qualité pour qu'à tout moment les salariés puissent s'y référer, dans la version la plus récente, unique et ceci pour garantir notamment une sécurité optimale des soins. Ces documents visent à permettre l'homogénéité des pratiques, facilitent la communication et l'actualisation de la documentation au sein de l'ES en imposant des modalités du cycle de vie des documents qualité, de la création à leur remplacement ou destruction [Anaes2002;HAS2021]. Ils sont regroupés dans un logiciel unique de gestion documentaire de la qualité devant correspondre à certaines normes [Hoogendoorn2022]. Cette gestion documentaire permet la maîtrise des processus et des métiers. Elle s'applique aux administrateurs du logiciel, aux émetteurs des documents qualité, enfin aux utilisateurs, c'est-à-dire tous les professionnels de l'ES intervenant dans l'élaboration, la modification ou l'utilisation d'un document qualité :

- Elle vise à garantir le système d'information de l'établissement ;
- Elle définit le périmètre du système. Ainsi, tout autre système mis en place tels un classeur papier, un lien vers une base de données sur le serveur hospitalier, site intranet voir internet, ou logiciel de gestion documentaire de l'institution, en dehors de cette procédure est non conforme et ne garantit pas la véracité et l'applicabilité de ces documents qualité. En tout état de cause, tout document non validé ne peut intégrer la gestion documentaire ;

- La gestion des documents qualité internes et externes doit être organisée. Elle permet à tous les professionnels d'avoir une centralisation des documents dans un logiciel dédié, les bons documents, au bon endroit, au bon moment, des documents à jour et accessibles en permanence.

Chapitre 6

Matériel et environnement

6. Matériel et environnement

6.1. Les espaces du personnel

6.1.1. Espace de repos et de repas au sein d'une structure des urgences

La mise à disposition d'un espace de repos au sein d'une SU est une nécessité mais n'est pas une obligation légale. L'obligation légale concerne la mise à disposition d'un espace pour la restauration des agents. L'article R. 4228-19 du Code du travail interdit de laisser les travailleurs prendre leur repas dans les locaux affectés au travail. Pour autant la mise à disposition d'une vraie salle de repos, ou de pause, semble incontournable pour que les agents puissent prendre un peu de temps pour eux et se couper du flux, ne serait-ce que le temps d'une boisson. Il est courant que ces salles fassent souvent office de salles de débriefing à chaud après une prise en charge compliquée ou lors d'un événement marquant au sein de la structure (violences par exemple). Cette salle est idéalement située à proximité du poste central du service pour que les agents puissent être rapidement mobilisés en cas de besoin, mais se doit surtout d'être à distance de la zone de soin afin de ne pas être aux vues des patients et des familles.

La possibilité de sortir du bâtiment est un avantage évident, partiellement pallié ou amélioré par des fenêtres à la salle de repos assurant une luminosité compatible avec la perception du nyctémère pour les personnels, en particulier pour des services d'urgence ou Uhd sans ouvrant. Cette salle disposera d'un point d'eau, de fauteuils et d'un réfrigérateur, et sera dissociée s'il est possible de la salle de restauration. Selon la taille du service, la mise à disposition de plusieurs salles de repos (une salle par secteur d'activité) permettra aux agents de profiter plus facilement de ces salles en pouvant rester à proximité du secteur de soin. Si cela n'est pas faisable, il est recommandé d'organiser ces temps de pause par rotations des agents pour assurer la permanence des soins. Le temps de pause communément admis, hors repas, est de vingt minutes de pause lorsque le temps de travail dépasse six heures consécutives.

Pour la salle de restauration, celle-ci doit être aménagée et comporter au moins un réfrigérateur, des tables et chaises en nombre adapté à l'équipe, des robinets d'eau potable, un four pour réchauffer les repas, un minimum de vaisselle et si possible un lave-vaisselle. L'accès à cette salle doit être organisé au sein de la SU en fonction des spécificités propres à chaque ES : accès à une cafétéria possible en semaine, à la restauration collective de l'ES, nécessité d'une présence constante au sein du service, organisation d'une rotation sur les week-ends et nuits. Cette organisation permet à chacun d'avoir un temps sur de vrais horaires de repas, préserve les rythmes biologiques, limite les risques de surcharge de la salle et l'apparition d'éventuels conflits.

La mise à disposition de collations pour les agents peut leur permettre de se sustenter rapidement lorsque l'activité du service ne leur permet pas de prendre un vrai temps de repas ou lorsque les équipes de Smur enchaînent les interventions. Il est bienvenu de choisir des produits adaptés, notamment en évitant des produits trop sucrés ou gras, et en privilégiant des fruits et laitages par exemple. Ces collations favorisent toutefois le grignotage en lieu et place de vrais repas avec les conséquences inhérentes au long terme. Il ne semble pas opportun

de proposer un distributeur de confiserie ou de produits salés peu équilibrés qui pourrait être utilisé par des patients chez lesquels un jeûne préopératoire serait nécessaire.

Suite à la période de crise sanitaire en lien avec le SARS-CoV-2, il est apparu important d'offrir de vrais temps de pause aux soignants voire de matériel de détente pour leur permettre ces temps de rupture, de décompression. Certains ES ont donc mis en place des espaces fonctionnels et des équipements spécifiques le tout dans un environnement apaisant pour le bien être des soignants avec des retours positifs des agents. Des études sur la QVT et le retentissement sur le travail permettraient de valider les modèles les plus pertinents. Ces espaces ont pour avantage de permettre aux agents de prendre une vraie pause pendant leur temps de travail et ainsi de se déconnecter du soin et prendre du temps pour eux : se détendre, discuter, consulter ses messageries, appeler des proches, etc.

La mise à disposition de chambres de garde est parfois discutée, leur place pouvant amputer le service d'une surface utile et certains considèrent que le temps de travail ne doit pas être consacré au sommeil. Pourtant ces chambres devraient être obligatoires si le service autorise des temps de travail supérieurs à douze heures et restent pertinentes en deçà en raison d'enchaînements de jour et de nuit. Si l'activité le permet, il est nécessaire que tous les personnels de la SU puissent dormir sur le temps de nuit et réduire ainsi l'impact de ce temps de travail nocturne sur les organismes et les esprits [Patterson2021]. À ce titre, il se développe de plus en plus des chambres ou espaces de repos permettant la réalisation de siestes [Depil2019]. Ces chambres, ou bulles de repos, peuvent aussi être utilisées par les soignants afin de prendre un temps de sommeil à la fin de leur période de travail avant de prendre la route, surtout si le trajet est long. À distance de sources sonores logistiques ou liées à l'activité de soins, ces chambres devraient bénéficier de fenêtres pour aérer ainsi que de systèmes occultant permettant de s'y endormir de nuit mais aussi de jour. Un système de ventilation ou de climatisation permet à ces pièces de rester tempérées avec un équipement sanitaire comprenant douche et toilettes.

6.1.2. Vestiaires, douches et toilettes

Les services doivent mettre à disposition des agents des vestiaires aérés et équipés de toilettes et de douches. Ces vestiaires sont équipés de casiers individuels sécurisés pour que les agents puissent y laisser leurs affaires de travail et y stocker leurs tenues. Idéalement ces vestiaires sont au sein ou à proximité des services pour limiter le temps perdu pour se rendre en service, d'autant plus lorsque les personnels peuvent prendre leurs repas en restauration collective et en civil. De tels vestiaires permet aussi d'inciter les personnels à la pratique du sport sur les trajets professionnels (marche ou course à pied, cyclisme) avec la possibilité de prendre une douche à l'arrivée sur l'ES.

Le service doit également mettre à disposition des toilettes dédiées au personnel, à distance de la zone de soins pour rendre leur accès exclusif aux agents. Le nombre de ces toilettes est à adapter au nombre de personnels en poste. L'accès à une douche pour le personnel peut être un point positif en permettant aux agents de se doucher en quittant le service et reste un impératif pour les services comportant un Smur lors du retour d'intervention si nécessaire (pluie, boue, transpiration, exposition à des projections humaines). Pour les locaux des Smur, une machine à laver et un sèche-linge peuvent être judicieux à mettre en place en fonction des organisations.

6.1.3. Bureaux médicaux et salles de réunions

Le bureau idéal

L'environnement du poste de travail reste un déterminant essentiel de la QVT, il favorise la réalisation des activités non cliniques, l'investissement dans le service et la recherche. Il peut être individuel, partagé ou en espace ouvert, au mieux à proximité du service. Le chef de service et le cadre doivent pouvoir toujours bénéficier d'un bureau individuel. L'expression des besoins du bureau idéal, repose sur des besoins fondamentaux :

- Les besoins vitaux ou physiologiques. La satisfaction de ces besoins primaires est à anticiper dès la conception de ces espaces, par le traitement de l'air, un environnement à la lumière et au bruit contrôlé, un accès aux toilettes, à de l'eau potable, à une machine à café, etc.
- Les besoins d'ordre psychologique: pour une sécurité physique et psychologique, l'environnement doit être stable et prévisible, limitant ainsi les irritants ou agressions extérieures. Il est préférable que les bureaux soient situés dans une partie calme du service. Cela permet de limiter les interruptions de tâches.
- Les soins de confort physique et fonctionnel reprennent les impératifs de travail sur l'environnement (lumineux, acoustique, traitement de l'air) et intègrent aussi une recherche d'ergonomie adaptée aux missions et contraintes du poste de travail.
- Groupe et identité. Le rattachement identitaire à un groupe permet de renforcer le concept d'équipe et peut être rassurant et sécurisant pour les personnels de la SU. L'agencement des postes de travail et des bureaux permet de respecter ces organisations stratégiques et fonctionnelles, en particulier si les bureaux sont en espaces ouverts. La disposition des bureaux avec l'usage de claustra ou de plantes permet de garantir une confidentialité, en maîtrisant le bruit ambiant et en assainissant l'air.
- Besoin d'intimité, appropriation. Parallèlement au besoin d'intégration au sein de l'équipe, le bureau idéal doit permettre de garantir une certaine intimité. Les agents doivent aussi pouvoir s'approprier cet espace en pouvant le personnaliser, en ayant un casier sécurisé.

La salle de réunion idéale

Tout comme le bureau idéal, la salle de réunion idéale pourrait respecter certains critères :

- La lumière : favoriser la lumière extérieure ou naturelle par des fenêtres ouvrant sur l'extérieur, éviter les espaces sombres ou aveugles qui sont source de fatigue des yeux et provoquent des troubles de l'attention et de la concentration ;
- Aménagement intérieur : harmoniser les couleurs de préférence chaudes (faux parquet au sol, etc.), privilégier les ambiances naturelles à l'aide de végétaux ;
- Traitement de l'air : une climatisation permet de maintenir une température ambiante tempérée tout au long de l'année. Une ventilation de l'ES est contrôlée régulièrement et garantie de limiter la propagation des polluants de type composés organiques volatils ou des micro-organismes. Le confort est réel sur les odeurs, les irritations des yeux et de la peau ;
- Ergonomie de l'espace : outils ergonomiques, matériel réglable et flexible, possibilité de moduler l'aménagement de la salle en fonction du type de réunion ou cours (table ronde, amphithéâtre, etc.). L'usage de nouvelles peintures murales blanches, lisses et lavables

permet une grande modularité d'une salle de formation, de réunion, voire de crise : l'ensemble des murs est alors un immense tableau, permet la projection multi-directionnelle, etc. ;

- Boissons : accès à un point d'eau ou fontaine à eau, éventuel distributeur de boissons chaudes ;
- Niveau sonore : insonorisation par le choix des matériaux ou l'aménagement intérieur, etc. ;
- Système informatique : ordinateur, rétroprojecteur, écrans, système pour visioconférence ;
- Situation : la salle de réunion idéale doit se situer à côté du service, pour que le personnel en poste puisse s'y rendre en fonction de l'activité des soins.

6.2. Architecture de l'espace et des flux de la structure d'urgence

Un des objectifs de la QVT est de travailler dans un espace pensé pour respecter la dignité des patients et prenant en compte le bien être du personnel. Le service doit être fléché et accessible dès l'entrée de l'hôpital. Il doit, dans la mesure du possible, être implanté au même niveau que l'imagerie, le bloc opératoire et la réanimation et les laboratoires afin de limiter les déplacements. Il ne doit pas être traversé par des flux extérieurs. C'est une entité dans l'hôpital. Son accès est réservé au personnel du service, aux patients et à leurs proches. Il doit être accessible aux personnes handicapées.

Tout doit être fait pour assurer la sécurisation du service. Il est nécessaire de réglementer les accès aux différentes unités du service par des portes sécurisées. Il faut également des caméras de surveillance, un vigile, une ligne directe avec le commissariat par DATI, sinon un poste de sécurité (certains ES disposent constamment d'une équipe cynophile), un plan de sécurisation, des plans de continuité et de reprise d'activité. Il est impératif d'assurer, pour le personnel et les patients, des espaces propres en faisant intervenir des équipes d'entretien plusieurs fois par jour si nécessaire, en fonction du flux.

L'agencement du service doit prendre en compte l'organisation du parcours de soins selon le principe de marche en avant, qui va de la salle d'attente à la sortie des urgences, par hospitalisation, transfert ou retour au domicile. Les espaces de transit sont très différents comme évoqué précédemment. Il faut parvenir à concevoir un parcours qui prenne en compte les demandes des patients et de leurs proches, celle du personnel médical et paramédical, tout en tenant compte des processus internes et architecturaux de l'hôpital.

Les objectifs de l'aménagement des locaux sont ambivalents avec la nécessité d'une surveillance efficace des patients tout en respectant leur intimité et la confidentialité. Comme nous l'avons déjà évoqué en gestion des risques, les phénomènes de surpopulation majorent ces ambivalences avec un risque en particulier d'atteinte à la dignité des patients. Il faut veiller à assurer un éclairage respectant le rythme nyctéméral, l'insonorisation, la régulation thermique, un accès aux sanitaires, à des points d'eau et éviter les rideaux ou paravents. Les patients doivent être surveillés dans des zones dédiées. Ces zones d'attente peuvent être multiples pour correspondre à la marche en avant, mais nécessitent alors plus de vigilances au niveau de la traçabilité des transferts et des surveillances par les soignants. Il y a une satisfaction des soignants à accueillir les patients et leurs proches dans des conditions dignes et adaptées. L'usage d'écrans numériques d'information sur les flux, ou d'applications

connectées permettrait de faire connaître aux accompagnants l'avancée du parcours de soins du patient au sein de la SU.

6.3. Informatique

L'informatisation des urgences est devenue une obligation, tant pour les équipes que pour l'utilisation et la remontée des données au niveau de l'encadrement de la SU, de la gouvernance de l'ES ou de l'ORU. De fait, toutes les SU doivent disposer d'un logiciel métier pour accéder au DPI de l'ES avec ses antériorités, en lien avec la pharmacie, la biologie, la radiologie et interfacé avec « Mon espace santé » du patient (ex DMP) . Le dimensionnement du parc informatique permet de disposer d'un poste par salle d'examen et de plusieurs postes dans une salle médico-soignante centrale au service pour le suivi des dossiers. L'usage de doubles-écrans dans cette salle est particulièrement pertinent pour la saisie des informations dans le DPI. Ces postes doivent être positionnés de façon la plus ergonomique possible, tout en permettant de garder une proximité adaptée (face à face) avec les patients en salle d'examen.

Une ou plusieurs imprimantes centralisées permettent des impressions rapides et nombreuses, ainsi que la numérisation des documents amenés par le patient pour les intégrer au DPI. Ce dernier point est souvent réalisé par le secrétariat de la SU, soit à l'admission, soit à la sortie du patient de la SU. Les postes informatiques bénéficient d'un accès internet et de divers outils de type calculateur, base de données médicamenteuses, base documentaire qualité, pour faciliter le travail au quotidien dans une culture de la qualité décrite au préalable. L'utilisation de dictée vocale, de documents préétablis de type protocoles de services permet de rendre plus de temps disponible au soin. L'apport d'outils innovants permet de sécuriser les prises en charge des patients et redonner de la qualité de présence des soignants auprès des patients. Il peut s'agir d'intelligence artificielle sur la lecture des radiographies, d'alertes médicamenteuses sur les interactions et allergies, de calcul automatisé de débit de perfusion ou pour les pousse-seringues électriques, mais aussi de l'aide au codage. Les passerelles entre les différents logiciels de l'ES et le logiciel métier des SU doivent être développées avec les soignants médicaux ou paramédicaux. Elles permettent de faciliter, voire automatiser, l'intégration et les transferts des données, majorer la pertinence d'un suivi comparatif, typiquement l'enregistrement automatisé des électrocardiogrammes, des images d'échographies des urgentistes. Elles limitent d'autant les erreurs de saisies tout en réalisant la remontée automatique de différents paramètres de surveillance : données des moniteurs multiparamétriques, évaluation échographique par les paramédicaux des contenus vésicaux, mais aussi signature des consentements patients, de la réception et restitution du vestiaire, etc. La présence de concentrateurs est à prévoir lors de la conception du réseau de soin de l'ES ou de sa rénovation. Non seulement la mise en fonctionnement des passerelles et remontées automatiques optimise le risque médico-judiciaire par perte d'information, améliore la QVT des soignants focalisant d'autant plus leur présence au patient, mais elle permet une plus grande valorisation financière des passages aux urgences et à l'Uhd en réunissant automatiquement les critères de validités des dossiers d'hospitalisation.

L'utilisation entre autres de la visioconférence pour la régulation médicale auprès des patients, mais également auprès des équipes sur place, apporte une nette optimisation des parcours patients. L'intérêt a été souligné par exemple dans le dernier référentiel sur la prise en charge du brûlé grave en France [Lefort2019;Sfar2020]. L'identification des agents sur les postes

informatiques et le logiciel des urgences doit être facilitée, par exemple à l'aide d'un système d'identification par radio-fréquence (Rfid), par reconnaissance faciale, empreinte digitale, centralisée sur tous les logiciels de l'ES, avec une déconnexion automatique pour tout terminal informatique en cas d'inactivité, en particulier ceux accessibles au public. Pour les postes informatiques du Samu, les modalités de déconnexion des sessions sont plus spécifiques, puisque le personnel en poste reste stationné durant tout son temps de travail dans une enceinte non accessible au public.

Le logiciel métier permet obligatoirement la remontée sur un concentrateur régional, pouvant être consulté notamment par l'ARS et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), des résumés de passage aux urgences, ou RPU, selon l'Arrêté du 24 juillet 2013 dans un but de veille et de sécurité sanitaire. Il doit également permettre aisément des extractions de données pour le monitoring et le pilotage du service en répondant entre autres aux indicateurs recommandés par la SFMU. Ces données doivent pouvoir être facilement extraites par les responsables de service et l'administration, notamment pour être affichées en temps réel sur le logiciel métier pour les indicateurs les plus importants. Ils sont à définir localement :

- Pour les services d'urgence : taux d'occupation ponctuel, temps d'attente avant prise en charge, taux d'hospitalisation, besoin en lits.
- Pour les Samu ou Samu Service d'accès aux soins (Samu-SAS) : qualité de service, taux et nombre d'appels perdus, nombre de dossiers de régulation médicale, répartition entre aide médicale urgente et soins ambulatoires, temps de communication moyen par profil et taux d'occupation.

Le logiciel doit également permettre des requêtes pour répondre aux études et enquêtes auxquelles le service participe, tout en respectant le règlement général sur la protection des données [UE2016].

Aux vues de l'utilisation permanente et de la criticité de ces outils, une astreinte informatique doit être joignable constamment, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 en cas de dysfonctionnement. Les procédures en cas de panne doivent être écrites, connues de tous et régulièrement révisées voire testées. Il est souhaitable d'avoir un référent identifié au sein du service informatique de l'ES, interlocuteur direct de la SU en raison de la complexité et de la multiplicité des systèmes numériques, particulièrement pour le Samu : logiciel de régulation médicale, système de téléphonie, interface avec les Smur, les Sdis et les ambulances, interfaçage avec les autres logiciels internes à l'ES, de facturation, de radiologie, du laboratoire, etc.

6.4. Gestion des matériels

La gestion du matériel dans les SU est un véritable casse-tête. Les besoins en matériel de soin, de diagnostic, d'hôtellerie sont multiples et leur réapprovisionnement complexe et consommateur de temps soignant. La présence de personnel dédié (logisticien, ambulancier coordinateur, IDE technique, etc.) sous la supervision d'un référent ou du cadre, permet de suivre de façon optimisée les commandes, le suivi des péremptions, les demandes d'interventions, mais est aussi un lien avec les différents services pour la transmission des alertes, la formation des agents lors de nouveaux matériels.

La gestion des stocks en flux tendu peut être difficile pour des SU assurant une permanence des soins subissant des fluctuations dans les sollicitations des matériels tout autant que dans

les demandes de dispositifs médicaux. L'organisation écrite de cette gestion du matériel limite les ruptures de stock, fluidifie les prises en charge et limite la charge mentale et le stress des soignants. Des organisations dynamiques ont été décrites par exemple :

- Système de plein-vidé par une dotation double, dans deux casiers séparés et contigus. La commande est réalisée dès que le premier casier est vide, les agents utilisant le second casier le temps du réapprovisionnement. Ces casiers doivent être dimensionnés pour que le stock permette de travailler plusieurs jours et ainsi tenir un week-end prolongé. Cette organisation impose de l'espace de stockage.
- Système de seuil avec affichage coloré sur les casiers dédiés à un matériel ou dispositif médical : maximum (vert), seuil pour déclencher la commande ou la nécessité de reconstituer (orange), seuil de signalement (rouge). Ce système impose une vigilance sur les nombres mais nécessite moins d'espace.
- Les systèmes plein-vidé et seuil coloré peuvent cohabiter par des cloisons dans un même casier.

L'établissement doit pouvoir mettre à disposition des urgences et des Smur le matériel biomédical courant, mais aussi des nouveaux matériels au fil des évolutions des pratiques (par exemple : échographe, bladder scan, matériel d'oxygénothérapie nasale à haut débit, etc.). Ces matériels doivent pouvoir bénéficier d'une maintenance rapide en cas de panne avec un déploiement accompagné d'une formation du personnel.

L'ES met à disposition du personnel des tenues choisies en fonction des conditions et caractéristiques particulières du travail selon l'article R 233-I du Décret du 93-41 du 11/01/1993. Les personnels du Smur doivent ainsi disposer de vêtements adaptés à leur pratique et de gilets ou blousons de signalisation de haute visibilité répondant aux impératifs de la norme internationale EN_ISO 20471:2013.a. L'ensemble des tenues d'une SU doit être en nombre suffisant pour que le personnel puisse disposer tous les jours de tenues propres avec possibilité de se changer dans la journée en raison des risques de souillures, notamment par liquides biologiques pour tous et conditions de travail en extérieur pour les Smur. Ces tenues peuvent être nominatives permettant aux agents de disposer de leurs propres vêtements (donnant un sentiment d'appartenance à l'établissement) ou être constituées d'un stock permanent non identifié (les agents portant alors des badges d'identification) selon les modes de fonctionnement des établissements.

6.5. Prestations externalisées

Afin d'accompagner les professionnels dans la QVT et améliorer les conditions de travail, certains établissements ont développé des services à l'attention des personnels en prenant appui sur de prestataires extérieurs parfois. Des services de garderie pour les enfants, de conciergerie facilitant l'accès à des heures élargies à un pressing, à la récupération de commandes de paniers de légumes groupées, etc. ou en proposant des activités récréatives, de relaxation ou sportives, éventuellement de façon courte pendant une pause pour permettre aux agents de sortir du soin et de prendre soin d'eux.

Conclusion

Oser l'ambition d'une QVT n'est pas un leurre. Ce n'est pas non plus flirter avec le fantasme. C'est bien une injonction certaine du quotidien qui permet d'envisager des perspectives pour être et durer individuellement et collectivement.

Aussi, les dimensions du prendre soin, cet acte de présence à soi-même, à l'autre et au système, sont aujourd'hui les trois piliers qui supportent notre capacité à durer dans la vraie vie des soins d'urgence. Ces piliers sont systématiquement structurés par six dimensions que nous avons développées :

1. Limiter les incertitudes dans l'organisation du temps et des espaces de travail ;
2. Ajuster en continu les compétences et les parcours ;
3. Développer l'intelligence émotionnelle individuelle au service de l'intelligence collective ;
4. Fiabiliser des canaux de communications simples et durables ;
5. Ancrer la culture de la qualité à tous les échelons du parcours des soins ;
6. Soutenir un environnement favorable et fiable.

Nous sommes plus que jamais confrontés à l'impératif d'une prise de conscience tant individuelle qu'en équipe. Il nous faut aujourd'hui comprendre, intégrer et promouvoir ce modèle. Il est indispensable de parler de qualité de vie au travail pour augmenter le service rendu dans les soins aigus.

Références

1. Samu-Urgences de France. Référentiel. Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence. 2011 ; 1–22. En ligne le 21/11/2022 : https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/654/sudf_effectifs_medicaux-et-nonmedicaux.pdf
2. Samu-Urgences de France et Société Française de Médecine d'Urgence. Samu Centres 15. Référentiel et guide d'évaluation. 2015; 1-86. En ligne le 21/12/2022 : https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/802/sfmu-sudf_referentiel_samu_2015.pdf
3. Gerbeaux P, Bourrier P, Chéron G, Fourestié V, Goralski M, Jacquet-Francillon T. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. JEUR 2001; 14:144–52.
4. Lefort H, Tazarourte K. Plan de secours : manager par l'efficience prospective. Soins 2021; 66(856):69–70.
5. Zepeda-Lugo C, Tlapa D, Baez-Lopez Y, et al. Assessing the impact of lean healthcare on inpatient care: a systematic review. Int J Environ Res Public Health 2020; 17(15):5609.
6. Tlapa D, Zepeda-Lugo CA, Tortorella GL, Baez-Lopez YA, Limon-Romero J, Alvarado-Iniesta A, et al. Effects of lean healthcare on patient flow: a systematic review. Value in Health 2020; 23(2):260–73.
7. Cohen RI. Lean methodology in health care. Chest 2018; 154(6):1448–54.
8. Psiuk T. Chemin clinique et parcours de santé. Soins cadres 2018; 107:S8–11.
9. Duthheil F, Bessonnat B, Pereira B, Baker JS, Moustafa F, Fantini ML, et al. Napping and cognitive performance during night shifts: a systematic review and meta-analysis. Sleep 2020; 43(12):109.
10. Ruggiero JS, Redeker NS. Effects of napping on sleepiness and sleep-related performance deficits in night-shift workers: a systematic review. Biol Res Nurs 2014; 16(2):134–42.
11. Oriyama S, Miyakoshi Y, Rahman MM. The effects of a 120-minute nap on sleepiness, fatigue, and performance during 16-hour night shifts: A pilot study. J Occup Health 2019; 61(5):368–77.
12. Wallace PJ, Haber JJ. Top 10 evidence-based countermeasures for night shift workers. Emerg Med J 2020; 37(9):562–4.

13. Sauvet F, Rabat A, Chennaoui M. Guide pratique, gestion du cycle veille – sommeil en milieu militaire. Ed. Institut de Recherche Biomédicale des Armées. 110 p. En ligne le 20/10/2022: https://blog.evematelas.fr/wp-content/uploads/2017/03/1448372_guide_pratique-sommeil-irba2015-1.pdf
14. Philippon AL. Work shift duration for emergency physicians - the shorter, the better: the French Experience. Eur J Emerg Med 2019; 26(6):396–7.
15. Min A, Min H, Hong HC. Work schedule characteristics and fatigue among rotating shift nurses in hospital setting: An integrative review. J Nurs Manag 2019; 27(5):884–95.
16. James L, James SM, Wilson M, Brown N, Dotson EJ, Dan Edwards C, et al. Sleep health and predicted cognitive effectiveness of nurses working 12-hour shifts: an observational study. Int J Nurs Stud 2020; 112:103667.
17. Fowler LA, Hirsh EL, Klinefelter Z, Sulzbach M, Britt TW. Objective assessment of sleep and fatigue risk in emergency medicine physicians. Acad Emerg Med 2022. doi: 10.1111/acem.14606. **Online ahead of print.**
18. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. Cochrane Database Syst Rev 2014; 11:CD002892.
19. Ruotsalainen J, Serra C, Marine A, Verbeek J. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. Scand J Work Environ Health 2008; 34(3):169–78.
20. Xu HG, Kynoch K, Tuckett A, Eley R. Effectiveness of interventions to reduce emergency department staff occupational stress and/or burnout: a systematic review. JBI Evid Synth 2020; 18(6):1156–88.
21. République Française. Cour de cassation, civile, Chambre sociale, 4 mai 1999, n° 96-43037. En ligne le 08/11/2022 : <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007041404>
22. République Française. Cour de cassation, civile, Chambre sociale, 20 février 2013, n°11-28.612, n°11-28.613, n°11-28.614, n°11-28.615, n°11-28.616, n°11-28.617. En ligne le 08/11/2022 : <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000027104053/>
23. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. Classification des tumeurs par l'Organisation Mondiale pour la Santé. En ligne le 08/11/2022 : <https://tumourclassification.iarc.who.int/welcome/>
24. Agence nationale de sécurité sanitaire alimentaire, environnement, travail. Evaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit. Avis de l'Anses. Rapport d'expertise collective. 2016; 1-430. En ligne le 21/12/2022 : <https://www.anses.fr/en/system/files/AP2011SA0088Ra.pdf>

25. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. Accord nationale interprofessionnelle du 19 juin 2013. Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle. En ligne le 08/11/2022 : <https://www.anact.fr/accord-national-interprofessionnel-du-19-juin-2013-relatif-la-qualite-de-vie-au-travail>
26. République Française. Loi n°2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi. En ligne le 08/11/2022 : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031046061/>
27. Haute autorité de santé. La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. 2017, 25p. En ligne le 14/11/2022 : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2610262/fr/revue-de-litterature-sur-qualite-de-vie-au-travail-et-qualite-des-soins
28. Sirgy MJ, Efraty D, Siegel P, Lee DJ. A new measure of quality of work life (QWL) based on need satisfaction and spillover theories. *Social indicators research* 2001; 55(3):241–302.
29. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 11:CD002892.
30. Ruotsalainen J, Serra C, Marine A, Verbeek J. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scand J Work Environ Health* 2008; 34(3):169–78.
31. Park S, Jang MK. Associations between workplace exercise interventions and job stress reduction: a systematic review. *Workplace Health Saf* 2019; 67(12):592–601.
32. Ducey A. Never good enough: health care workers and the false promise of job training. Ed. Cornell University Press 2009; 1–312.
33. Shibi Netto C. Quality of work life: dimensions and correlates – A review of literature. *Int J Rev and Res Social Sci* 2019; 7(1):131–8.
34. Karvounides D, Simpson PM, Davies WH, Davies WH, Khan KA, Weisman SJ, et al. Three studies supporting the initial validation of the stress numerical rating scale-11 (Stress NRS-11): A single item measure of momentary stress for adolescents and adults. *Pediatr Dimens* 2016; 1(4):105–9.
35. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983; 24(4):385–96.
36. Bellinghausen L, Collange J, Botella M, Emery JL, Albert E. Validation factorielle de l'échelle française de stress perçu en milieu professionnel. *Sante Publique* 2009; 21(4):365–73.

37. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait anxiety inventory (self-evaluation questionnaire). Palo Alto, Ed. CA : Consulting Psychologists Press 1970.
38. Bruchon-Schweitzer M, Paulhan I. STAI-Y : Inventaire d'anxiété état-trait forme Y / Spielberger CD. Paris, Ed. Centre de psychologie appliquée 1993; 68p.
39. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organizational Behav* 1981; 2(2): 99–113.
40. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Can J Behav Sci / Revue Can Sci Comport* 1994; 26(2): 210–27.
41. Stamm BH. The Pro-QOL manual: the professional quality of life scale: Compassion Satisfaction, Burnout & Compassion Fatigue/Secondary Trauma Scales. Baltimore, MD: Sidran Press 2005; 28p.
42. Van Laar D, Edwards JA, Easton S. The work-related quality of life scale for healthcare workers. *J Adv Nurs* 2007; 60(3):325–33.
43. Brooks BA, Anderson MA. Nursing work life in acute care. *J Nurs Care Qual* 2004; 19(3):269–75.
44. Suleiman K, Hijazi Z, Al Kalalkeh M, Abu Sharour L. Quality of nursing work life and related factors among emergency nurses in Jordan. *J Occup Health* 2019; 61(5):398–406.
45. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28(2):193–213.
46. Bandura A, Adams NE, Beyer J. Cognitive processes mediating behavioral change. *J Pers Soc Psychol.* 1977; 35(3):125–39.
47. Steffen AM, McKibbin C, Zeiss AM, Gallagher-Thompson D, Bandura A. The revised scale for caregiving self-efficacy: reliability and validity studies. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2002; 57(1):P74–86.
48. Hart SG. Le Staveland. Development of NASA-TLX (Task Load Index): results of empirical and theoretical research. *Adv Psychol* 1988; 52:139–83.
49. Reid GB, Nygren TE. The subjective workload assessment technique: A scaling procedure for measuring mental workload. In Hancock PA, Meshkati N (Eds.), *Human mental workload* 1988; 185–218.
50. Tsang PS, Velazquez VL. Diagnosticity and multidimensional subjective workload ratings. *Ergonomics* 1996; 39(3):358–81.

51. Mouzé-Amady M, Raufaste E, Prade H, Meyer JP. Fuzzy-TLX: using fuzzy integrals for evaluating human mental workload with NASA-Task Load index in laboratory and field studies. *Ergonomics* 2013; 56(5):752–63.
52. Fanning RM, Gaba FM. The role of debriefing in simulation-based learning. *Simulation in Healthcare* 2007; 2:115–25.
53. Steinwachs B. How to facilitate a debriefing. *Simulation Gaming* 1992; 23:186–95.
54. Dismukes RK, Gaba DM, Howard SK. So many roads: facilitated debriefing in healthcare. *Simul Healthc* 2006; 1(1):23–5.
55. Lai A, Haligua A, Dylan Bould M, Everett T, Gale M, Pigford AA, et al. Learning crisis resource management: practicing versus an observational role in simulation training - a randomized controlled trial. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2016; 35(4):275–81.
56. Houzé-Cerfon CH, Boet S, Marhar F, Saint-Jean M, Geeraerts T. L'éducation interprofessionnelle des équipes de soins critiques par la simulation : concept, mise en œuvre et évaluation. *Presse Med* 2019; 48(7-8 Pt 1):780–7.
57. Hogg W, Lemelin J, Dahrouge S, Liddy C, Armstrong CD, Legault F, et al. Randomized controlled trial of anticipatory and preventive multidisciplinary team care: for complex patients in a community-based primary care setting. *Can Fam Physician* 2009; 55(12):e76–85.
58. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 3:CD000072.
59. Organisation mondiale de la santé. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. 2006; 1-64. En ligne le 21/11/2022 : <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/66399/retrieve>
60. El Khamali R, Mouaci A, Valera S, Cano-Chervel M, Pinglis C, Sanz C, et al.; SISTRESSREA Study Group. Effects of a multimodal program including simulation on job strain among nurses working in intensive care units: a randomized clinical trial. *JAMA* 2018; 320(19):1988–97.
61. Secheresse T, Usseglio P, Joriz C, Habold D. Simulation haute-fidélité et sentiment d'efficacité personnelle. Une approche pour appréhender l'intérêt de la simulation en santé. *Ann Fr Anesth Reanim* 2015; 2:88–95.
62. Turner N, Dierselhuis M, Draaisma JM, Ten Cate TJ. The effect of the advanced paediatric life support course on perceived self-efficacy and use of resuscitation skills. *Resuscitation* 2007; 73:430–6.

63. Durand MA, Carpenter L, Dolan H, Bravo P, Mann M, Bunn F, et al. Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014; 9(4):e94670.
64. Leigh GT. High-fidelity patient simulation and nursing students' self-efficacy: a review of the literature. *Int J Nurs Educ Scholarsh* 2008; 5:1–17.
65. Shinnick M, Woo M. Does nursing student self-efficacy correlate with knowledge when using human patient simulation. *Clin Simulat Nursing* 2013; 10:71–9.
66. Jean M, Lafranchise N, Lepage C, Lafortune L. Regards croisés sur la rétroaction et le débriefing. *Accompagner, former et professionnaliser*. Ed. Québec, Presses universitaires du Québec 2017; 260p.
67. Lafortune L. L'accompagnement et l'évaluation de la réflexivité en santé. *Des applications en éducation et en formation*. Ed. Québec : Presses universitaires du Québec 2015; 256p.
68. Agence de promotion et de recrutement des professionnelles de santé. Transition vers la retraite : un guide pour les médecins. Ed. Imprimeur de la Reine Ontario 2019; 1-23. En ligne le 22/11/2022 : <chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/http://www.healthforceontario.ca/UserFiles/file/ToPS/TransitionOutOfPractice-fr.pdf>
69. Gollac M, Bodier M, et le collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Mesure les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. 2011; 1-223. En ligne le 17/10/2022 https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
70. Nasse P, Légeron P. Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. 2008; 1-94. En ligne le 21/11/2022 <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/084000156.pdf>
71. Doppia MA, Estry-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T; comité de pilotage de l'enquête SESMAT. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Ann Fr Anesth Reanim* 2011; 30(11):782–94.
72. Estry-Béhar M, Doppia MA, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, Aune I, Muster D, Lassaunière JM, Prudhomme C. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians-results from the French SESMAT study. *Emerg Med J* 2011; 28(5):397–410.
73. Jacobson N, Westein R, Nordstrom R, Pilarski A. #WhyIDoIt: A Multidisciplinary Wellness Initiative in an Academic Emergency Department. *West J Emerg Med* 2022; 23(5):693–7.

74. Brand SL, Thompson Coon J, Fleming LE, Carroll L, Bethel A, Wyatt K. Whole-system approaches to improving the health and wellbeing of healthcare workers: A systematic review. *PLoS One* 2017; 12(12):e0188418.
75. Rocha LJ, Juste Werneck Cortes MDC, Dias EC, Fernandes FM, Gontijo ED. Burnout and job satisfaction among emergency and intensive care providers in a public hospital. *Rev Bras Med Trab* 2020; 17(3):300–12.
76. Hamdan M, Hamra AA. Burnout among workers in emergency departments in palestinian hospitals: prevalence and associated factors. *BMC Health Serv Res* 2017; 17(1):407.
77. Gómez-Urquiza JL, De la Fuente-Solana EI, Albendín-García L, et al. Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: a meta-analysis. *Crit Care Nurse* 2017; 37(5):e1–e9.
78. Stehman CR, Testo Z, Gershaw RS, et al. Burnout, drop out, suicide: physician loss in emergency medicine, Part I. *West J Emerg Med* 2019; 20(3):485–94.
79. Alshahrani KM, Johnson J, Prudenzi A, O'Connor DB. The effectiveness of psychological interventions for reducing PTSD and psychological distress in first responders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2022; 17(8):e0272732.
80. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav* 1981; 2(2):99–113.
81. Girod J, Beckman AW. Just allocation and team loyalty: a new virtue ethic for emergency medicine. *J Med Ethics* 2005; 31(10):567–70.
82. Gaire M, Jourdan R, Puel D, Blaszczyk C, Drexler D, Lefort H. Service de santé des armées : loyauté et management. *Soins cadre* 2018; 108:47–50.
83. Cleary M, Lees D, Sayers J. Loyalty in the workplace: some considerations for mental health nurses. *Issues Ment Health Nurs* 2018; 39:366–8.
84. Rothlin P, Werder PT. *Boreout!: Overcoming workplace demotivation*. Ed. Kogan Page Ltd 2008; 160p.
85. Poirier C, Gelin M, Mikolajczak M. Creation and Validation of the First French Scale for Measuring Bore-Out in the Workplace. *Front Psychol* 2021; 12:697972.
86. Graebler D. *Bullshit Jobs*. Ed. Paris, Les liens qui libèrent 2018; 416p.
87. Fernandes HMLG, Jesus MVN, Silva DD, Guirardello EB. Lean healthcare in the institutional, professional, and patient perspective: an integrative review. *Rev Gaucha Enferm* 2020; 41:e20190340.

88. Abdallah AA. Healthcare engineering: a lean management approach. *J Healthc Eng* 2020; 2020:8875902.
89. Gordon LJ, Rees CE, Ker JS, Cleland J. Dimensions, discourses and differences: trainees conceptualising health care leadership and followership. *Med Educ* 2015; 49(12):1248-62.
90. Akamine Y, Imafuku R, Saiki T, Lee-Jayaram J, Berg BW, Suzuki Y. Physicians' perceptions of followership in resuscitation in Japan and the USA: a qualitative study. *BMJ Open* 2021; 11(8):e047860.
91. Barry ES, Bader-Larsen KS, Meyer HS, Durning SJ, Varpio L. Leadership and followership in military interprofessional health care teams. *Mil Med* 2021; 186(Suppl 3):7–15.
92. Bar-On R, Tranel D, Denburg NL, Bechara A. Exploring the neurological substrate of emotional and social intelligence. *Brain* 2003; 126(Pt 8):1790–800.
93. Schwartz SH, Cieciuch J, Vecchione M, Davidov E, Fischer R, Beierlein C, et al. Refining the theory of basic individual values. *J Pers Soc Psychol* 2012; 103(4):663–88.
94. Tuckman BW. Developmental sequence in small groups. *Psychol Bull* 1965; 63:384–99.
95. Flin RH, O'Connoer P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*. Ed. CRC Press 2018; 336p.
96. Le Boterf G. *Construire les compétences collectives*. Ed. Eyrolles 2018; 1-224.
97. Mickan SM, Rodger SA. Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. *J Interprof Care* 2005; 19(4):358–70.
98. Rovio E, Arvinen-Barrow M, Weigand DA, Eskola J, Lintunen T. Team building in sport: a narrative review of the program effectiveness, current methods, and theoretical underpinnings. *Athl Insight Online J Sport Psychol* 2010; 2(2):147–64.
99. Yi YJ. Effects of team-building on communication and teamwork among nursing students. *Int Nurs Rev* 2016; 63(1):33–40.
100. DiMeglio K, Padula C, Piatek C, Korber S, Barrett A, Ducharme M, et al. Group cohesion and nurse satisfaction: examination of a team-building approach. *J Nurs Adm* 2005; 35(3):110–20.
101. Amos MA, Hu J, Herrick CA. The impact of team building on communication and job satisfaction of nursing staff. *J Nurses Staff Dev* 2005; 21(1):10–6; quiz 17–8.
102. Stoller JK, Rose M, Lee R, Dolgan C, Hoogwerf BJ. Teambuilding and leadership training in an internal medicine residency training program. *J Gen Intern Med* 2004; 19(6):692–7.

103. Hope JM, Lugassy D, Meyer R, Jeanty F, Myers S, Jones S, et al. Bringing interdisciplinary and multicultural team building to health care education: the downstate team-building initiative. *Acad Med* 2005; 80(1):74–83.
104. Chreiman KM, Prakash PS, Martin ND, Kim PK, Mehta S, McGinnis K, et al. Staying connected: Service-specific orientation can be successfully achieved using a mobile application for onboarding care providers. *Trauma Surg Acute Care Open* 2017; 2(1):e000085.
105. Sanchez M, Anglin L, Rana R, Butterfield R, Everett CM, Morgan P. Emerging practices in onboarding programs for PAs: Program content. *JAAPA* 2020; 33(9):38-42.
106. Anglin L, Sanchez M, Butterfield R, Rana R, Everett CM, Morgan P. Emerging practices in onboarding programs for PAs: Strategies for onboarding. *JAAPA* 2021; 34(1):32-8.
107. Pinto MB, Pinto JK. Project Team Communication and Cross-Functional Cooperation in New Program Development. *J Prod Innov Manag* 1990; 7:200-12.
108. Poulton BC, West MA. The determinants of effectiveness in primary health care teams. *J Interprof Care* 1999; 13(1):7-18.
109. Temkin-Greener H, Gross D, Kunitz SJ, Mukamel D. Measuring Interdisciplinary Team Performance in a Long-Term Care Setting: *Med Care* 2004; 42(5):72-481.
110. Ministère de la transformation et de la fonction publique. Guide la qualité de vie au travail 2019; 70p. En ligne le 12/12/2022 : <https://www.fonction-publique.gouv.fr/guide-la-qualite-de-vie-au-travail>
111. Alsabri M, Boudi Z, Lauque D, Dias RD, Whelan JS, Östlundh L, et al. Impact of teamwork and communication training interventions on safety culture and patient safety in emergency departments: a systematic review. *J Patient Saf* 2022; 18(1):e351-61.
112. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005; 19:116–31.
113. Lo LL, et coll. *Le travail d'équipe et la communication dans les soins de santé: une analyse documentaire*. Ed. Edmonton: Institut canadien pour la sécurité des patients 2011.
114. Lagneau F. *Travail en équipe : comment évaluer et améliorer ?* Ed. MAPAR 2008; 487–92.
115. Zardet V, Fièr D, Savall H, Petit R. Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital. *J Econ Med* 2011; 29(6-7):277–93.
116. Makary MA, Daniel M. Medical error - the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016; 353:i2139.
117. Reason J. *Human Error*. Ed. Cambridge University Press 1991; 320p.

118. Colla JB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care* 2005; 14:364–66.
119. Consortium pancanadien pour l'interprofessionalisme en santé. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionalisme 2010; 37p. En ligne le 12/12/2022 : https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_outils/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf
120. Simonet ML. Collaboration interprofessionnelle et pratique collaborative en milieu hospitalier : un véritable défi. *Rev Med Suisse* 2017; 3(579):1771–2.
121. Hewett DG, Watson BM, Gallois C, Ward M, Leggett BA. Intergroup communication between hospital doctors: Implications for quality of patient care. *Soc Sci Med* 2009; 69:1732–40.
122. Michel P, Quenon JL, Tricaud- Vialle S, Djihoud A. Etude nationale sur les évènements indésirables graves liés aux soins : analyse approfondie de 45 événements indésirables graves liés aux soins. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, série études n°67. Paris: DRESS; 2007. En ligne le 12/12/2022 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtee67.pdf>.
123. Leonard M. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care* 2004; 13(Suppl 1):i85–90.
124. Lingard L. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care* 2004; 13(5):330–34.
125. Desserprit G. 1/6 La définition du travail en équipe et de sa dynamique. *Soins Cadres* 2015; 24(93):61–2.
126. Saltman DC. Conflict management: a primer for doctors in training. *Postgrad Med J* 2006; 82(963):9–12.
127. Barki H, Hartwick J. Interpersonnal conflict and its management in information systems development. *MIS Quarterly* 2001; 25(2):195–228.
128. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. La gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario 2012; 1-94. En ligne le 12/12/2022 : https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/HWE_BPG_CONFLICT_FR_0.pdf
129. Marco CA, Smith CA. Conflict resolution in emergency medicine. *Ann Emerg Med* 2002; 40(3):347–9.
130. Fernandes CM. Conflict resolution in emergency medicine. *Ann Emerg Med* 2003; 41(5):760; author reply 760.
131. Saltman DC, O'Dea NA, Kidd MR. Conflict management: a primer for doctors in training. *Postgrad Med J* 2006; 82(963):9–12.
132. Castronovo MA, Pullizzi A, Evan S. Nurse bullying: A review and a proposed solution. *Nurs Outlook* 2016; 64(3):208–14.

133. Doppia MA, Estry-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Ann Fr Anesth Réanimation* 2011; 30(87):782–94.
134. Cursan A, Pascual A, Félonneau ML. L'ostracisme. *Avancées scientifiques sur la thématique d'une menace quotidienne*. *Bull Psychol* 2017; 551:383–97.
135. Petrovic MA, Scholl AT. Why we need a single definition of disruptive behavior. *Cureus* 2018; 10(3):e2339.
136. Longo J, Cassidy L, Sherman R. Charge nurses' experiences with horizontal violence: implications for leadership development. *J Contin Educ Nurs* 2016; 47(11):493–9.
137. Doo EY, Choi S. Effects of horizontal violence among nurses on patient safety: Mediation of organizational communication satisfaction and moderated mediation of organizational silence. *J Nurs Manag* 2021; 29(3):526–34.
138. Estry-Béhar M. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Ed. Rennes: EHESP 2008; 383p.
139. Warner I. Nurses' perceptions of workplace conflict: implications for retention and recruitment. PhD Thesis, Royal Roads University, Canada 2001.
140. Lambert VA, Lambert CE, Ito M. Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *Int J Nurs Stud* 2004; 41(1):85–97.
141. McKenna BG, Smith NA, Poole SJ, Coverdale JH. Horizontal violence: experiences of Registered Nurses in their first year of practice: Interpersonal conflict among nurses. *J Adv Nurs* 2003; 42(1):90–6.
142. Le Lan R, Baubeau D. Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé. *Etudes et Résultats* 2004; 335: 12p. En ligne le 12/12/2022 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er335.pdf>
143. Rahim A, Bonoma TV. Managing organizational conflict: a model for diagnosis and intervention. *Psychol Rep* 1979; 44(suppl 3):1323–44.
144. Cosier RA, Dalton DR. Positive effects of conflicts: a field assessment. *Int J Confl Manag* 1990; 1(1):81–92.
145. Sharara-Chami R, Lakissian Z, Farha R, Tamim H, Batley N. In-Situ simulation for enhancing teamwork in the emergency department. *Am J Emerg Med* 2020; 38(4):833–34.
146. Association canadienne de protection médicale. Résoudre les conflits entre professionnels de la santé. 2021. En ligne le 12/12/2022 : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/education-events/good-practices/physician-team/dealing-with-conflict>
147. Haute autorité de santé. Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé. 2014; 1-51. En ligne le 12/12/2022 : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/saed_guide_complet_2014-11-21_15-41-2_64.pdf

148. Ahuja J, Marshall P. Conflict in the emergency department: Retreat in order to advance. *CJEM* 2003;5: 429–33.
149. Covey S. *The seven habits of highly effective people*. New York (NY): Simon and Schuster, Inc; 2004. 247 p.
150. Kaufmann M. The five fundamentals of civility for physicians. *Ontario Medical Rev* 2014; 81(3):19–21. En ligne le 18/12/2022 : <https://php.oma.org/well-being/civility/>
151. Charrier P, Occelli P, Buchet-Poyau K, Douplat M, Delaroche-Gaudin M, Fayard-Gonon F, et al. Strategies used by emergency care professionals to handle interpersonal difficulties with patients: a qualitative study. *BMJ Open* 2021; 11(2):e042362.
152. Thomas KW, Kilmann RH. Thomas-Kilmann conflict mode instrument 1974-2007. En ligne le 18/12/2022 <https://www.skillsone.com/Pdfs/smp248248.pdf>
153. Boudreaux ED, Francis JL, Loyacano T. Family presence during invasive procedures and resuscitations in the emergency department: a critical review and suggestions for future research. *Ann Emerg Med* 2002; 40(2):193–205
154. Maillard-Acker C, et coll. *Infirmier Organisateur de l'Accueil IOA. Référentiel 2020. Révision du référentiel 2004. Société française de médecine d'urgence (commission soins et urgence) 2020; 75p. En ligne le 12/12/2022 : https://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/IOA_r%C3%A9f%C3%A9rentiel_SFMU_2020.pdf*
155. Lefort H, Psiuk T. *Patient partenaire, patient expert. De l'accompagnement à l'autonomie*. Ed. Vuibert 2019; 128p.
156. Haute autorité de santé. *Annnonce d'un dommage associé aux soins. Amélioration des pratiques et sécurité des patients*. Haute Autorité de Santé 2011; 4p. En ligne le 12/12/2022 : https://www.has-sante.fr/jcms/c_953138/fr/annonce-d-un-dommage-associe-aux-soins
157. Sonis JD, White BA. Optimizing Patient Experience in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am* 2020; 38(3):705–13.
158. Malabeuf L. *La relation soignant-soigné, du discours au passage à l'acte*. Soins Formation Pédagogie Encadrement 1992; 4:4–6.
159. Yu H, Qiao A, Gui L. Predictors of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among emergency nurses: A cross-sectional survey. *Int Emerg Nurs* 2021; 55:100961.
160. Okuyama A, Wagner C, Bijnen B. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. *BMC Health Serv Res* 2014; 14:61.
161. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J* 2014; 90(1061):149–54.
162. Morrow KJ, Gustavson AM, Jones J. Speaking up behaviours (safety voices) of healthcare workers: a metasynthesis of qualitative research studies. *Int J Nurs Stud* 2016; 64:42–51.

163. Lin TK, Werner K, Kak M, Herbst CH. Health care worker retention in post-conflict settings: a systematic literature review. *Health Policy Plan* 2022:czac090. doi: 10.1093/heapol/czac090. Online ahead of print.
164. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med* 2003; 42(2):173–80.
165. Casalino E, Choquet C, Thomas S, Erhel S, Cossard P. La violence dans les services d'urgences : évaluation d'une politique de réduction de la violence dans un service d'accueil des urgences parisien. *Ann Fr Med Urgence* 2015; 5(4):226–37.
166. République française. Décret n° 2021-216 du 25 février 2021 relatif à la réforme du financement des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation et portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé. En ligne le 18/12/2022 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043185042>
167. Ministère des solidarités et de la santé. Pacte de refondation des urgences. 2019 ; 20p. En ligne le 18/12/2022 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf
168. Gloanec M, Capuano F, Sainte-Croix D, May-Michelangeli L. L'enquête nationale e-Satis, mesurer la satisfaction et l'expérience des patients. *Soins* 2018; 63(829):23–6.
169. Perrin A, Morin C. L'identitovigilance dans les établissements publics de santé en France : état des lieux et prospective. *Ann Biol Clin (Paris)* 2009; 67(2):177–89.
170. Lassale B, Fournier M, Dettori I, Aullen JP. Procédure régionale de transport des produits sanguins labiles par le samu. *Transfus Clin Biol* 2012; 19(4-5):202–5.
171. Claret PG, Segal N, Maignan M, Maillard-Acker C, Taboulet P, Carpentier F, et al. Le triage en structure des urgences. *Ann Fr Med Urgence* 2014; 4(3):196–200.
172. Taboulet P, Vincent-Cassy C, Squara PA, Resche-Rigon M. Validité de la FRENCH, l'échelle de tri des urgences hospitalières élaborée par la Société française de médecine d'urgence. *Ann Fr Med Urgence* 2019; 9(1):10–6.
173. République française. Arrêté du 29 novembre 2019 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Evaluation du bilan radiologique requis et sa demande anticipée par l'infirmier ou l'infirmière organisateur de l'accueil (IOA), en lieu et place du médecin, pour les patients se présentant avec un traumatisme de membre dans un service d'urgences ». En ligne le 18/12/2022 <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000039508076>
174. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med* 2000; 35(1):63–8.
175. Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short-term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population-based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ* 2011; 342:d2983
176. Casalino E, Wargon M, Peroziello A, et al. Predictive factors for longer length of stay in an emergency department: a prospective multicentre study evaluating the impact of age, patient's clinical acuity and complexity, and care pathways. *Emerg Med J* 2014; 31(5):361–8.

177. Saidi K, Paquet AL, Goulet H, Ameur F, Bouhaddou A, Nion N, et al. Effets de la création d'un circuit court au sein d'un service d'urgence adulte. *Ann Fr Med Urgence* 2017; 5(6):283–9
178. Jones P, Schimanski K. The four hour target to reduce Emergency Department 'waiting time': a systematic review of clinical outcomes. *Emerg Med Australas* 2010; 22(5):391–8
179. Staib A, Sullivan C, Griffin B, Bell A, Scott I. Report on the 4-h rule and National Emergency Access Target (NEAT) in Australia: time to review. *Aust Health Rev* 2016; 40(3):319–23.
180. Sullivan C, Staib A, Eley R, Griffin B, Cattell R, Flores J, et al. Who is less likely to die in association with improved National Emergency Access Target (NEAT) compliance for emergency admissions in a tertiary referral hospital? *Aust Health Rev* 2016; 40(2):149–54.
181. Chen YF, Armoiry X, Higenbottam C, Cowley N, Basra R, Watson SI, et al. Magnitude and modifiers of the weekend effect in hospital admissions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2019; 9(6):e025764.
182. Devkaran S, Parsons H, Van Dyke M, Drennan J, Rajah J. The impact of a fast-track area on quality and effectiveness outcomes: a Middle Eastern emergency department perspective. *BMC Emerg Med* 2009; 9:11.
183. Arrouy L, Strohmenger L, Attal J, Moussu MC, Braconnier S, Beaune S. Évaluation de la mise en place d'un fast-track pour les personnes âgées de plus de 85 ans dans un service d'urgence. *Ann Fr Med Urgence* 2016; 6(4):233–9.
184. Pateron D. Dis-moi comment est ton aval et je te dirai comment marche ton accueil. *Ann Fr Med Urgence* 2016; 6(3):157–8.
185. Agence nationale d'appui à la performance. Gestion des lits : cers une nouvelle organisation – Tome 2 : Mise en œuvre et bilan. 2016; 88p. En ligne le 20/12/2022 : <https://ressources.anap.fr/gestion-des-lits/publication/1474-gestion-des-lits-vers-une-nouvelle-organisation-tome-2-mise-en-oeuvre-et-bilan>
186. Haute Autorité de Santé. Mesurer et améliorer la qualité. Manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins. 2021. En ligne le 23/12/2022 : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/manuel_certification_es_qualite_soins.pdf
187. Barrett L, Ford S, Ward-Smith P. A bed management strategy for overcrowding in the emergency department. *Nurs Econ* 2012; 30(2):82-5, 116.
188. Franklin BJ, Vakili S, Huckman RS, Hosein S, Falk N, Cheng K, et al. The Inpatient Discharge Lounge as a Potential Mechanism to Mitigate Emergency Department Boarding and Crowding. *Ann Emerg Med* 2020; 75(6):704–14.
189. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. 2002; 77p. En ligne le 24/12/2022 : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/demarche_qualite_2006_10_06_10_16_43_41.pdf

190. Hoogendoorn P, Versluis A, van Kampen S, McCay C, Leahy M, Bijlsma M, et al. What makes a quality health App? Developing a global research-based health app quality assessment framework for CEN-ISO/TS 82304-2: A delphi study. *JMIR Form Res* 2022. doi: 10.2196/43905. Epub ahead of print.
191. Jones WS. Military Graduate Medical Education: Training the Military Health System into a High-Reliability Organization. *Mil Med* 2015;180(11):1121–3.
192. Gaw M, Rosinia F, Diller T. Quality and the Health System: Becoming a High Reliability Organization. *Anesthesiol Clin* 2018; 36(2):217–26.
193. Asakawa M, Imafuku R, Kawakami C, Hayakawa K, Suzuki Y, Saiki T. Promoting a culture of sharing the error: A qualitative study in resident physicians' process of coping and learning through self-disclosure after medical error. *Front Med (Lausanne)* 2022; 9:960418.
194. Dagley K. The Value of Risk Rounding: Transforming Nursing Intuition Into Recognition Through Identifying Foreseeable Risk. *Dimens Crit Care Nurs* 2023; 42(1):42–5.
195. Jameson JT, Markwald RR, Kubala AG, Roma PG, Biggs AT, Lai K, Russell DW. Sleep deficiency, operational fatigue and the interplay of compromising factors: Analysis to aid in fatigue management. *J Sleep Res* 2022:e13788.
196. Martinez-Millana A, Saez-Saez A, Tornero-Costa R, Azzopardi-Muscat N, Traver V, Novillo-Ortiz D. Artificial intelligence and its impact on the domains of universal health coverage, health emergencies and health promotion: An overview of systematic reviews. *Int J Med Inform* 2022; 166:104855.
197. Westrum R. A typology of organisational cultures. *Qual Saf Health Care* 2004;13(Suppl 2):ii22–7.
198. Haute Autorité de Santé. Enquêtes sur la culture de sécurité. Comprendre et agir. 2019; 43p. En ligne le 24/12/2022 : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/spa_123_guide_culture_securite_cd_2019_05_29_v1.pdf
199. Walker LE, Nestler DM, Laack TA, Clements CM, Erwin PJ, Scanlan-Hanson L, et al. Clinical care review systems in healthcare: a systematic review. *Int J Emerg Med* 2018; 11(1):6.
200. Debouck F, Rieger E, Petit H, Noël G, Ravinet L. Méthode Orion(®) : analyse systémique simple et efficace des événements cliniques et des précurseurs survenant en pratique médicale hospitalière. *Cancer Radiother* 2012; 16(3):201–8.
201. Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, et al. How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *BMJ* 2000; 320(7237):777–81.
202. Haute Autorité de Santé. Déclarer les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS). 2022. En ligne le 24/12/2022 : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2787338/fr/declarer-les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs
203. Haute Autorité de Santé. État des lieux des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) déclarés concernant les SAMU-SMUR. 2018. En ligne le 18/12/2022 :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-10/spa-120_rapport_etat_lieux_eigs_samu-smur_cd_v3.pdf

204. Haute Autorité de Santé. SAMU : amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Guide méthodologique. 2020. En ligne le 18/12/2022 : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3211255/fr/samu-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins
205. Patterson PD, Weiss LS, Weaver MD, Salcido DD, Opitz SE, Okerman TS, et al. Napping on the night shift and its impact on blood pressure and heart rate variability among emergency medical services workers: study protocol for a randomized crossover trial. *Trials* 2021; 22(1):212.
206. Depil Duval A, Haupais F. La sieste aux urgences à l'hôpital d'Évreux en Normandie. *Rev Infirm* 2019; 68(250):32–3.
207. Lefort H, Ravat F, Chandre-Couturier C, Fontaine M. Télémedecine et régulation médicale initiale du brûlé grave. *Rev Infirm* 2019; 68(256):21-2.
208. Legrand M, Barraud D, Constant I, Devauchelle P, Donat N, Fontaine M, et al. Guidelines. Management of acute burn injuries in adults and children. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2020; 39(2):253-67.
209. Union européenne. Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données). En ligne le 24/12/2022 : <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees> ; et son rectificatif en ligne le 24/12/2022 : [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679R\(02\)&qid=1528814703534&from=en](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679R(02)&qid=1528814703534&from=en)