

## **Approche exploratoire du stress perçu et de la charge de travail dans le secteur hospitalier**

CAZABAT S. doctorante, BARTHE B. maître de conférences, CASCINO N. maître de conférences.

Le stress constitue aujourd'hui un véritable problème de santé publique : en Europe, il occupe la deuxième place des problèmes de santé liés au travail (European Agency for Safety and Health at Work, 2000). Les enquêtes révèlent une relation entre une charge de travail jugée importante par les salariés et un niveau élevé de stress perçu. Par exemple, en Grande-Bretagne, 79% des personnes interrogées estiment que leur charge de travail est la première source de stress (TUC, 2004) ; en France, 3 cadres sur 4 déclarent être stressés par leur travail et 73% d'entre eux considèrent avoir une charge de travail trop lourde (CFE-CGC, 2002). Ces questions se posent avec acuité dans le secteur hospitalier, dans lequel de nombreuses études soulignent l'importance du stress et de la charge de travail (Bourbonnais *et al.*, 2005 ; Dartiguepeyrou, 1999).

Diverses disciplines scientifiques ont étudié séparément les notions de stress et de charge de travail, alors que, dans la réalité quotidienne du travail, elles sont, de notre point de vue, imbriquées et ne peuvent être envisagées l'une sans l'autre (Falzon & Sauvagnac, 2004).

Cette communication tente de rapprocher les notions de stress et de charge de travail à partir d'une monographie réalisée dans un service hospitalier. Dans cet objectif, une approche exploratoire combinant les points de vue de la psychologie sociale et de l'ergonomie a été mise en place.

### **STRESS ET CHARGE DE TRAVAIL : BREF APERCU THEORIQUE**

Le stress a dans un premier temps été décrit sous l'angle physiologique, en termes de relation stimulus-réponse (Syndrome d'Adaptation Général de Selyé, 1946).

Il a ensuite été considéré comme un processus dépendant d'une part des événements de la vie et en particulier de leur cumul, sources objectives de stress, et d'autre part de l'évaluation qu'en fait l'individu. Ainsi émerge le concept de « stress perçu » (Lindsay & Norman, 1980). Si

l'individu considère que les exigences de la situation (les stressseurs) dépassent les ressources dont il dispose pour y répondre, alors le stress apparaît et des processus d'adaptation (« coping ») sont mis en place.

Le décalage entre les exigences de la situation et les ressources disponibles est précisé dans les modèles de stress professionnel (Karasek, 1981 ; Siegrist, 1996). Le rôle du soutien social est notamment mis en évidence par Karasek. Il peut être défini comme l'ensemble des interactions sociales et coopératives, entre le travailleur, ses collègues et ses supérieurs.

Comme pour le stress, le concept de charge de travail englobe différentes facettes. On peut définir la charge de travail comme le résultat de la mise en relation entre les exigences d'une tâche à un moment donné (contraintes) et les conséquences de cette tâche (astreintes) se répercutant sur l'organisme (Leplat, 1997). Elle est classiquement spécifiée selon trois caractéristiques : physique, mentale ou cognitive et psychique (de Montmollin, 1997). Poete et Rousseau (2003) proposent d'envisager la charge de travail sous l'angle de trois dimensions complémentaires : la charge prescrite, qui se réfère aux exigences des prescriptions, la charge réelle, qui renvoie à l'activité des opérateurs et la charge subjective, qui est le sentiment de charge des opérateurs.

Ces dimensions s'articulent et se pondèrent en fonction de la possibilité ou non d'agir des opérateurs, de la possibilité ou non de faire des compromis (individuels et collectifs) entre leurs propres caractéristiques, les prescriptions établies et la variabilité de la situation de travail.

Ce rapide aperçu théorique souligne des points de convergence entre les notions de stress et de charge de travail. Là où les modèles du stress distinguent les déterminants du stress, le stress perçu et les stratégies de « coping », l'approche ergonomique de la charge de travail met en relation les exigences prescrites, le sentiment de charge et les processus de régulation mis en œuvre au niveau de l'activité de travail. Au delà d'un constat de proximité conceptuelle, l'intérêt est de repérer les apports mutuels de ces deux champs disciplinaires en utilisant, de façon complémentaire et dans une approche globale, leurs outils conceptuels et méthodologiques.

Le premier objectif sera alors de combiner ces approches pour travailler sur les relations entre le stress perçu par les opérateurs en lien avec les aspects du travail qu'ils considèrent comme stressants et la charge de travail réelle c'est-à-dire qui relève de l'activité de travail et des compromis mis en place.

### **STRESSEURS ET DÉTERMINANTS DE LA CHARGE A L'HÔPITAL**

L'étude présentée s'intéresse au travail des infirmières œuvrant dans un service hospitalier. Dans ce secteur, l'importance du stress et de la charge de travail est avérée par de nombreux travaux et les stressseurs ou déterminants sont clairement identifiés (Estryn-Béhar, 1996 ; Stoïber & Bouillercé, 1999). Les plus récurrents sont les effectifs réduits et la charge de travail qui en résulte, les horaires de travail, le travail du week-end, la confrontation à la douleur et à la mort des patients et les difficultés relationnelles avec les collègues et les familles.

À ces stressseurs, également identifiés comme déterminants de la charge de travail, les recherches ergonomiques rajoutent les efforts posturaux, les manutentions et les déplacements pour l'aspect physique de la charge de travail, ainsi que les exigences cognitives du travail de soin, l'urgence, la transmission d'informations et les interruptions incessantes pour les aspects plus cognitifs.

Ces exigences physiques, cognitives et psychiques bien connues du travail de soin sont rendues plus saillantes par le manque d'effectif résultant des contraintes organisationnelles et budgétaires actuelles qui pèsent sur l'hôpital.

### **SERVICE DE GÉRONTOLOGIE ET METHODOLOGIE**

Le service de gérontologie concerné accueille 38 patients âgés en moyenne de 89 ans, pour la plupart atteints de démence sénile, de maladie d'Alzheimer et/ou d'hémiplégie. Ce type de service hospitalier se singularise par un maigre espoir d'amélioration de l'état de santé des patients.

L'équipe soignante est composée de 2 médecins, 1 cadre infirmier, 8 infirmières, 18 aides-soignantes (AS) et agents des services hospitaliers (ASH). Le manque d'effectif est manifeste notamment pour les infirmières lors du poste du matin (7h-15h) sur lequel nous nous centrons. Leur effectif réel est toujours en deçà de l'effectif prescrit : 1 à 2 infirmières au lieu de 3 à 4 infirmières. Lors de ce poste de travail,

considéré comme éprouvant, les infirmières ont pour tâches la distribution des médicaments, les toilettes et les soins des patients. Elles accomplissent ces tâches, auprès des 38 patients, avec la collaboration de 1 ou 2 aides-soignantes.

Dans ce contexte et au regard des éléments théoriques, l'objectif est de savoir si une charge de travail réelle importante est systématiquement associée à un niveau de stress perçu élevé et si les infirmières mettent en place des processus de régulation liés, notamment, au collectif de travail (soutien social et coopération).

Pour répondre à ces questions, la démarche méthodologique adoptée combine analyse ergonomique de l'activité et enquête par questionnaire. L'analyse ergonomique de l'activité permet d'appréhender la charge de travail au plan physique (recueil des déplacements, des postures et des manutentions) et cognitif (recueil des interruptions) ainsi que le recours au collectif de travail (recueil des demandes d'aide et de la durée des aides accomplies). Le questionnaire permet d'aborder le stress perçu. Il comporte 19 items regroupés en 6 dimensions : type de tâche à réaliser, ingratitude du travail, relations interindividuelles, efforts physiques, interruptions et tâches annexes imprévues. Les infirmières donnent leur sentiment sur ces items en se positionnant sur une échelle de valeur allant de 1 (pas du tout stressée) à 5 (très stressée).

Les conventions et les conditions d'accès à l'hôpital ont limité notre investigation de terrain à 12 jours. Le recueil systématique des données a duré 6 jours, 3 infirmières différentes (A, B et C) ont fait l'objet d'un relevé en continu lors du poste du matin, deux d'entre elles à plusieurs reprises (l'infirmière B a été suivie 2 fois et l'infirmière C a été suivie 3 fois). À la fin de chaque poste, les infirmières ont rempli le questionnaire relatif au stress perçu.

## **RESULTATS**

### **Scores de stress perçu et aspects stressants du travail**

Les points des échelles utilisées dans le questionnaire impliquent un score minimum de 19 points, un score maximum de 95 et une moyenne avoisinant les 38 points. Les scores de stress perçu lors des 6 postes de travail varient de 20 à 62 (cf. tableau 1).

Infirmières		A	B	C	C	C	B
Scores de stress perçu		20	31	32	39	44	62
Dimensions du travail considérées comme stressantes	Types de tâche	x	x				X
	Ingratitude		x	x			X
	Efforts physiques			x			X
	Imprévus				x	x	
	Relations				x	x	X
	Interruptions				x	x	X
Nombre total d'aspects stressants évoqués		1	2	2	3	3	5

Tableau 1 : Scores de stress perçu des infirmières A, B et C lors des 6 postes de travail et nombre d'aspects du travail estimés stressants

Le niveau de stress perçu des infirmières B et C, suivies à plusieurs reprises, varie d'un poste de travail à un autre. La hausse du niveau de stress perçu est associée, d'une part, à l'évocation de sources de stress absentes dans les scores bas, d'autre part, au cumul d'éléments stressants. Le score le plus élevé totalise 5 aspects du travail considérés comme stressants sur 6.

#### **Efforts physiques et interruptions**

Les résultats sont relatifs aux activités de distribution de médicaments, de soins et de toilette effectuées sur le poste de matin entier, soit 8 heures. Ces résultats sont mis en rapport avec les scores de stress perçu.

Les efforts physiques concernent les déplacements, les postures et les manutentions (cf. figure 1).

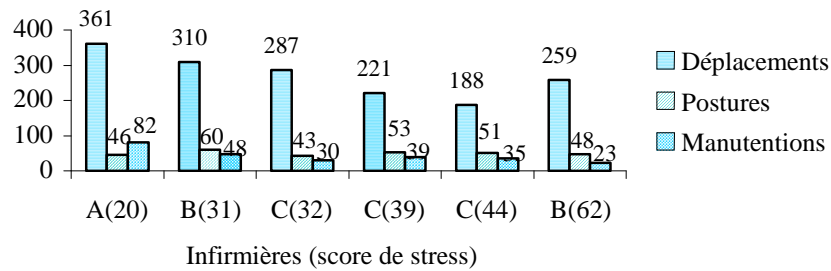


Figure 1 : Charge physique de travail

La diminution des efforts, et en particulier des déplacements, s'accompagne d'une augmentation des scores de stress perçus (sauf pour le score de stress le plus élevé). Et inversement, les maximums d'efforts physiques sont associés aux scores de stress les plus bas. L'infirmière A totalise le maximum de déplacements (361 soit en moyenne 45 déplacements par heure) et présente le score de stress perçu le plus bas (20). La comparaison des déplacements et des scores de stress perçu de l'infirmière C en est également une illustration. Cependant, en rapprochant ces résultats de ceux du tableau 1, on remarque que l'importance du nombre d'efforts réels n'est pas forcément ressentie comme une dimension stressante du travail par les infirmières (cf. tableau 1).

Les interruptions proviennent en majorité des collègues (67%) et, plus particulièrement, des AS, ASH et du cadre infirmier. Leur nombre varie, selon les postes de travail, de 9 à 29 (soit respectivement, pour se faire une idée générale, de 1 interruption par heure à 1 interruption toutes les 19mn). Les résultats ne montrent pas de lien avec les scores de stress perçus, même si le score de stress le plus bas est associé au nombre et à la durée d'interruption minimum.

### **Demandes d'aide**

Les demandes d'aide des infirmières sont systématiquement adressées aux AS et ASH et toutes suivies d'une entraide effective. Elles sont relativement rares : de 1 à 4 par poste de travail.

Hormis pour le score de stress perçu le plus élevé, la diminution des demandes d'aides s'accompagne de l'augmentation des scores de stress perçu (ex. : A(20) et B(31) sollicitent 4 fois l'aide des collègues ; C(44) formule 1 seule demande).

### **DISCUSSION - CONCLUSION**

Les résultats montrent que l'augmentation de la charge de travail réelle ne suit pas systématiquement l'augmentation du niveau de stress perçu. En effet, lorsqu'on classe les scores de stress perçu de façon croissante, les efforts physiques et les demandes d'aides tendent à diminuer.

D'une part, concernant les efforts physiques, leur diminution peut être considérée comme une stratégie de régulation mise en place par les infirmières. Dans un service où elles sont souvent seules avec une ASH pour s'occuper de 38 patients, la diminution des efforts physiques, et notamment des déplacements, leur permet de « *s'économiser* ». Mais l'économie reste relative, l'efficacité de ce compromis n'est que partielle : les efforts physiques ne sont plus qualifiés de « stressants » dans le questionnaire mais les scores de stress perçu ne cessent d'augmenter malgré la diminution des efforts physiques réels. Les discussions avec les infirmières font apparaître qu'elles culpabilisent de « *s'économiser* ». En ce sens, la réduction des efforts physiques, qui est un des compromis possibles dans cette situation, a une incidence pathogène.

D'autre part, les scores de stress perçu les plus élevés s'accompagnent également d'une réduction des demandes d'aide (qui restent néanmoins relativement rares). Ce résultat peut laisser entendre que le fait de ne pas pouvoir s'appuyer sur le collectif de travail est un facteur de stress perçu. Il peut également traduire l'utilisation par les infirmières de stratégies visant à limiter volontairement les relations interpersonnelles, celles-ci étant qualifiées de stressantes (données issues du questionnaire) lors des postes de travail aux scores de stress perçu les plus élevés. En effet, lorsque cela est possible, solliciter des collègues est coûteux : perte de temps, risque de récupérer du travail supplémentaire, risque de déranger une collègue surchargée, risque de conflit, etc.

La diminution des demandes d'aides et des déplacements traduit un repli de l'infirmière sur elle-même et conduit à son isolement. Dans un système aussi contraint (manque d'effectif, charge de travail lourde, pression temporelle forte, etc.) les opératrices sont dans l'impossibilité de s'appuyer sur le collectif de travail, de s'entraider pour « faire face ». Ce recours au collectif « empêché » conduit à des stratégies de coping et de régulation individuelles dont les limites sont vite atteintes. Elles permettent de « contrôler » certaines dimensions de la charge de travail, en l'occurrence la dimension physique, mais en alourdissent d'autres et, en particulier, la dimension psychique.

En effet, l'isolement, qui traduit un processus de régulation adaptatif ou stratégie de coping par évitement, a des répercussions pathogènes sur l'état de santé de l'individu. Les crises de larmes de deux infirmières et la démission de l'une d'entre elles, au moment de notre présence, attestent de cet impact sur leur santé mentale : elles « *craquent* ». Ce service hospitalier de gériatrie, considéré comme un « mouvoir » pour les patients est en passe de devenir un « mouvoir » pour les soignantes, qui n'en sont plus, et qui développent des sentiments d'inutilité et d'impuissance (Neveu, 1996). Le risque est d'arriver à un état d'épuisement professionnel (*burn out*), qui, selon Falzon et Sauvagnac (2004) est une conséquence du stress qui affecte les ressources personnelles des individus et qui se caractérise par une rupture avec les règles de métier.

L'identification de facteurs de stress déplace le point de vue de l'individu vers le groupe d'individus concernés par ces différents facteurs. Ainsi, les repères d'action sont à rechercher du côté des exigences du travail et des possibilités de régulation des opérateurs. Dans le service hospitalier concerné, le déséquilibre entre les prescriptions et les possibilités d'agir est tel qu'il semble difficile de trouver des solutions au niveau local. Dans ce cadre, la présente étude (qui n'est pas une intervention) peut permettre d'amorcer une réflexion pour des actions qui pourraient se situer à un niveau politique et national.

Les apports mutuels des champs disciplinaires de la psychologie sociale et de l'ergonomie se situent aux niveaux méthodologique et explicatif.



Malgré les limites méthodologiques de cette étude exploratoire (peu d'observations, échantillon de population restreint, relevé des données sur l'activité de travail partiel, etc.), l'association des techniques de recueil a permis d'identifier les dimensions effectivement stressantes de cette situation de travail mais aussi de comprendre quelle est la place de chacune d'entre elles dans le processus de stress.

Les outils d'évaluation du stress perçu en lien avec les dimensions stressantes du travail sont utiles pour approcher les contours de la charge subjective. L'analyse de l'activité permet de re-situer les exigences réelles du travail et les compromis mis en œuvre par les opérateurs.

## BIBLIOGRAPHIE

European Agency for Safety and Health at Work (2000). *Research on work-related stress* (Issue 203). Bilbao, Espagne.

[http://osha.eu.int/publications/reports/203/stress\\_en.pdf](http://osha.eu.int/publications/reports/203/stress_en.pdf)

Bourbonnais, R., Gauthier, N., Vézina, M., Viens, C., Durand, P.J., Brisson, C., Alderson, M., Bégin, P., Ouellet, J.P. (2005). Une intervention en centres d'hébergement et de soins de longue durée visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail. *Pistes*, Vol. 7, n°2.

<http://www.pistes.uqam.ca/v7n2/articles/v7n2a1.htm>

CFE-CGC (2002). *Stress au travail : une agression, une maladie*. Lettre confédérale n°1074, 17/10/2002.

[http://www.cfecgc.org/050-Publications/10-20\\_Les-Evenements.asp?LettreId=492](http://www.cfecgc.org/050-Publications/10-20_Les-Evenements.asp?LettreId=492)

Dartiguepeyrou, M. (1999). Etude comparative des niveaux de stress des jeunes IDE en poste de « volante » et en poste fixe dans les Hôpitaux Publics de Dax et Bayonne. *Santé publique*, Vol. 11, n°2.

<http://www.bdsp.tm.fr/FullText/Show.asp?Ref=192207>

Estryn-Behar, M. (1996). *Ergonomie hospitalière. Théorie et pratique*. Paris: ESTEM.

Falzon, P., & Sauvagnac C. (2004). Charge de travail et stress. In P. Falzon (Eds.), *Ergonomie* (pp. 175-190). Paris: PUF.

Karasek, R.A. (1981). Job decision latitude, job design and coronary heart disease. In G. Salvendy & M. J. Smith (Eds.), *Machine pacing and occupational stress* (pp. 45-55). London: Taylor & Francis.

- Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail. Contribution à la psychologie ergonomique*. Paris: PUF.
- Lindsay, P.H., & Norman, D.A. (Eds.). (1980). *Traitement de l'information et comportement humain*. Montréal: Editions Etudes vivantes.
- Montmollin de, M. (1997). *Vocabulaire de l'ergonomie*. Toulouse: Octarès Editions.
- Neveu, J.P. (1996) Epuisement professionnel : recherche exploratoire en milieu hospitalier, *Le Travail Humain*, 59, 2, 173-186.
- Poete, B., & Rousseau, T. (2003). *La charge de travail-De l'évaluation à la négociation*. Editions Liaisons réseau ANACT.
- Selyé, H. (1946). The General Adaptation Syndrome and the diseases of adaptation, *Journal of clinical endocrinology*, 6, 117-230.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort-low reward conditions. *Journal of occupational health psychology*, 1, 27-41.
- Stoiber, C. & Bouillercé, B. (1999). *Le stress de l'aide-soignant : Spécificités et conséquences-Comment lutter contre le stress*. Paris: Masson.
- Trades Union Congress (2004). *Stress and overwork-Section 4* (Trade Union Trends Survey 04/03).  
[http://www.tuc.org.uk/h\\_and\\_s/tuc-9056-f0.pdf](http://www.tuc.org.uk/h_and_s/tuc-9056-f0.pdf)