

La discrimination dans le secteur du soin comme expression de l'augmentation de la charge de travail : enquêtes prospectives en milieu hospitalier et libéral.

Sandrine Schoenenberger^{(1)*}, Pierre Moulin⁽¹⁺²⁾, Eric Brangier⁽¹⁾

⁽¹⁾Laboratoire ETIC-INTERPSY – EA 4432. Université Paul Verlaine – Ile du Saulcy – 57000 Metz

⁽²⁾INSERM – Unité 822 – 94975 Kremlin Bicêtre

* sandrine.schoenenberger@gmail.com

Introduction

Cette communication restitue deux études sur la variation de la charge de travail des personnels de santé en montrant qu'elle pourrait être à l'origine de pratiques interprétées comme relevant de la discrimination. En effet, lorsque les patients sont nombreux et que les exigences professionnelles sont sur-sollicitées, comment se comportent les personnels de santé ? Adoptent-ils toujours un comportement égalitaire ou au contraire seraient-ils enclins à se faciliter le travail et donc à privilégier certains patients « plus faciles » au détriment d'autres qui se retrouveraient ainsi discriminés... Le code pénal français (art 225-1) considère la discrimination comme une « *distinction entre les personnes physiques* » du fait de leur « *origine, sexe, situation de famille, apparence physique, patronyme, état de santé, handicap, caractéristiques génétiques, mœurs, orientations sexuelles, âge, opinions politiques, appartenance ou non appartenance vraie ou supposée à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée* ». Toutefois, la distinction devient discrimination dès lors qu'elle est déterminée par un critère illégitime, défini légalement ou selon des usages sociaux (Fassin et al., 2000), comme par exemple, les discriminations des femmes à l'embauche. Autrement dit, la discrimination est « *un traitement inégal fondé sur l'application d'un critère illégitime* ». Le caractère illégitime « *suppose un consensus social sur ce qui est légitime et ce qui ne l'est pas* ».

Au vu de la spécificité du travail de soignant (déontologie, volonté d'aide), la discrimination envers les patients ne peut se réduire aux mêmes causes (i.e. race, sexe) que l'on rencontre dans d'autres domaines (i.e. discrimination à l'emploi, au logement). D'autant que les discriminations évoquées en milieu médical tiennent en grande part à des facteurs socio-

économiques (Carde, 2007 ; Desprès et Naiditch, 2006), même si le facteur culturel (origine étrangère des personnes) reste présent.

Notre étude vise dès lors à interroger d'autres causes probables de la discrimination de la part des soignants envers les patients, telles que la charge de travail. Les comportements qualifiés de discriminatoires sont-ils la conséquence d'une volonté discriminante et/ou le moyen qu'ont les soignants de réguler leur activité professionnelle ?

Après avoir présenté le système d'accès aux soins en France, nous exposerons les discriminations en milieu médical, puis la variation de la charge de travail dans les soins avant de discuter d'un modèle articulant soins, charge de travail et discrimination. Nous exposerons ensuite les problématique hypothèses, méthodologie et résultats de deux études de terrain.

1 La discrimination dans les soins

1.1 Discrimination et soins

Si l'accès aux soins est un droit, il n'en demeure pas moins que les personnes fragilisées rencontrent fréquemment des problèmes d'accès, sans doute renforcés par des pratiques plus ou moins implicites de discrimination.

1.1.1 Les systèmes de prise en charge des soins en France.

L'assurance maladie repose sur des principes d'égalité d'accès aux soins, de qualité des soins et de solidarité. Le principe de base est le régime général : les salariés cotisent auprès de la caisse d'assurance maladie, payent leurs soins et cette caisse les rembourse mais sans les prendre en charge à 100 %. Certains frais restent à la charge de l'assuré. Il est alors possible de cotiser pour une assurance complémentaire auprès d'autres organismes qui couvrent ces frais non couverts. Le système général de Sécurité Sociale se base sur les cotisations salariales que ne peuvent assumer les personnes ne travaillant pas. Pour cela, la Couverture Maladie Universelle (CMU) et sa complémentaire (la CMUc) ont été mises en place en 2000.

Les étrangers en France de manière régulière depuis moins de 3 mois et les étrangers en situation irrégulière sont toutefois exclus de ce dispositif. Ils peuvent néanmoins bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat (AME). Les patients bénéficiant de la CMUc ou de l'AME ne font pas d'avance de frais, contrairement aux patients ayant une mutuelle privée, les médecins étant payés ultérieurement par leurs caisses. Alors que les mutuelles vont rembourser leurs adhérents sur la totalité de la somme du soin (selon le contrat), pour les patients CMUc et AME, les soins seront pris en charge selon les tarifs conventionnés par la caisse d'assurance

maladie. Ceci implique que les professionnels de santé appliquant des tarifs plus élevés que ceux des conventions ne recevront pas l'ensemble de la somme facturée. Par exemple, pour un soin facturé 100 € que la caisse d'assurance a conventionné à 70 €, le praticien sera payé 70 € et non 100 €. (<http://www.ameli.fr/fiches-synthetiques/c.m.u.-et-c.m.u.-complementaire.php>)

1.1.2 Discrimination dans les soins

D'après la littérature disponible, la discrimination peut revêtir différentes formes distinctes en secteur sanitaire. Premièrement, le refus de soins correspond à une manifestation explicite de refus pour un professionnel de santé de prendre en charge un patient. Par exemple, différentes études ont montré des taux de refus de soins pouvant aller jusqu'à 41% de spécialistes refusant des patients CMU (Desprès et Naiditch, 2006). Ce refus de soins peut se manifester de différentes manières :

- refus direct : il s'agit pour le professionnel d'opposer directement au patient son refus de soin. Le cas le plus fréquent est un soignant qui pratique le dépassement d'honoraire et qui va explicitement refuser de donner un rendez-vous au patient CMUc/AME qui souhaite une consultation.
- retard aux soins : il s'agira ici de donner au patient CMUc/AME un rendez-vous plus tardivement que pour un patient non-CMUc/AME.

Deuxièmement, la discrimination se manifeste par des variations des processus décisionnels des acteurs de santé qui interprètent les données ou les faits sociaux en fonction de la culture du patient. Ainsi, l'appartenance culturelle du patient va orienter les interprétations des soignants ainsi que les modes de prises en charge. Par exemple, les patients de même origine culturelle vont être regroupés dans les mêmes chambres collectives, laissant les chambres individuelles aux patients français jugés plus individualistes.

Enfin troisièmement, une manifestation plus sournoise de la discrimination consiste en l'abaissement des normes de prises en charge (Fassin et al, 2000). Les soignants adaptent leur pratique aux croyances et préjugés qu'ils nourrissent envers les patients (Fassin et al.). Ainsi, ils prescriront moins d'analgésiques à des patients noirs, surtout lorsqu'ils ont des demandes de médicaments spécifiques (Burgess et al, 2008).

Ainsi, le contraste peut être saisissant entre des professionnels de santé, ayant une volonté de soigner, d'aider la population, de porter secours aux démunis et des comportements professionnels qui conduisent, dans certains cas, à l'inverse. Pourquoi un tel écart ? Comment des éléments de la situation ou des personnes peuvent-ils avoir un tel effet ? Quelles

justifications peut-on apporter pour rendre compte de telles conduites ?

1.2 Soins et variation de la charge de travail

Certaines études (i.e. Desprès et Naiditch, 2006) parlent d'un lien entre la discrimination et les conditions de travail. Ainsi, des patients discriminés en secteur libéral vont recourir aux services d'urgence qui se trouvent saturés. Ceci a pour conséquence d'augmenter les temps d'attente et la réorientation des patients vers d'autres services permettant aux professionnels de santé de se protéger d'un burnout en réduisant une activité trop importante. Si le refus de soins pour motif économique envers les patients CMUc pour des soins non-conventionnés peut se comprendre de la part des soignants libéraux qui doivent faire face à tous les frais de leur cabinet (i.e. matériel, salaire, impôts), à l'hôpital il s'agira davantage d'une problématique liée à une charge de travail élevée à laquelle le soignant devra s'adapter.

Nous considérons la charge de travail comme la « *conséquence pour un opérateur donné de l'activité qu'il met en œuvre pour répondre à ces exigences* » (Maincent et al., 2005). La charge de travail dépend des exigences de la tâche, des circonstances dans lesquelles elle est exécutée et de l'opérateur (compétences, comportement, perception) (DiDomenico et Nussbaum, 2008 ; Hart et Staveland, 1988). Lorsque la charge de travail est élevée, les professionnels vont modifier les modes opératoires de l'activité (Spérandio, 1972) lorsqu'ils en ont la possibilité (Cazabat, Barthe et Cascino, 2008). Par exemple, diminuer le nombre de demandes d'aide auprès de collègues est un moyen pour les infirmières de réduire les efforts physiques en faisant moins de déplacement dans les services, réduisant leur charge de travail (Cazabat et al). Ainsi, ce qui est objectivement demandé à l'opérateur se différencie de ce qu'il ressent subjectivement (Hart et Staveland, 1988). En effet, pour une même tâche, différents intervenants peuvent ressentir un niveau d'exigence différent. Par exemple, un médecin confronté à un patient non-francophone ne trouvera pas cette tâche aussi difficile s'ils parlent une langue commune.

Le niveau de compétence et l'implication pour réaliser la tâche sont tout aussi importants dans la définition de la charge de travail que la difficulté de la tâche elle-même (Montmollin, 1997). Qui plus est, la charge de travail a un impact sur l'activité, en terme de régulation (Spérandio, 1972) mais également en terme de performance comme le nombre d'erreurs de médication (administrer un médicament plus tard que ce qui est prescrit ou oublier d'administrer un médicament) qui est corrélé avec la charge de travail des infirmières (Al Kandari et Thomas, 2008).

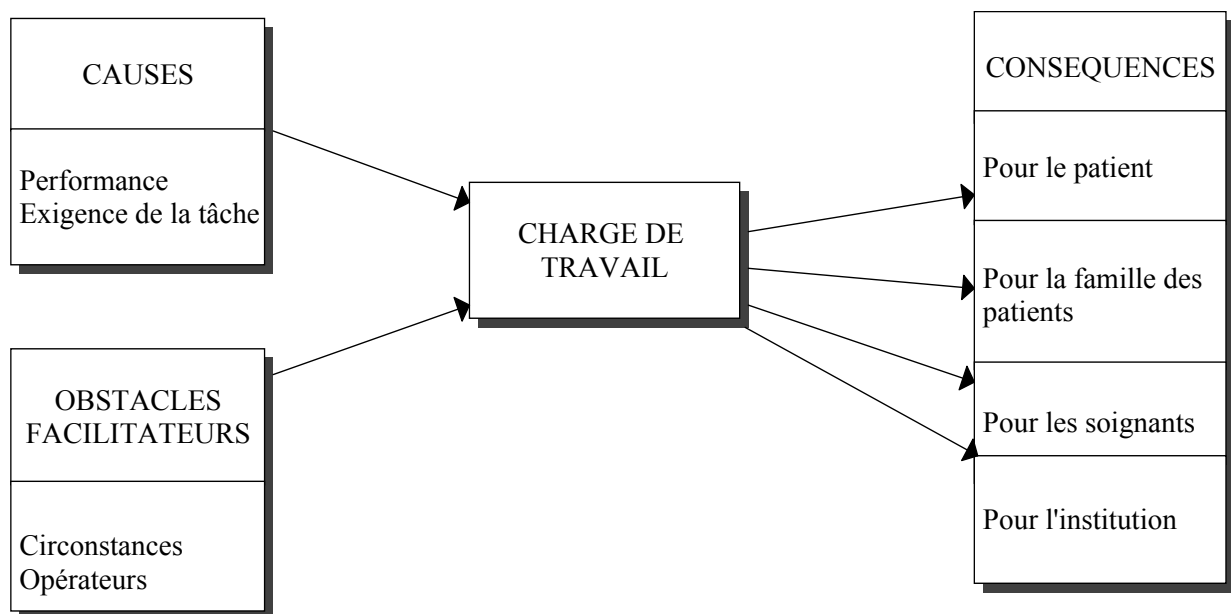
En secteur médical, certains patients contribuent de surcroît à augmenter la charge de travail.

Ainsi, lorsque la communication est difficile (i.e. problèmes linguistiques, surdité) l'entretien clinique nécessaire au diagnostic est complexifié. Les « mauvais patients », selon l'expression de Vega (2000) (notamment les SDF, personnes âgées, patients psychiatriques, toxicomanes) s'avèrent plus compliqués à gérer car ils nécessitent des soins relationnels importants alors que l'efficacité à l'hôpital « renvoie à la qualité [médicale] des soins » (Cazabat et al, 2008) et moins à l'investissement relationnel avec le patient.

1.3 Articulation soins, discrimination et charge de travail

La charge de travail (voir figure 1) découle des performances à atteindre et des obstacles et facilitateurs pour atteindre cette performance (Carayon et Gürses, 2005). Les performances à atteindre se rapprochent des exigences de la tâche alors que les obstacles et facilitateurs se rapprochent des circonstances et caractéristiques des opérateurs, selon le modèle de Hart et Staveland (1988).

Figure 1 : modèle des causes et conséquences de la charge de travail des soignants



Ainsi, les obstacles et facilitateurs de la performance liés aux circonstances renvoient à l'activité et aux caractéristiques des patients : « mauvais » patients et patients difficiles demandant un investissement relationnel important, patients non-observants, patients plaintifs, etc. (Al Kandari et Thomas, 2008 ; Vega, 2000). Les obstacles et facilitateurs liés à l'opérateur renvoient aux compétences (Montmollin, 1997), comportements et perceptions (i.e. l'interprétation des pathologies selon la culture des patients, Fassin et al, 2000). De même ; une charge élevée induit des conséquences sur les patients, leurs familles, les

soignants et l'institution. Ces dernières vont se traduire dans la qualité des soins et la sécurité des patients : erreur médicale, augmentation des infections, augmentation du temps d'attente, patients renvoyés chez eux sans avoir reçu les soins nécessaires, diminution de la communication (Al Kandori et Thomas, 2008 ; Fassin et al., 2000). Pour la famille il s'agira d'une satisfaction moindre dans les soins apportés au patient (Carayon et Gürses, 2005). Pour l'institution il s'agira de conséquences économiques en termes notamment d'absentéisme, de turn-over (Cavanagh, 1992).

Enfin, nous pouvons remarquer que certaines conséquences de la charge de travail sur les patients relèvent de comportements jugés discriminatoires. Il s'agit par exemple des refus de soins à l'hôpital, de l'augmentation du temps d'attente, l'appauvrissement des communications.

1.4. Problématique

Il s'agit ici d'identifier dans quelle mesure la discrimination en milieu médical est liée à la charge de travail, de manière à pouvoir proposer ultérieurement des moyens adéquats visant à améliorer la prise en charge des patients tout en préservant l'intégrité des personnels soignants. De ce point de vue, les comportements que les patients pourraient qualifier de discriminatoires seront d'abord dus à une modification de l'activité pour réguler la charge de travail, celle-ci augmentant selon la confrontation entre les compétences de l'opérateur et les circonstances de réalisation de l'activité (i.e. caractéristiques des patients, manque d'effectif) avant d'être liés à une volonté explicite de discrimination. La régulation de la charge de travail conduit à exprimer des comportements de nature discriminatoire qui se manifestent par : (1) une rationalisation temporelle et économique : à l'hôpital les professionnels de santé évoquent la pression temporelle tandis qu'en consultation privée ils mentionnent davantage les frais non pris en charge par les caisses d'assurance maladie.

(2) une polarisation sur les groupes marginaux : les patients les plus discriminés seront les précaires (CMU, AME) voire les très précaires (SDF, patients sans couverture sociale) mais aussi les patients étrangers ou d'origine étrangère.

(3) une itération en boucle : les patients augmentant la charge de travail seront ceux qui auront un comportement marginal favorisant l'émergence des comportements discriminatoires qui à leur tour augmenteront une fois encore la charge de travail ; cette itération pouvant conduire à des surcharges très importantes, risquant d'occasionner des troubles psychopathologiques du travail.

2. Principaux résultats de deux enquêtes de terrain

2.1 Première étude : le point de vue des soignants.

2.1.1. Contexte de la première étude

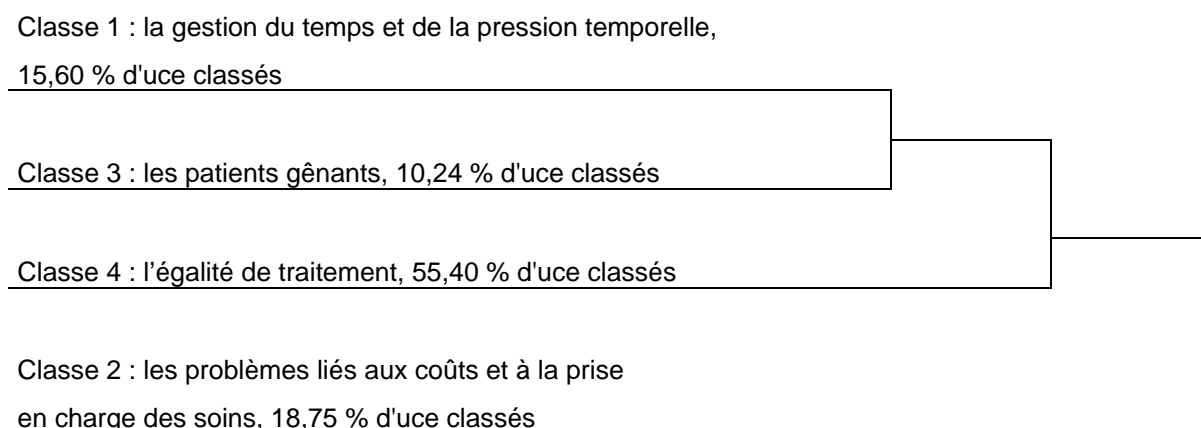
Dans cette première étude, nous nous sommes intéressés au point de vue des professionnels de santé. Nous avons interviewé 22 professionnels de santé (9 hommes – 13 femmes, âge moyen 36 ans - $\sigma = 9,8$). 12 travaillent en secteur libéral (3 médecins, 4 infirmiers, 2 dentistes et 3 assistantes dentaires) et 10 en secteur hospitalier (2 médecins, 1 psychiatre, 4 infirmiers et 3 agents administratifs). Ils étaient invités à parler librement des différences de traitement dans l'accès aux soins puis, dans la suite de l'entretien, nous abordions, si l'interviewé(e) n'y venait pas spontanément, les problèmes de qualité de soins.

2.1.2. Distribution lexicale des données textuelles

L'analyse des entretiens par le logiciel ALCESTE¹ permet un découpage du corpus en différents morceaux de phrases appelés Unités de Contexte Élémentaire (U.C.E.), ici notre corpus a été découpé en 1671 U.C.E. A partir d'une classification hiérarchique descendante, les données sont alors regroupées en différentes classes selon les relations de proximité / distance qu'elles entretiennent entre elles (Figure 2). Ici, nous observons que la classe 2 (18,75 % du corpus) s'oppose aux autres classes définies par le logiciel. Ensuite, la classe 4 (55,40 % du discours) s'opposent aux deux autres dernières classes 3 (10,24 % du corpus) et 1 (15,60 % du corpus).

¹ Les données verbales recueillies par entretiens ont été retranscrites intégralement puis analysées selon des techniques statistiques. Alceste propose une analyse sémiotique automatisée du corpus qui repose sur la distribution statistique des mots et des énoncés. Cette analyse se déroule en trois étapes fondamentales. Premièrement, le programme effectue une lemmatisation : il identifie et dénombre l'ensemble des formes (mots pleins, mots outils, verbes, articles, etc.) et les réduit à leur racine. Deuxièmement, le programme définit les unités de contexte (des phrases, des items, des morceaux d'énoncés), puis les regroupe en classe (sorte de grandes catégories de thèmes), et enfin il calcule des unités de contextes les plus représentatives de chaque classe (univers lexical constitué de mots cooccurrents). Troisièmement, les principaux traits caractéristiques des classes sont présentés selon diverses approches statistiques afin d'en faciliter l'interprétation (vocabulaire spécifique de chaque classe, mots outils spécifiques à chaque classe, analyse factorielle des données textuelles.). En somme, l'étude de la distribution du vocabulaire spécifique de chaque classe met en évidence une configuration de mots qui permet d'inférer un sens. L'étude du sens des classes se réfère à un contexte d'énoncés définis statistiquement et non à des énoncés limités à un cadre particulier.

Figure 2 : Classification descendante hiérarchique



2.1.3. Caractéristiques lexicales des classes de discours

A partir de χ^2 liant les mots aux classes dégagées, nous pouvons interpréter les classes définies par le logiciel qui analyse les mots contributifs en les séparant en catégories selon leurs classes grammaticales : les mots pleins (mots donnant du sens au texte : i.e. substantifs, adjectifs, adverbes, verbes) (tableau 1), les mots outils (connecteurs grammaticaux liant les mots pleins : i.e. pronoms, conjonctions) (tableau 2) et les variables signalétiques des sujets que nous avons mesurées et indiquées (i.e. sexe, âge, métier).

Tableau 1 : Extrait des mots pleins par classe, classés selon leur χ^2 décroissant²

Classe 1 : heure (37), salle (18), grave (14), attente (20), gravité (10), attendre (21), affaire (11), mort (13), plâtre (8), mari (7), dossier (9), essayer (23), journée (10), place (9), mec (12), casser (7), comprendre (15), installer (8),
Classe 2 : payer (82), rembourser (59), mutuelle (32), prothèse (30), euro (25), argent (30), CMU (48), praticien (26), cher (21), sécurité (23), sécu (18), tarif (16), couronne (18), traitement (19), carte (14), caisse (17), dentaire (12), avancer (12), dent (13), vital (15), devis (10), social (28), pourcentage (16), frais (8), coûter (8), tiers (10), chèque (7), céramique (7), dépasser (8), problème (39), coût (12),
Classe 3 : psychiatre (24), propre (18), gériatrie (7), malade (14), gène (8), suicider (6), sale (7), relation (13), psy (7), délirer (5), agiter (5), éduquer (6), domaine (8), tentative (4), schizo (4), père (5), diagnostic (6),
Classe 4 : soigner (99), travail (85), pareil (32), race (23), vraiment (61), différent (56), médecin (97), rendez-vous (25), milieu (22), hospitalier (38), délai (17), libéral (28), population (15), personne (57), relationnel (20), discriminer (64), envie (28), seul (32), cabinet (32)

Tableau 2 : Extrait des mots outils par classes, selon leurs χ^2 décroissants

Classe 1 : pendant (10), selon (8), avant (19), trois (20), et (127), ainsi (7), elle (42), huit (10), quatre (14), était (22), cinq (12), puis (28).
Classe 2 : cent (19), ils (119), donc (93), pour (94), ont (58), par (35), hors (3), certains (14), cinq (14), mille (4), trop (23), eux (23), vingt (13), bon (52)

² Les nombres entre parenthèses indiquent le nombre d'UCE où le mot apparaît

Classe 3 : a-la-fois (4), ah (11), contre (2).
Classe 4 : je-pense (96), ai (150), oui (108), ouais (34), moi (123), je (285).

Classe 2 : les problèmes liés aux coûts et à la prise en charge des soins (18.75 % d'uce classées).

Pour cette classe, qui s'oppose à toutes les autres, le champ lexical indique une référence aux coûts des soins, notamment en matière de soins dentaires, et plus particulièrement des soins hors convention, pour lesquels le praticien peut effectuer des dépassements d'honoraires. Cette classe regroupe le discours des libéraux, essentiellement dentistes, se référant aux problèmes financiers posés par les patients CMUc pour lesquels les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge.

« Ils font des marges que la sécurité sociale nous donne une somme et faut pas la dépasser donc, et parfois même ils perdent de l'argent, c'est-à-dire que pour faire des prothèses amovibles... » (assistante-dentaire, A-S 17)

Ils font également référence aux patients du système général mais qui peuvent difficilement avancer les frais de certains soins puis attendre d'être remboursés par leur mutuelle :

« Si ils mettent cinq cents euros de leur poche, ils nous font cinq chèques de cent euros et on encaisse un tous les mois, donc nous on fait la banque, c'est pas normal non plus » (dentistes, D 05)

Classe 4 : L'égalité de traitement (55.40 % d'uce classées)

Le champ lexical de cette classe se réfère à une égalité de traitement.

Cette classe regroupe le discours de praticiens libéraux (essentiellement infirmiers), selon lesquels la non-discrimination est pensée avant tout en terme financier de fidélisation de la clientèle, plus encore que comme un principe déontologique.

Ici, les interviewés s'impliquent plus dans leur discours en se référant à leur propre comportement (mots spécifiques : « je », « moi »), ainsi qu'à celui des collègues. Ils se posent en défenseur de la déontologie médicale en affirmant le principe de non-discrimination :

« L'aspect par rapport au racisme non, les professionnels de santé avec qui je travaille au niveau libéral, parce qu'au niveau hospitalier c'est différent, mais au niveau libéral, la conscience du soin chez les gens franchit certaines barrières » (infirmier libéral, IL 11).

Classe 1 : la gestion du temps et de la pression temporelle (15.60 % d'uce classées)

Le champ lexical fait référence au temps, aux caractéristiques des pathologies et aux patients

spécifiques. Il s'agit d'un discours concernant le travail, reprenant les différences entre pathologies, mentionnant des patients pour lesquels la prise en charge modifie l'activité (i.e. SDF qu'il faut laver), et l'impact de ces facteurs sur la temporalité de l'activité déclinée en termes d'attente des patients. Les sujets les plus contributifs de cette classe sont des praticiens hospitaliers en service d'urgence et un ex-hospitalier évoquant son expérience en tant qu'urgentiste. Ils évoquent le fait qu'en dehors des pathologies nécessitant une intervention médicale rapide, les patients ne vont pas subir le même temps d'attente. L'ordre de passation des patients est un moyen de les différencier:

« Enfin moi j'ai fait cinq ans d'urgences à Bon Secours, la qualité des soins elle diffère selon les gens, c'est évident. ben vous avez huit heures d'attente pour un type lambda, euh, si le fils du directeur il vient, il attend pas huit heures dans la salle d'attente, on est bien d'accord. »
(infirmier libéral, ex-urgentiste, IL 07)

Classe 3 : les patients gênants (10.24 % d'uce classées)

Ici, le champ sémantique se réfère à des patients particuliers qui gênent les soignants, soit parce qu'ils font peur (i.e. patients psychiatriques ou violents), soit car leur prise en charge est lourde (i.e. personnes âgées dépendantes, SDF désocialisés). Cette classe reprend essentiellement le discours d'un médecin hospitalier et d'un psychiatre en service d'urgence.

« le délirant, par exemple qui gêne beaucoup, l'agité, le délirant gêne, l'agité gêne, l'alcoolisé gêne, le vieux grabataire gêne, qu'est-ce qui gêne encore, donc le social, le social au sens large du terme gêne » (médecin hospitalier, service d'urgence, D 18)

Pour résumer, l'argent est une préoccupation importante des praticiens libéraux, surtout ceux du secteur dentaire justifiant des pratiques telles que le refus de soins. En revanche, le discours des hospitaliers est centré sur les aspects liés à l'activité professionnelle où les caractéristiques des patients favorisent l'apparition de discrimination. Les individus précaires (CMU, AME) voire très précaires (SDF) apparaissent ici fortement discriminés. Toutefois, si les patients précaires sont victimes de refus de soins chez les libéraux, pour des raisons financières, ils ne sont pas évoqués par les hospitaliers qui, d'une part, ne connaissent pas le système d'assurance des patients qu'ils traitent, mais de plus, ne s'occupent pas eux-mêmes de la gestion financière de l'hôpital. Les préoccupations financières paraissent caractéristiques des soignants libéraux, qui sont responsables du fonctionnement de leur cabinet : i.e. personnel dont ils doivent assurer les salaires, loyer, impôt, matériel. Ces préoccupations sont un facteur supplémentaire augmentant leur charge de travail. En revanche, concernant les

patients très précaires, la problématique financière ne semble pas être le déclencheur de la discrimination à leur encontre. En effet, les professionnels évoquant le plus fréquemment cette population sont des hospitaliers qui justifient les refus de soins envers ces patients en invoquant leurs comportements désocialisés et marginaux ; de telles conduites sont pensées comme une cause évidente de l'augmentation de la charge de travail médicale et soignante.

Concernant les patients étrangers, le discours des acteurs tend à indiquer que, malgré les difficultés de communication inhérentes à cette population et contrairement à ce que nous supposons, ils ne sont pas perçus comme étant discriminés par les soignants.

D'autres « catégories » de patients sont apparues comme étant discriminées : les patients psychiatriques et les personnes âgées. Les premiers sont discriminés car ils « font peur », les professionnels de santé ne se sentent pas assez formés et compétents pour se confronter à ces patients. Les seconds car ils constituent une charge supplémentaire de par leur dépendance. Ces derniers constats nous indiquent que les patients qui sont pensés comme étant les plus discriminés sont ceux qui engendrent une charge de travail élevée chez les soignants.

Dans l'étude suivante, le focus est réalisé sur le lien entre discrimination et la charge des soignants à l'hôpital.

2.2 Seconde étude : identification des patients les plus contributifs à l'augmentation de la charge

2.2.1. Contexte de la deuxième étude

Dans cette seconde étude, nous cherchions à préciser quels patients étaient susceptibles d'augmenter la charge de travail des professionnels. Pour ce faire, nous avons observé et interrogé à titre exploratoire 8 professionnels hospitaliers (1 homme & 7 femmes, âge moyen 33 ans - $\sigma = 6$; 1 médecin, 3 infirmières & 4 aides-soignantes des services d'urgences, de soins de suite et de réadaptation et de maison de retraite). Nous les avons observés dans leur travail pendant 2 h. Nous avons enregistré les propos des soignants ainsi que les caractéristiques du patient (i.e. SDF, problème de communication évalué par le soignant). Ensuite, nous les avons interviewés en leur demandant quelles étaient les difficultés de leur travail, avant de leur demander quels étaient les patients qui augmentaient ces difficultés. Enfin, pour mesurer leur charge de travail, nous avons choisi d'utiliser un outil de mesure subjective de cette charge car étant peu invasif pour l'interviewé, plus facile à opérationnaliser et à reproduire et permettant une bonne estimation de la charge de travail (DiDomenico et Nussbaum, 2008). Nous avons donc choisi d'utiliser le NASA-TLX (Hart et

Staveland, 1988, Maincent et al., 2005) qui permet d'évaluer la charge de travail selon six dimensions (exigence mentale, exigence physique, exigence temporelle, effort, performance, frustration) ainsi qu'un score global de charge pondéré par les contributions de chaque dimension. De plus, cette échelle est considérée comme la mesure subjective la plus sensible, la plus fiable et la plus valide qui soit actuellement disponible (Hart et Staveland, 1988).

2.2.2. Principaux résultats

Une analyse thématique des entretiens effectués indique que la gestion de l'agressivité des patients est une source importante de difficulté dans le travail, tous les professionnels interrogés en ont fait état. Ensuite, ils évoquent les pressions temporelles (évoquées par 6 soignants), les limites de chacun (mentionnées par 5 soignants), la succession des pathologies (évoquée par 5 soignants) et les patients revendicateurs (mentionnés par 2 soignants). Autrement dit, les interviewés évoquent les difficultés de leur travail selon deux dimensions : le facteur patient (agressivité à gérer, revendication) et le facteur conditions de travail (pression temporelle, limites personnelles, succession des pathologies).

Concernant le facteur patient comme source de charge de travail, les soignants évoquent en premier l'agressivité du patient (N = 8), puis les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique (N = 5), les patients revendicateurs (N = 4), les toxicomanes (N = 4), les alcooliques (N = 3), les patients avec lesquels la communication est difficile hors problème linguistique (N = 3), les troubles du comportement (N = 3) et enfin les personnes âgées, les SDF et ceux qui présentent des problèmes linguistiques (N = 2 pour chacun). Nous pouvons ainsi classer les patients en 4 groupes selon le type de difficultés induites :

- difficultés liées à l'organisation de travail : il s'agit essentiellement des personnes âgées pour lesquelles il est souvent difficile de trouver un lit dans un service. Les professionnels évoquent les problèmes liés à ces patients, sans pour autant que nous ayons pu observer des comportements différents de leur part vis-à-vis d'eux.
- difficultés liées à l'entretien clinique majorées par le manque de compétence du professionnel : il s'agit ici des problèmes de communication (i.e. langue, surdité d'un patient). Nous avons constaté que la langue du patient a des effets sur l'activité. Les intervenants restent plus longtemps avec des patients francophones qu'avec des patients non-francophones ($t_{(42)} = 4.430$; $p = .000$) ou lorsque la communication avec le patient est perçue, par le soignant, comme facile ($r = -0,268$, $p = .043$). Toutefois, les entretiens indiquent qu'ils estiment ne pas avoir de difficultés lorsqu'ils sont confrontés à un patient étranger (ils demandent à une personne d'un autre service de venir traduire). Il

semble bien que ce soit les difficultés de communication qui expliquent ces différences de temps passé avec les patients, mais en revanche, nous n'avons pas observé de différence significative selon l'origine ethnique des patients.

- difficultés liées à l'entretien clinique majorées par l'état des patients : il s'agit d'individus en état de délire tels que les malades psychiatriques en décompensation, ou encore les toxicomanes sous l'emprise de drogue. Lors de nos observations, nous avons constaté les difficultés qu'éprouvaient les acteurs de santé à interagir avec ces patients et la charge de travail supplémentaire ainsi occasionnée :

« s'il est sous l'emprise de la drogue ou si il est pas sous l'emprise de la drogue, on peut pas communiquer avec quelqu'un qui est pas dans son état, mais quand il est en état de manque c'est pareil, y'a pas vraiment de communication non plus » (Infirmière, I 01)

Les soignants regrettent un manque de compétence face à ce type de patients, ils se sentent inutiles car ne savent pas forcément comment agir face à une demande qu'ils ne comprennent pas :

« c'est un petit peu énervant et c'est un peu on se sent impuissant, on ne sait pas comment réagir on a l'impression que le patient croit qu'on le délaisse alors que nous on ne sait pas quoi faire, voilà moi je me sens impuissante » (Aide-soignante, A-S 06)

- difficultés liées aux comportements des patients : il est ici question des patients revendicateurs, agressifs, mais également désocialisés comme les SDF. Dès lors, l'activité du service se transforme pour « évacuer » les patients gênants :

« C'est une autre sorte d'urgence, on peut pas laisser un SDF qui sent très fort dans la même salle d'attente qu'avec des enfants » (Infirmière, I 01)

3. Discussion - conclusion – perspective

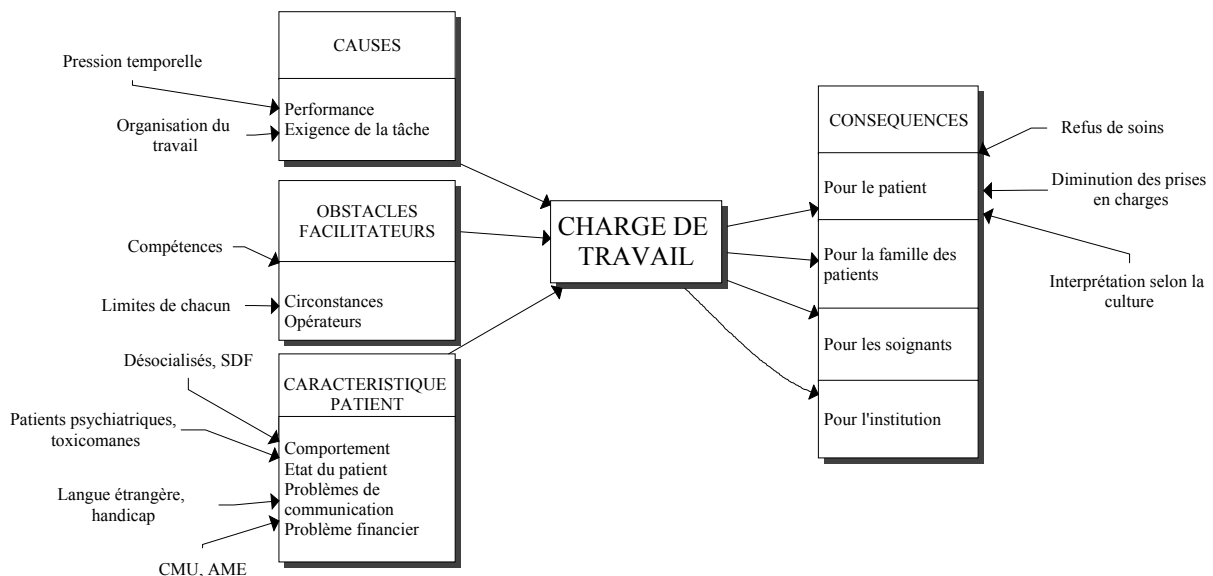
Chez les professionnels évoluant en secteur libéral, les principales discriminations évoquées semblent liées à des problématiques financières, concernant notamment les patients précaires (bénéficiaire de la CMU, de l'AME), et plus particulièrement en secteur dentaire (Desprès et Naiditch, 2006).

Pour les intervenants hospitaliers, il est davantage question de patients qui alourdissent l'activité et sont vécus comme étant « désagréables » à soigner (Vega, 2000). Les patients concernés sont ceux en rupture sociale (i.e. SDF), ceux qui ont un comportement agité (sous l'emprise de substances toxiques ou non) et les personnes âgées (i.e ; difficulté à leur trouver

une place dans un service hospitalier).

En revanche, concernant les personnes pouvant être victimes de discrimination dans les soins, les professionnels interrogés ne mentionnent pas les patients étrangers ou d'origine étrangère. D'ailleurs, l'origine ethnique d'un patient ne nous est pas apparue ici comme une cause de discrimination, alors qu'il s'agit d'un facteur d'inégalité dans les soins (Burgess et al, 2008). Ils évoquent principalement des patients représentant une surcharge de leur travail comme les difficultés de communication qui ont un impact sur le temps passé avec le patient, et donc sur sa prise en charge globale. Les compétences du soignant (Hart et Staveland, 1988, Montmollin, 1997), en complexifiant l'activité, constituent un facteur de discrimination. Nous proposons alors une modélisation de ces discriminations selon la figure suivante :

Figure 3 : modèle du lien entre les causes et conséquences de la charge de travail des soignants et la discrimination subie par les patients



Nos deux études tendent à montrer que la discrimination en milieu médical est dépendante de la charge de travail des acteurs de santé et donc que l'activité professionnelle agit comme un facteur régulateur des conduites discriminantes. Il y a régulation entre des contraintes car très souvent le personnel est pris en tenaille entre des objectifs économiques ou sociaux et des demandes de plus en plus fortes émanant des populations fragilisées. Compte tenu des résultats – et même si nos échantillons sont restreints – les déterminants des conduites discriminatoires doivent à la fois être recherchés sur les plans ergonomiques et psychosociaux. Intensification du travail, densification des tâches, impératifs de rentabilité, pression temporelle... sont autant de facteurs de charge qui réduisent les échanges

communicationnels et conduisent à des attitudes de discrimination. Il revient donc de faire évoluer le travail ; c'est en ce sens que nous cherchons des modalités d'intervention pour améliorer les situations de travail tout en corrigeant les manifestations discriminatoires.

Bibliographie

- Al Kandari, F., Thomas, D. (2008) Perceived adverse patient outcomes correlated to nurse's workload in medical and surgical wards of selected in Kuwait, *Journal of Clinical Nursing*, 18, 581-590
- Assurance Maladie : <http://www.ameli.fr/fiches-synthetiques/c.m.u.-et-c.m.u.-complementaire.php>
- Burgess, D.J., Crowley-Matoka, M., Phelan, S., Dovidio, J.F., Kerns, R., Roth, C., Saha, S., Van Ryn, M. (2008) Patient race and physicians' decision to prescribe opioids for chronic low back pain, *Social Science and Medicine*, 67, 1852-1860
- Carayon, P., Gürses, A.P. (2005) A human factors engineering conceptual framework of nursing workload and patient safety in intensive care units, *Intensive and Critical Care Nursing*, 21, 284-301
- Carde, E. (2007) Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins, *Santé publique*, 2 (19), 99-109
- Cavanagh, S.J. (1992) Job satisfaction of nursing staff working in hospital, *Journal of Advanced Nursing*, 17, 704-711
- Cazabat, S., Barthe, B., Cascino, N. (2008) Charge de travail et stress professionnel : deux facettes d'une même réalité ? étude exploratoire dans un service de gérontologie, *Pistes*, 10 (1) <http://www.pistes.uqam.ca/v10n1/articles/v10n1a5.htm>
- Desprès C., Naiditch, M. (2006) Analyse des attitudes de médecins et de dentiste à l'égard des patients bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle : une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne, Rapport final mai 2006 pour le Fonds CMU
- DiDomenico, A., Nussbaum, M. (2008) Interactive effects of physical and mental workload on subjective workload assessment, *International Journal of Industrial Ergonomics*, 38, 977-983
- Fassin D., Carde, E., Ferré, N., Musso-Dimitrijevic, S. (2000) *Un traitement inégal – Les discriminations dans l'accès aux soins*. Rapport pour la Direction de la Population et des Migrations.
- Hart, S., Staveland, L. (1988) Development of *NASA-TLX* (Task Load Index)" Results of Empirical and Theoretical Research, In P. A. Hancock et N. Meshkati (Eds.), *Human Mental Workload* (pp. 239-250). Amsterdam: North Holland Press.
- Maincent A., Martin, R., Van Box Som, D. (2005) Evaluation de la charge de travail d'opérateurs d'un système complexe à risques, *Cahiers de la MSH, n° spécial*, 345-365
- Montmollin, M. de (1997) *Vocabulaire de l'ergonomie*, Toulouse, Octares
- Sperandio, J-C. (1972) Charge de travail et régulation des processus opératoires, *Le travail humain*, 35 (1), pp 85-98
- Vega, A. (2000) *Une ethnologue à l'hôpital – l'ambiguïté du quotidien*. Paris : édition des archives contemporaines

Sandrine Schoenenberger

Doctorante en psychologie à l'université de Metz et diplômée en psychologie du travail, Sandrine Schoenenberger est actuellement ATER à l'université de Dijon où elle co-dirige le DEUST de « Gestion et Médiation Sociale » et la Licence professionnelle « Intervention Sociale – Agent de Développement Local ». Ses problématiques de recherches concernent la discrimination et la charge de travail. Elle a également participé à une recherche pour la HALDE sur le diagnostic de la place des stéréotypes et des discriminations dans les manuels scolaires.

Pierre Moulin

Docteur en psychologie sociale de l'EHESS, Pierre Moulin est aujourd'hui Maître de Conférence à l'Université Paul Verlaine de Metz. Ses thèmes de recherches concernent la prise en charge et l'accompagnement des patients, les représentations des professionnels de santé, les représentations sociales de certaines pathologies (SIDA, cancer), l'observance thérapeutique. Ses enseignements portent sur les méthodes en sciences sociales, la psychologie sociale appliquée à la santé.

Eric Brangier:

Docteur en Psychologie, Habilité à Diriger des Recherches, diplômé en Sociologie et en linguistique, Éric Brangier a exercé comme psychologue dans une grande entreprise d'informatique. Arrivé en 1991 à l'Université Paul Verlaine – Metz, il y a d'abord été Maître de conférences, Directeur du département de psychologie puis Professeur des Universités. Il a initié le Master « Psychologie du travail et nouvelles technologies », puis le master en « Ergonomie et ingénierie des facteurs humains. Ses enseignements portent sur l'utilisabilité, la psychologie du travail, l'ergonomie des produits et systèmes, la psychologie sociale des organisations, la communication humain-machine et l'ergonomie informatique. Éric Brangier a été co-président de 3 congrès internationaux et a participé à plus de 20 comités scientifiques de conférences internationales. Invité à plusieurs reprises à l'étranger, il a été expert pour plusieurs institutions et a lui-même participé et dirigé plusieurs contrats de recherches avec des institutions nationales et internationales. Éric Brangier est l'auteur de plus de 150 publications et communications dont deux livres.