HAL
open science

Variation de prise en charge des patients : discrimination dans les soins et/ou charge de travail élevée

Sandrine Schoenenberger

To cite this version:

Sandrine Schoenenberger. Variation de prise en charge des patients : discrimination dans les soins et/ou charge de travail élevée. Psychologie. Université de Lorraine, 2012. Français. NNT : 2012LORR0419 . tel-01754507

HAL Id: tel-01754507

https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01754507

Submitted on 30 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Ecole Doctorale PIEMES :
Perspectives Interculturelles : Ecrits, Médias, Espaces, Sociétés

Variation de prise en charge des patients : discrimination dans les soins et/ou charge de travail élevée

Thèse de l'Université Paul Verlaine – Metz

Soutenue par Mlle Sandrine SCHOENENBERGER
en vue de l'obtention du Doctorat – Mention Psychologie
le 15/03/2012

Sous la direction de M. Éric Brangier
Professeur des Universités en Psychologie du Travail et Ergonomie
Laboratoire InterPsy – ETIC (Expérience utilisateur dans le Traitement des Interactions technologiques et des Conduites humaines et sociales)

Et la co-direction de M. Pierre Moulin
Maître de Conférences en Psychologie Sociale de la Santé
Unité 1018 INSERM (Institut National de la Santé et la Recherche Médicale)

Jury :

Eric BRANGIER, Professeur des Universités, Université de Lorraine, Directeur
Daniel GILIBERT, Maître de Conférences HDR, Université de Bourgogne, Dijon, Rapporteur
Pierre MOULIN, Maître de Conférences, Université de Lorraine, Co-directeur
Didier TRUCHOT, Professeur des Universités, Université de Franche-Comté, Besançon, Rapporteur
Gérard VALLERY, Professeur des Universités, Université Jules Verne, Amiens, Examinateur

Année universitaire 2011/2012

REMERCIEMENTS

Ce travail de plusieurs années n‘aurait pu être accompli sans l‘aide et le soutien de nombreuses personnes. Je tiens ici à exprimer mes remerciements :

- A M. Moulin pour la patience dont il a fait preuve et l‘aide qu‘il m‘a apportée dans la réalisation de ce travail,
- A M. Brangier pour les conseils qu‘il m‘a dispensés et la confiance qu‘il m‘a accordée,
- A M. Gauvrit et M. Kop pour leurs conseils avisés en statistiques,
- A M. Gilibert, M. Truchot et M. Vallery pour l‘intérêt qu‘ils ont porté à ce travail et l‘honneur qu‘ils m‘accordent en faisant partie de mon jury,
- Au département de psychologie des universités de Metz et de Dijon, enseignants et doctorants, avec qui les échanges m‘ont apporté des regards neufs et critiques sur mon travail, me permettant de le faire évoluer,
- Au personnel des services d‘urgences observés qui m‘a accueillie chaleureusement, a accepté de m‘accorder du temps pour répondre à mes questions. Je remercie particulièrement les chefs de ces services qui ont accepté que je puisse circuler librement dans leurs locaux, que je puisse assister à toutes les rencontres, sans autres limites que l‘accord des personnes observées et celles préconisées par la mesure (ne pas observer de situations pouvant être difficiles ou gênantes pour le patient, telles que les victimes d‘agression par exemple). Je les remercie de leur confiance à mon égard pour m‘avoir laissée approcher du matériel confidentiel et parfois sensible,
- A toutes les personnes qui, de près ou de loin, m‘ont épaulée, soutenue et rassurée dans les moments de doute, tous ceux qui ont accepté de consacrer de leur temps pour lire et critiquer mon travail : de peur d‘en oublier, je préfère ne pas commencer de liste, que chacun y trouve ma gratitude et ma reconnaissance,
- A ma mère, sans qui ce travail n‘aurait pas abouti, pour les heures qu‘elle a consacrées à relire mes écrits.

« Ne pas oublier qu'on doit s'obliger sans cesse à tout regarder sous un angle différent. Quand on croit savoir quelque chose, il faut l'observer sous un autre point de vue, même si ça paraît inutile. »

Le Cercle des Poètes Diparus

SOMMAIRE

Remerciements *2*

Sommaire *4*

1. Introduction *7*

1.1 Présentation **7**

1.2 Plan de la thèse **9**

2. Cadre théorique *11*

2.1 La discrimination **12**
2.1.1. Définition du concept 12
2.1.1.1 Approche juridico-administrative 12
2.1.1.2 Formes quotidiennes de la discrimination 14
2.1.1.3 Approche psycho-sociale 15
2.1.2 Vers une nouvelle définition 17
2.1.3 Synthèse 18

2.2 La question de la discrimination en milieu médical **18**
2.2.1 Principes d'accès à une couverture maladie 19
2.2.1.1 Le système général 19
2.2.1.2. Accès aux soins : la CMU 19
2.2.1.3. L'Aide Médicale d'Etat 21
2.2.2. Discrimination dans l'accès à une couverture sociale 21
2.2.3. Discrimination de la part des professionnels de la santé 22
2.2.3.1 Refus de soins 22
2.2.3.2. Variation des processus de soins 29
2.2.3.3 Discrimination dans les soins : interrogation méthodologique 38
2.2.3.4. Variation des soins et discrimination ? 39
2.2.4. Synthèse des discriminations en milieu médical 44

2.3 La charge de travail **45**
2.3.1. Définition 45
2.3.1.1. Evolution du concept 45
2.3.1.2. Charge de travail selon 3 éléments 47
2.3.1.3. Modèles de la charge de travail 49
2.3.1.4. Différentes formes de charge 49
2.3.2. Les moyens de mesures de la charge de travail 50
2.3.3 Surcharge de travail : conséquences sur les opérateurs 52
2.3.3.1. Les mécanismes de régulation de la surcharge de travail 52
2.3.2.2. Modèles de régulation de la charge de travail 53
2.3.4 Synthèse 55

2.4. La charge de travail des soignants **55**
2.4.1. Facteurs de charge 55
2.4.2. Conséquences de la charge de travail des soignants 58
2.4.2.1. Impact de la charge de travail pour les patients et leurs familles 58
2.4.2.2. Impact de la charge de travail pour les soignants 60
2.4.2.3. Impact de la charge de travail pour l'institution 61
2.4.3. Synthèse 62

2.5. Lien entre charge de travail et discrimination .....

2.6 Place du patient en milieu médical **65**

2.7 Synthèse générale de la théorie **69**

3- PROBLÈME ET MÉTHODE ***70***

3.1 Problématiques et hypothèses **70**
3.1.1 Problématique générale 70
3.1.2 Hypothèses générales 71
3.1.2.1. Première étude : prise en compte du système de soin libéral vs hospitalier 72
3.1.2.2. Seconde étude : les difficultés dans l'activité induites par les patients 72
3.1.2.3. Troisième étude : les discriminations dans les soins aux urgences 74
3.1.2.4. Récapitulatif et modèle des hypothèses générales 77

3.2 Contexte des terrains d'étude **77**
3.2.1. Spécificités du libéral 77
3.2.2. Spécificités de l'hôpital 78
3.2.3. Spécificités des services d'urgences 79

3.3 CADRE MÉTHODOLOGIQUE **82**

3.4 Synthèse et lien entre les études **83**

4 ANALYSE DES RÉSULTATS ***83***

4.1. Etude 1 : comparaison libéraux - hospitaliers **84**
4.1.1 Problématique et hypothèses opérationnelles 84
4.1.2 Méthodologie et outil 86
4.1.2.1 Procédure 86
4.1.2.3 Population 88
4.1.3 Résultats 90
4.1.3.1 Les comportements discriminatoires 90
4.1.3.2 Les patients discriminés 92
4.1.4 Discussion intermédiaire 94

4.2. Etude 2 : difficultés perçues dans l'activité **97**
4.2.1 Problématique et hypothèses 97
4.2.2 Contexte de l'étude : axe sur les services d'urgences 98
4.2.3 Méthodologie 99
4.2.3.1 Procédure 99
4.2.3.2 Outils 99
4.2.3.3 Population 100
4.2.4 Résultats 100
4.2.4.1 Les difficultés liées à l'activité 100
4.2.4.2 Les difficultés liées au patient 102
4.2.5. Discussion intermédiaire 107

4.3. Etude 3 : observations de situations **111**
4.3.1 Problématique et hypothèses 111
4.3.1.1 Etude des variations de la charge de travail 111
4.3.1.2 Etude des manifestations de la discrimination 112
4.3.2 Contexte 114
4.3.2.1 Le service d'urgences du centre hospitalier de Bourgogne 114
4.3.2.2 Le service d'urgences du centre hospitalier de la région parisienne 117
4.3.2.3 Modes opératoires d'accueil du patient 119
4.3.3 Méthodologie 121
4.3.3.1 Procédure 121
4.3.3.2 Outils de mesure 123
4.3.3.2.1 Sur la charge de travail 123
4.3.3.3 Population étudiée 136
4.3.3.4. Synthèse 141
4.3.4 Résultats 141
4.3.4.1 Etude de la charge de travail perçue 142
4.3.4.2 Etude de la discrimination 171

4.3.5. Discussion intermédiaire 210

5 Discussion 212

5.1 Des variations de prises en charge 212

5.1.1. Apports de la première étude 212
5.1.2. Apports de la deuxième étude 213
5.1.3. Apports de la troisième étude 214
5.1.3.1 Variations de l'activité 214
5.1.3.2 Discriminations observées 216
5.1.3.3 Continuité de l'activité 217
5.1.4 Comparaison des trois études 217

5.2 De la prévention des discriminations et des variations de charge de travail 218

6. Conclusion 219

6.1. Synthèse des résultats 219

6.2. Confrontations théoriques et mise en débat des résultats 221

6.3. Apport de notre étude 222

6.4. Perspectives 223

6.4.1 Perspectives théoriques 223
6.4.2 Perspectives méthodologiques 224
6.4.3 Perspectives pratiques 225

7. Bibliographie 226

Lexique des termes médicaux utilisés 248

Lexique des sigles 252

Liste des tableaux, schémas, graphiques 253

1. INTRODUCTION

« Le peuple français proclame solennellement son attachement aux Droits de l'homme et aux principes de la souveraineté nationale tels qu'ils ont été définis par la Déclaration de 1789, confirmée et complétée par le préambule de la Constitution de 1946, ainsi qu'aux droits et devoirs définis dans la Charte de l'environnement de 2004 »

Préambule de la Constitution de 1958

« La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances. »

Constitution de 1958 - Article premier

« Le peuple français proclame à nouveau que tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés. »

Préambule de la Constitution de 1946 - Article 1

« Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »

Préambule de la Constitution de 1946 - Article 11

Idées clés du chapitre

L'objectif de cette thèse est d'étudier les discriminations dans les soins, phénomène contradictoire avec la volonté d'aide des soignants et leur déontologie. Nous proposerons une conception de ces pratiques selon l'angle de la régulation de la charge de travail. Les différentes études menées, visent à tester l'existence d'un lien entre la charge de travail et les pratiques discriminatoires.

1.1 PRESENTATION

Septembre 2011 : la presse fait écho d'un dentiste refusant de soigner un patient séropositif, prétextant des risques de contamination pour les autres patients du cabinet. Le patient saisit alors le conseil de l'Ordre des Dentistes.

Ce cas a suscité de vives réactions. Le président de l'Ordre des Dentistes de la région concernée rappelle les sanctions disciplinaires auxquelles s'expose le praticien, pouvant aller jusqu'à une interdiction d'exercice (Le Monde, 01/09/2011).

La Secrétaire d'Etat à la Santé, Nora Berra, quant à elle, estime que « *discriminer les patients, c'est les priver de leurs droits fondamentaux : c'est inacceptable et choquant* » (L'Humanité, 02/09/2011).

Le terme discrimination est ici cité dans un contexte médical. Son usage dans les domaines professionnels, du logement est beaucoup plus courant.

Toutefois, le peu de cas présents dans la presse ne signifie pas pour autant que la discrimination envers les patients n'existe pas.

Depuis le début du siècle, cette thématique devient émergente dans les recherches en sciences sociales.

Première typologie des discriminations en France

L'étude princeps de Fassin, Carde, Ferré et Musso-Dimitrijevic (2000) propose une première typologie de la discrimination dans les soins en cinq facteurs : refus de soins, retard dans les soins, abaissement des normes de prises en charge, interprétation des symptômes selon la culture des patients et remarques racistes.

Certains comportements discriminatoires tels que le refus de soins ont un impact direct sur la santé du patient qui ne sera pas traité et verra son état de santé se détériorer.

D'autres, comme ne pas prêter attention au patient, avoir envers lui une attitude désinvolte, vont dissuader ces patients de retourner consulter lors d'un prochain problème de santé (Moulin, Fabrizi & Mohammedi, 2005 ; LaVeist, Nickerson & Bowie, 2000; Piette, Bibbins-Domingo & Schillinger, 2006).

Une « *fidélisation forcée* » des patients discriminés envers des praticiens non discriminants est une des conséquences de ces discriminations (Carde, Fassin, Ferré, Musso-Dimitrijevic, 2002 ; Moulin, et al., 2005 ; Boisguérin & Pichetti, 2008) ce qui contrevient aux dispositions légales en matière de libre choix du praticien (Code de la santé publique article L1110-8).

De même que dans les autres domaines où elle apparaît, la discrimination dans les soins est illégale, la santé étant un droit inaliénable garanti par la Constitution de 1958. Outre cette illégalité, la discrimination dans les soins représente un problème éthique pour les soignants, mais également un problème pour la santé des individus qui en font l'objet.

De nombreuses recherches américaines

Si ce phénomène devient émergent dans les problématiques de recherches en sciences sociales et dans les préoccupations des pouvoirs publics français, il est en revanche reconnu et largement étudié dans d'autres pays. Ainsi, la littérature anglo-saxonne, américaine notamment, comprend une quantité importante de publications sur ce sujet, étudié non pas sous le terme de discrimination, mais de « *health disparities* ».

Même si ces études ont le mérite de s'intéresser à ces disparités de santé, elles semblent néanmoins restrictives car elles visent principalement l'étude des disparités de soins selon la race du patient. Parfois, le facteur linguistique sera étudié sous l'angle des différences de prises en charge envers un patient anglophone ou non. Ici, la difficulté linguistique de la situation sera la base de la différence de comportement. Ngo-Metzger et al. (2007) ont montré des différences de la part des médecins américains entre des patients vietnamiens anglophones et vietnamiens non anglophones : les médecins éduquent moins sur leur santé les patients non anglophones.

Au-delà de l'ethnie du patient, la difficulté apportée par la langue dans la

relation devient un facteur de discrimination.

Cependant, si le médecin est lui-même immigré vietnamien, il est probable qu'il ne ressente pas de difficultés face à un patient vietnamien non anglophone. Ce n'est pas tant ne pas parler la langue du pays qui sous-tend la différence mais plutôt le fait qu'il n'y ait pas de langue commune entre les deux acteurs (patient et médecin).

Il est alors envisageable que la discrimination puisse venir d'autres phénomènes que ceux des rencontres intergroupe habituellement évoqués.

Une discrimination selon la langue reflète un contexte où l'activité du médecin devient complexe : ne pouvant communiquer facilement, il restreint sa prise en charge.

Parallèle avec la régulation de l'activité

Cette adaptation à une difficulté au travail s'apparente au concept de régulation de l'activité en psychologie du travail, notamment d'une régulation face à une charge de travail perçue comme importante.

Dès lors, notre réflexion s'est tournée vers cet aspect : les discriminations dans les soins peuvent-elles être considérées comme des adaptations liées à l'activité ? Une charge de travail élevée augmente-t-elle la fréquence des discriminations ?

D'autres chercheurs spécialisés dans les disparités de soins ont également formulé cette hypothèse. Dans son article de 2010, Burgess expose un « *cadre conceptuel pour explorer comment les caractéristiques du cadre médical, qui augmentent la charge cognitive, peuvent contribuer aux disparités de santé raciales – ethniques* » (p 246).

S'inscrivant dans les recherches en psychologie du travail, notamment centrées sur l'activité, nous proposons d'étudier ici le lien entre charge de travail et discrimination dans les soins : l'augmentation de la charge de travail perçue par les soignants[1] augmente-t-elle la fréquence de comportements discriminatoires ?

Les interventions en entreprises des psychologues permettent de réduire la charge de travail. Si la discrimination dans les soins est causée, ou du moins augmentée, par la charge de travail, une intervention visant à réduire la charge de travail contribuerait à diminuer ces discriminations.

1.2 PLAN DE LA THESE

Dans une première partie, à partir des définitions et approches juridico-administratives et psychosociales de la discrimination, nous préciserons les formes et processus mis en oeuvre dans les discriminations, de manière générale dans un premier temps, puis dans le secteur médical.

1 Le terme de « soignants » renvoie à l'ensemble des acteurs de soins : médecin (toutes spécialités : généraliste, spécialiste, dentiste), infirmier, aide-soignant, brancardier, agent de service hospitalier, assistant-dentaire ; mais également le personnel administratif en contact avec les patients. Même s'ils ne fournissent pas de soins à proprement parler, ils sont une partie intégrante du dispositif médical auquel est confronté le patient. Ici, c'est l'ensemble de ce dispositif que nous regroupons sous le terme « soignant », afin de n'exclure aucun type de discrimination dans le parcours de soin d'un patient.

Ces formes de discriminations dans le contexte particulier du secteur de soins paraissent contradictoires avec l'humanisme des soignants et leur déontologie. Aussi, d'autres pistes d'interprétation de ces comportements sont proposées.

Les théories de la cognition sociale proposent que la charge cognitive contribue à augmenter la présence de comportements discriminatoires : plus l'effort cognitif est important, moins l'individu peut empêcher ses stéréotypes d'influencer ses comportements (Burgess, 2010).

En outre, lorsque les opérateurs ressentent une charge de travail élevée, ils vont tenter de réguler leur activité afin de la réduire (Spérandio, 1972). Lorsque les soignants sont soumis à de hauts niveaux de charge, leurs comportements envers les patients s'en trouvent modifiés (par exemple ils expliquent moins au patient les médicaments prescrits (Latter, Yerrell, Rycroft-Malone & Shaw, 2000).

Dès lors, notre problématique posera l'idée de la charge de travail en tant que piste d'étude de la discrimination en secteur médical.

Notre partie empirique consistera en trois études.

Première étude

La première étude s'intéresse aux points de vue des soignants par rapport aux discriminations dans les soins. Les entretiens réalisés auprès de soignants libéraux et hospitaliers indiquent deux conceptions de la discrimination : la première concerne la justification des discriminations selon des critères économiques, la seconde envisage la discrimination en tant que conséquence d'une charge de travail élevée et des difficultés de l'activité.

Deuxième étude

La deuxième étude vise à préciser les difficultés de l'activité. Les spécificités que les services d'urgences présentent en termes de tâches implanifiables (Lyneham, Cloughessy & Martin, 2008 ; Wears & Perry, 2007), de diversité de population (seul service accueillant les SDF par exemple, Peneff, 1992) et de pathologies (Bertrand et al., 2000) paraissent intéressantes. Ce service sera alors le terrain d'études privilégiées. Les entretiens réalisés auprès des soignants d'un service d'urgences permettent de présenter le patient comme porteur de difficultés dans l'activité. Ces difficultés viennent d'une part du comportement agité du patient, et d'autre part des difficultés de communication avec lui.

Troisième étude

La troisième étude vise à la mesure des ces éléments : les patients agités augmentent-ils le niveau perçu de charge de travail et sur quelles dimensions ? Les soignants discriminent-ils les patients ? Si oui lesquels ? La charge de travail augmente-t-elle les comportements discriminatoires ? Pour répondre à ces questions, deux services d'urgences ont été observés, chaque situation examinée étant couplée à un questionnaire permettant d'évaluer la charge de travail perçue par le soignant et les difficultés liées aux patients identifiées dans l'étude 2.

A la lumière de ces observations, le lien entre discrimination et régulation de la charge de travail n'est pas apparu. Les comportements modifiés par les variations de l'activité et de la charge de travail ne relèvent pas de discrimination. A l'inverse, la discrimination n'est pas favorisée par les variations de charge de travail.

Nous proposerons alors d'autres pistes d'études de la discrimination en milieu médical.

2. CADRE THEORIQUE

« Il est plus facile de désagréger un préjugé qu'un atome »

Einstein

« Garantir à tous l'accès aux soins est un objectif légitime et urgent. Rappelons que 14 % des Français déclarent renoncer à des soins pour des raisons financières. Pour améliorer l'accès aux soins des plus pauvres, une complémentaire santé est proposée gratuitement depuis 2000 : la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc). La formule est globalement un succès, mais les bénéficiaires essuient régulièrement des refus de soins de la part de certains professionnels car ce ne sont pas des patients «rentables» : les médecins sont rémunérés après-coup par l'assurance-maladie et les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés. Les prix des prothèses dentaires, en particulier, sont plafonnés. Même si, en France, tous les patients finissent par être soignés -du moins à l'hôpital- les problèmes d'accès aux soins retardent les diagnostics et la prise en charge des malades, non sans conséquence sur leur santé. »

Jusot, F., Benamouzig, D. Pauvres et mal soignés, 2009

« Longtemps ignorées, ou plutôt tolérées, par le milieu médical et les pouvoirs publics, ces discriminations ont été dénoncées avec vigueur ces dernières semaines. Beaucoup de patients sont potentiellement concernés : la CMU, entrée en vigueur en 2000, est censée aider 4,8 millions de personnes à faibles revenus à accéder à des soins gratuits. »

Cabut, S., Couverts par la CMU mais mis à la porte des soins, 2006

Idées clés du chapitre

Cette recherche s'inscrit dans le cadre des recherches en psychologie sociale de la santé et du travail.
Ce travail souligne l'idée que des situations de soins pourraient être des situations de discrimination. Plus particulièrement, cette thèse vise à proposer l'idée que la discrimination dans les situations de soins pourrait être générée, ou amplifiée, selon la charge de travail perçue par les soignants.
Pour appréhender cette question, la partie théorique fera le point sur les deux concepts mobilisés : la discrimination et la charge de travail.

2.1 LA DISCRIMINATION

Dans une première partie, nous définirons la discrimination. Une première définition générale sera abordée au travers d'une approche juridico-administrative. Les formes de discrimination au quotidien seront ensuite exposées, avec les contextes d'apparition et les moyens pour les réduire. Puis, l'approche psycho-sociale sera détaillée avant de conclure cette partie en proposant notre définition de la discrimination synthétisant l'ensemble des caractéristiques exposées.

2.1.1. Définition du concept

En première approche, rappelons que la discrimination est un comportement positif ou négatif envers un groupe social et ses membres (Smith & Mackie, 2007) à l'égard duquel nous entretenons des préjugés (Dovidio & Gaertner, 1986 ; Bourhis & Montreuil, 2004 ; Bourhis, Gagnon & Moise, 1999, p 164).

Avoir des préjugés et stéréotypes envers un groupe ne signifie pas automatiquement adopter un comportement discriminatoire (Pettigrew, 1993, cité par Bourhis & Gagnon, 2006). En effet, les conditions dans lesquelles l'individu se trouve (environnement, loi) font que les préjugés et/ou les stéréotypes peuvent ne pas s'exprimer (Bourhis, Montreuil & Helly, 2005).

2.1.1.1 Approche juridico-administrative

La discrimination est définie juridiquement, ce qui implique un comportement observable et préjudiciable pour un groupe. L'article 225-1 du code pénal rappelle que la discrimination est une « *distinction opérée entre les personnes physiques (ou morales) en raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs moeurs, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée*. »

La loi évoque très précisément différents critères de discrimination même si dans la réalité, les choses ne sont pas aussi précises. Par exemple, on observe une discrimination à l'embauche selon le lieu d'habitation (banlieue, quartiers sensibles), ce qui n'apparaît pas dans l'article, et donc a priori, est autorisé.

A l'opposé, certains critères, tels que l'état de santé, peuvent être dépendants du travail : pour être pilote, il est nécessaire d'avoir une bonne vue, même avec une correction. Ainsi les candidats n'ayant pas une bonne vue sont exclus de fait, sans que cette exclusion puisse être considérée comme illégitime ou immorale. Aussi, cette définition juridique est à relativiser.

Carde et al. (2002 ; Carde (2007) considèrent que la discrimination est « *un traitement inégal fondé sur l'application d'un critère illégitime* ». Cette définition suppose trois éléments. Le terme de traitement « *implique une référence à l'action plutôt qu'à l'intention* ». La discrimination est donc visible (Fassin, 2002), il ne s'agit pas d'un simple jugement ou d'une préférence qu'un individu a, mais bien d'un comportement observable. La mention de l'inégalité ne définit pas le sens de

cette inégalité : la discrimination peut être négative ou positive (même si cette forme de discrimination est moins fréquente). Enfin, le caractère illégitime « *suppose un consensus social sur ce qui est légitime et ce qui ne l'est pas* ». Un comportement différent pouvant être qualifié a priori d'inégal envers un groupe peut en fait se révéler équitable si la différence se justifie par les caractéristiques différentes de ce groupe comparativement à la population de référence. Ceci s'observe dans la vie quotidienne où les loisirs (cinéma, musée par exemple) proposent des tarifs réduits, donc différents, pour des groupes ayant des moyens financiers limités (étudiants, chômeurs). Cette définition de la discrimination permet d'appréhender l'équité de traitement lorsque la différence effective paraît justifiée par une caractéristique pertinente (Charlety & Contensou, 2007), légitime et proportionnée (Code du travail, article L1133-1) au regard du contexte où la différence apparaît.

Deux grands types ont été définis, selon que la discrimination soit dépendante de l'auteur ou non.

La discrimination directe

On parle de discrimination directe lorsque l'individu discrimine de sa propre initiative, selon ses propres préjugés.

La discrimination directe est volontaire (GELD, 2003 ; Latraverse, 2005) et dépend « d'un critère prohibé » (Huet & Guillaume, 2005). Les comportements discriminatoires directs sont visibles.

La discrimination directe peut se manifester de manière apparente : par exemple une offre d'emploi indiquant que le candidat doit être de telle origine ethnique est une manifestation discriminatoire apparente (GELD, 2003).

Elle peut également être moins flagrante, comme dans le recrutement quand les candidats, appartenant à un groupe précis discriminé (femme, immigré, handicap), reçoivent plus de lettres de refus de candidature à un poste que les candidats généralement nommés « de référence » (homme, français, sans handicap). Ici, c'est une comparaison statistique qui permettra de mettre à jour la discrimination.

Prenons l'exemple d'un *testing* pour évaluer l'embauche des femmes à des postes de cadres. Deux CV équivalents en termes de compétences, d'expériences et égaux sur tous les facteurs sociaux (entre autres : âge, statut marital, lieu d'habitation) sont créés. Leur seule différence réside dans le genre du candidat : dans un CV un homme, dans l'autre une femme. Ces deux CV sont envoyés en réponse à de nombreuses annonces pour des postes de cadres. Le taux de réponses (positives et négatives vs non-réponses) est relevé et il est alors possible de déterminer le taux de discrimination envers les femmes pour ce type de poste, toutes choses égales par ailleurs.

La discrimination indirecte

A l'inverse de la discrimination directe, il existe des comportements discriminatoires dissimulés. La discrimination indirecte « *se produit lorsqu'une disposition, un critère ou une pratique apparemment neutre, est susceptible d'entraîner un désavantage particulier pour des personnes par rapport à d'autres personnes* » (Huet & Guillaume, 2005). Les dispositions en question sont considérées comme discriminatoires si elles ne peuvent être justifiées par un motif légitime. Par exemple, une offre d'emploi demandant aux candidats d'avoir effectué leur service militaire, empêchant la candidature des étrangers, est une mesure discriminatoire (Marchand, 2005).

Après avoir défini la discrimination et expliqué l'origine de son apparition, nous allons illustrer quelques exemples de contextes où elle apparaît et quelques exemples permettant de la réduire.

2.1.1.2 Formes quotidiennes de la discrimination

Les contextes de discrimination principalement étudiés sont dans le travail, l'accès au logement, l'école, la police, les tribunaux, les magasins, banques et restaurants ainsi que dans la rue (Bourhis, Montreuil, Helly & Jantzen, 2007).

En France, la discrimination dans le domaine de l'emploi semble la plus dénoncée au regard des délibérations de la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité (HALDE). En effet, en juillet 2011, sur l'ensemble des 693 délibérations disponibles en consultation sur le site de la Haute Autorité, 440 cas sont issus du milieu professionnel, soit 63.5 % des dossiers soumis à la HALDE. Viennent ensuite les plaintes pour discrimination dans les services publics (130 dossiers, 18,8 %), l'éducation (47 dossiers, 6,8 %), les services privés (42 dossiers, 6 %) et enfin le logement (34 dossiers, 5 %). Sur l'ensemble de ces dossiers, seuls deux traitent de discriminations dans l'accès aux soins, en statuant sur les conclusions de deux études sur l'accès aux soins (celles de Médecins du Monde, 2006 et Desprès & Naiditch, 2006) et non sur des demandes de personnes s'estimant discriminées dans ce domaine.

La discrimination dans l'emploi

Régulièrement relatée dans les journaux, la discrimination dans l'accès à l'emploi reste la plus connue du grand public (Amadieu, 2008). Le *testing* effectué par Amadieu (2005), et repris sur une grande chaîne de télévision, a contribué à la diffusion du phénomène. L'équipe chargée de cette recherche a alors montré que pour un poste de commercial, avec un patronyme de type maghrébin, une candidate reçoit trois fois moins de réponses positives qu'un candidat « de référence » (homme, patronyme francophone, blanc de peau), alors qu'elle bénéficiait d'un CV amélioré par rapport au candidat de référence. De la même manière, l'âge divise par quatre les réponses positives, par rapport à un candidat « *de référence* » plus jeune. En effet, les établissements financiers, par exemple, recherchent des commerciaux motivés et donnant aux clients une image dynamique de la société. Les femmes sans enfant sont favorisées par rapport aux femmes avec enfants et les hommes sans enfant seront favorisés pour des postes sans qualification alors que pour un poste avec qualification le fait pour un homme d'avoir des enfants favorise sa candidature (Petit, 2004).

La discrimination dans l'emploi ne concerne pas seulement l'accès à l'emploi. Elle comprend également les différences de salaires (à poste et volume horaire équivalent). Des taux variables de différences de salaires sont observés. Duguet et Petit (2009) constatent des différences salariales entre les hommes et les femmes, tant sur le salaire horaire de base (13,5 %) que sur le salaire total (18.1 %, prenant en compte les primes et les heures supplémentaires). Rathelot (2010) évoque un salaire de 14 % inférieur pour les Français de parents originaires d'un pays d'Afrique comparativement aux Français de parents français.

Concernant le parcours professionnel (promotion, reconversion professionnelle), des discriminations peuvent également être observées. Par exemple, les travailleurs âgés peuvent se voir forcer de prendre leur retraite alors qu'ils souhaiteraient encore travailler (Thorpe & Decock, 2004). Les discriminations en termes de

réduction des promotions et d‘évolutions professionnelles s‘observent entre autres envers les femmes (Lanquetin, 2003), ou encore selon l‘apparence physique (Garner-Moyer, 2011)

La discrimination dans le logement

Dans la majorité des cas, la discrimination en matière de logement correspond à la difficulté de louer ou vendre (refus d‘attribuer le logement, prétexte que le logement est déjà attribué, demande de garanties supplémentaires) un bien immobilier selon un critère illégitime (apparence, origine étrangère notamment). Dans les autres cas, la discrimination peut s‘exprimer par les réactions négatives des habitants du quartier envers le nouvel arrivant (Bernard, 2006).

Lors d‘un *testing*, la HALDE (2006) constate que lors d‘un premier contact par téléphone, un candidat de référence obtient une visite dans 35 % des cas, contre 20 % pour le candidat d‘origine maghrébine et 14 % pour le candidat d‘origine africaine. Lorsqu‘ils obtiennent une visite, le candidat de référence obtient le logement dans 75 % des cas alors que le candidat africain l‘obtient dans 22 % et le candidat maghrébin dans 17 %.

Les Africains ont alors une plus grande probabilité d‘obtenir un logement dans une Zone Urbaine Sensible que dans un quartier moins précaire. Toutefois, le taux d‘emploi et le niveau de salaire de cette population lui permet moins de financer un logement plus onéreux dans un quartier non sensible (Pan Ke Shon, 2009). Il s‘agit plutôt ici d‘une discrimination indirecte.

La discrimination dans la formation

Les cas de discrimination dans l‘éducation étudiés par la HALDE concernent un large champ de comportements. On peut observer entre autres des établissements scolaires refusant des enfants en situation de handicap, d‘autres leur refusant les sorties scolaires, des refus d‘attribution de bourse, des écoles demandant certains documents qui ne peuvent être fournis pour des enfants étrangers, des refus de scolarisation d‘enfants issus de gens du voyage.

Des inégalités en termes de diplôme et de niveau d‘études sont constatées. En effet, la classe sociale des parents, et donc l‘environnement dans lequel l‘enfant grandit, génère à elle seule des inégalités dans l‘éducation. Des jeunes nés de parents ouvriers n‘ont pas les mêmes niveaux de diplôme : 25 % des jeunes obtiennent un diplôme de niveau supérieur, contre 17 % de jeunes d‘origine Nord-Africaine et 11 % de jeunes nés en Afrique du Nord. Les élèves issus de l‘immigration maghrébine sont également plus favorablement orientés vers des filières courtes et professionnalisantes. Les enseignants et conseillers d‘orientation proposent ces mesures, a priori discriminantes, non pas du fait de l‘origine en tant que telle, mais car ils supposent que des études longues seront difficiles à prendre en charge (matériellement, financièrement) de la part de l‘élève et sa famille (Frickey, 2010).

2.1.1.3 Approche psycho-sociale

De nombreuses publications s‘accordent à considérer que la discrimination correspond à un comportement négatif, désavantageux, injuste ou injustifié, manifesté à l‘égard d‘un exogroupe envers lequel nous entretenons des préjugés (Bourhis & Leyens, 1999 ; Bourhis & Montreuil, 2004 ; Bourhis et al., 2007 ; Dovidio & Gaertner, 1986 ; Dovidio et al, 2008 ; Smith & Mackie, 2007). Toutefois,

pour d‘autres auteurs, la valeur négative du comportement n‘est pas présente, et la discrimination n‘est qu‘un comportement différent envers un groupe et/ou ses membres (Carde 2007 ; Carde et al. 2002 ; Kressin, Raymond & Manze, 2008 ; Lanquetin, 2001 citée par Fassin, 2002).

La discrimination puise son origine dans plusieurs phénomènes. Le préjugé correspond à une attitude, généralement négative, ou une prédisposition à adopter un comportement négatif envers les membres d‘un exogroupe qui repose sur une généralisation erronée et rigide (Allport, 1954, cité par Bourhis & Montreuil, 2004 et Stangor, 2009 ; Bourhis et al., 2007 ; Leyens & Yzerbyt, 1997). Les stéréotypes consistent en une représentation cognitive (Smith & Mackie, 2007) permettant l‘association ou l‘attribution de caractéristiques spécifiques à un groupe et ses membres (Dovidio et al., 2008), caractéristiques qui viennent rapidement à l‘esprit quand on pense à un groupe (Stangor, 2009).

Même si ces deux phénomènes prédisposent à la discrimination (Dovidio et al., 2008), ils ne la génèrent pas systématiquement (Bourhis & Gagnon, 2006). A l‘inverse, la société peut nous placer dans une situation où nous allons discriminer un groupe envers lequel nous n‘avons pas de préjugés (Leyens & Yzerbyt, 1997), tel que les agences immobilières qui discriminent pour respecter les exigences des propriétaires.

Bourhis et Montreuil (2004) proposent deux niveaux d‘explications de l‘apparition de la discrimination : un niveau intrapersonnel et un niveau intergroupe.

Au niveau intrapersonnel, la théorie de la personnalité autoritaire (Adorno, Frenkel-Brunswick, Levinson & Sanford, 1950, cités par Bourhis et al., 1999) indique qu‘un environnement familial très strict et compétitif favorise une personnalité valorisant le pouvoir (centrée sur une conception rigide des catégories sociales eux vs nous) et favorisant l‘apparition de comportements discriminatoires. De cette conception de la personnalité autoritaire découle l‘ethnocentrisme et une vision idéologique de dominance sociale : les personnes qui croient que l‘inégalité entre deux groupes est naturelle et juste, comme les personnes appartenant à des groupes dominants (homme, blanc), ont tendance à avoir des préjugés envers les membres des autres groupes (Bourhis & Montreuil, 2004 ; Capozza & Volpato, 1999 ; Pratto, Sidanius, Stallworth & Malle, 1994, cités par Smith & Mackie, 2007) et à être discriminants, en attribuant plus de ressources négatives (diminution de salaire, augmentation du nombre d‘heures de travail) à l‘exogroupe, instaurant une domination sociale (Amiot & Bourhis, 2005 ; Bourhis et al., 1999).

Le niveau intergroupe est également fondamental pour expliquer la discrimination. Les expériences de Sherif, base de la théorie des conflits réels (1966, cité par Leyens & Yzerbyt, 1997) montrent que l‘hostilité entre deux groupes, et a fortiori, les préjugés et la discrimination, apparaissent lorsque les ressources sont limitées. Par la suite, les études de Tajfel (notamment Tajfel, Flament, Billig & Bundy, 1971, cités par : Amiot & Bourhis, 2005) indiquent la présence de biais de favoritisme envers l‘endogroupe et de défavoritisme envers l‘exogroupe, où les sujets préfèrent donner moins aux membres de leur groupe d‘appartenance, du moment qu‘ils reçoivent tout de même plus que les membres de l‘exogroupe. Ces résultats ont permis à Tajfel de développer l‘idée que la comparaison intergroupe contribue à développer une identité sociale positive. Une fois les groupes définis grâce à une catégorisation « eux » vs « nous » pouvant se baser sur n‘importe quel critère (paradigme des

groupes minimaux de Tajfel), les membres d'un groupe vont chercher à créer une identité sociale positive en se comparant favorablement à l'autre groupe (Bourhis et al., 1999 ; Doise, 2009 ; Leyens & Yzerbyt, 1997) dont la discrimination à l'égard de l'exogroupe est un des moyens pour sécuriser cette identité sociale (Bourhis & Montreuil, 2004 ; Smith & Mackie, 2007 ; Tajfel & Turner, 1986 cités par Bourhis et al., 1999).

Même si, à l'instar des études de Tajfel et al. (1971), la différence endogroupe/exogroupe peut être effectuée sur la base d'un critère arbitraire ou minimal (exemple des expériences sur le paradigme des groupes minimaux où le critère tenait simplement dans la préférence pour un peintre), la discrimination va habituellement porter sur une caractéristique saillante (Stangor, 2009), par exemple sur la race (racisme), le genre (sexisme). Les discriminations fondées sur la race s'observeront envers des personnes dont une (ou plusieurs) caractéristique(s) visible(s) permettront de la catégoriser comme étant d'origine différente, selon la couleur de la peau, l'accent, les vêtements ou encore le patronyme (Carde, 2007 ; Kressin et al., 2008).

2.1.2 Vers une nouvelle définition

Les précédentes définitions évoquent que la discrimination se base sur la présence d'un critère. Or, une personne peut être discriminée pour plusieurs raisons, comme un refus d'embauche envers une femme maghrébine enceinte, où trois critères peuvent être sources de discrimination. Le taux de chômage est plus important pour les femmes issues de l'immigration maghrébine que pour les femmes françaises et que les hommes issus d'immigration maghrébine (Meurs & Pailhé, 2008). Ici, le critère genre « être une femme » s'ajoute au critère « origine maghrébine ». Ces deux critères sont indépendamment une source de discrimination en matière d'emploi, et posséder les deux augmente encore plus les difficultés. De plus, Amadieu (2008) rappelle cet aspect cumulatif des discriminations et notamment les corrélations existantes entre certains critères, par exemple avoir plus de 50 ans et des problèmes de santé, voire un handicap.

Enfin, il semble important de préciser que les discriminations se basent sur une perception de l'autre (Carde, 2006, 2007). Ainsi, ce n'est pas forcément le fait de posséder une caractéristique particulière qui fonde la discrimination, mais le fait pour son auteur de percevoir cette caractéristique. Vega (2000) expose alors les différences mises en œuvre par le personnel soignant à l'encontre d'un patient suspecté VIH en se basant sur ses tendances à supposer qu'il était homosexuel. Cette prise en compte de la représentation de l'autre dans la discrimination indique qu'il y a discrimination sur des caractéristiques « *socialement visibles telles qu'une couleur de peau, un accent, un vêtement, un patronyme* » (Carde, 2007, p 100).

Nous proposons de définir ici la discrimination selon trois facteurs :

- la discrimination consiste en la manifestation d'un comportement, traitement différent et observable envers une personne : par exemple : refuser d'embaucher des jeunes est un traitement observable, préjuger que les jeunes sont incompétents ne l'est pas,
- la personne discriminée le sera car elle possède, ou donne l'impression de posséder, au moins une caractéristique dévalorisée par le discriminant dans le contexte où la discrimination apparaît : par exemple : un recruteur peut

rejeter un CV à la seule lecture du nom du candidat (discrimination sur un seul critère : le patronyme), un propriétaire peut refuser un logement à une femme célibataire immigrée mère de quatre enfants (discrimination sur plusieurs critères probablement cumulés : immigrée, célibataire avec enfants),

- la-les caractéristique-s générant la discrimination est-sont illégitime-s au regard du contexte où la différence de traitement apparaît : par exemple : un chirurgien interdit d'opérer à cause de tremblements est légitime, refuser un logement à une personne à cause de tremblements ne l'est pas.

2.1.3 Synthèse

Le domaine juridico-administratif considère que la discrimination est une distinction envers une personne selon certaines de ces caractéristiques telles que l'âge, le genre, ou l'origine ethnique. La distinction entre discrimination directe et indirecte montre que la personne discriminante peut discriminer selon sa propre volonté (discrimination directe) ou de manière indirecte selon la situation dans laquelle elle est placée (exemple des agences immobilières dans lesquelles les propriétaires refusent de louer à certaines catégories de personnes, comme des personnes d'origine étrangère).

Les discriminations concernent essentiellement le domaine professionnel (accès à l'emploi, inégalité de salaire, de promotion), le logement, la formation.

Différents moyens sont mis en place pour les réduire : par exemple dans le milieu professionnel discrimination positive, CV anonyme, recrutement pas simulation.

L'approche psycho-sociale ajoute que la discrimination trouve son origine dans la catégorisation, les préjugés, les stéréotypes.

L'ensemble de ces éléments nous a conduits à proposer une définition où la discrimination est un comportement manifeste envers une personne en raison d'une ou plusieurs caractéristiques dévalorisées par la personne discriminante.

Nous allons désormais exposer la discrimination en milieu médical avec ses particularités.

2.2 LA QUESTION DE LA DISCRIMINATION EN MILIEU MEDICAL

Comparé à d'autres domaines comme l'emploi, l'accès aux soins paraît un contexte émergeant d'apparition de discrimination dans les problématiques de recherches et les plaintes de personnes s'estimant discriminées (Carde, 2006). Il est vrai que ce domaine présente une particularité : l'accès aux soins est un droit pour tous, constitutif du fonctionnement du pays et garanti par la Constitution de 1958. L'aspect administratif de l'accès aux soins sera exposé dans une première partie.

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.

La discrimination en milieu médical revêt deux formes

(Smedley, Stith & Neslon, 2002, cités par Peeks et al., 2010b) : d'une part il s'agira de discrimination dans le système de santé (accès à une couverture maladie), d'autre part il s'agira de discrimination envers les patients, directement de la part des professionnels de santé.

Nous terminerons cette partie sur la discrimination dans le milieu médical par une critique des méthodologies régulièrement utilisées pour les mettre à jour. Enfin, nous concluerons cette partie en proposant une piste de réflexion sur les causes de ces discriminations.

2.2.1 Principes d'accès à une couverture maladie

2.2.1.1 Le système général

L'assurance maladie repose sur des principes d'égalité d'accès aux soins, de qualité des soins et de solidarité. En France, il est nécessaire de cotiser auprès d'une caisse d'assurance maladie. Le système de cotisation est rattaché au travail et dépend du revenu de chacun.

Ensuite, les soins sont pris en charge en fonction des besoins de chacun. Lors d'une consultation médicale, le patient paye le montant de sa consultation et est remboursé par sa caisse d'assurance. Toutefois, les soins ne sont pas pour autant gratuits. Les caisses d'assurances ne prennent pas en charge la totalité des frais médicaux. Par exemple, certains médicaments sont remboursés à 65 %, le patient doit alors payer les 35 % restant, appelés ticket modérateur. Ce ticket est alors pris en charge par une assurance complémentaire. Ces assurances complémentaires, ou mutuelles, peuvent être prises en charge par des organismes privés, auprès desquels il est nécessaire de cotiser pour bénéficier de complémentaire santé.

L'avantage de ces complémentaires est de permettre aux patients de bénéficier de soins gratuits. Toutefois, le système de cotisation le rend difficilement accessible aux personnes ayant des revenus limités. On assiste alors à un paradoxe : plus on a besoin d'aide financière pour être soigné, moins on peut en bénéficier (Haut Comité de la santé publique, 1998 ; Parizot & Chauvin, 2005). Toujours par souci de donner à tous la possibilité de se soigner l'Etat a alors mis en place pour ces patients précaires une Couverture Maladie Universelle (CMU).

2.2.1.2. Accès aux soins : la CMU

La CMU est un dispositif pour les personnes résidant en métropole et dans les départements d'Outre-mer, ainsi que pour les personnes dont le revenu est faible (art.1 de la Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999). Par exemple, au 1er juillet 2011, le seuil des revenus pour bénéficier de la CMU en France métropolitaine était de 7.771 € par an pour une personne seule (Assurance Maladie[2]).

Cette couverture permet à ses bénéficiaires d'être remboursés de leurs dépenses de santé (Delprat, 2004). Le décret du 1er décembre 1999 (décret n° 99-1005) a émis une restriction en imposant une condition de résidence : pour bénéficier de la CMU, il est nécessaire de résider en France (métropolitaine ou département d'Outre-mer) de manière ininterrompue depuis trois mois et de pouvoir le justifier, à l'exception

[2] Assurance maladie, http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/cmu-complementaire/les-conditions-pour-en-beneficier.php

des demandeurs d‘asile qui peuvent bénéficier de plein droit de la CMU dès leur entrée sur le territoire. Cette condition de résidence exclut des soins les personnes ne pouvant justifier de trois mois de résidence ininterrompus, soit qu‘ils vivent en France depuis moins de trois mois, soit qu‘ils ne peuvent apporter aucun document justificatif de leur présence sur le territoire (les « sans-papiers »). On assiste alors à une discrimination institutionnelle qui légitime le refus de soins auprès de certains patients.

La CMU permet de lever l‘obstacle économique des populations défavorisées qui ne peuvent pas payer les cotisations.

Différentes études (Raynaud, 2003 ; Grignon & Perronin, 2004) ont montré un effet de rattrapage dans la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU : 71 % des ménages et 70 % des bénéficiaires individuels ont entamé des soins depuis qu‘ils bénéficient de la CMU, soins qui profitent essentiellement à des enfants et des jeunes adultes de moins de 20 ans (Boisguérin, 2004). Plusieurs éléments semblent expliquer ce rattrapage. Tout d‘abord, certains patients accèdent désormais à des soins quotidiens ainsi qu‘à des examens de dépistage et de prévention. D‘autres, en revanche vont demander une CMU en prévision de futurs problèmes. Par exemple, une femme de 26 ans fait une demande de CMU pour que son enfant soit assuré et puisse bénéficier de vaccins, de visites de contrôle. D‘autres patients n‘utiliseront la CMU que pour des dépenses importantes et prendront en charge les dépenses courantes, par exemple dans certaines familles étrangères, la prise en charge des soins relève du rôle du chef de famille qui doit subvenir aux besoins de sa famille. Enfin, d‘autres patients font une demande de CMU lorsqu‘il y a un besoin en matière de soins (Desprès, 2005).

Toutefois, la mise en place de la CMU n‘a pas permis l‘accès aux soins à toutes les personnes pouvant prétendre en bénéficier. En effet, certaines populations manquent d‘informations concernant cette mesure (Musso-Dimitrijevic, 1997 ; Parizot & Chauvin, 2005 ; Desprès, 2005), elles ne font pas de démarches pour constituer un dossier leur ouvrant des droits. Ceci n‘est pas spécifique à la France, il semble que dans d‘autres pays les immigrés éprouvent des difficultés à comprendre le système, rendant d‘autant plus difficile leur accès aux soins. Par exemple, aux Etats-unis, les immigrés bosniaques éprouvent des difficultés à comprendre le système d‘assurance (Russel Searight, 2003).

Certaines populations constituent un dossier de demande de CMU uniquement quand elles en ressentent le besoin, il est donc nécessaire que la personne perçoive ce besoin de soins. Dans ce cas, la sociologie et l‘anthropologie montrent que les personnes ressentent un besoin de soins en fonction des représentations socioculturelles qu‘elles ont de la maladie. En ce sens, dans les classes populaires, les personnes malades ont plus de difficultés à remarquer qu‘elles sont malades. Elles éprouvent des difficultés à percevoir, analyser, définir et classer les sensations qu‘éprouve leur corps (Parizot & Chauvin, 2005). Elles vont alors avoir moins de demandes de soins et ne vont pas constituer de dossier de demande de CMU.

D‘un autre côté, si la demande de soins dépend de la représentation qu‘a le sujet de son corps et de la maladie, l‘utilisation de la CMU dépend également de la représentation qu‘en a le sujet. Certains considèrent que la CMU est une mesure d‘assistance humanitaire, pouvant alors être vécue comme de la charité (Boisguérin, 2004 ; Desprès, 2005 ; Moulin et al., 2005 ; Parizot & Chauvin, 2005 ; Parizot, Chauvin & Paugam, 2005 ;).

A côté de la CMU, le législateur a mis en place une complémentaire, la CMUc. Cette mesure est mise en place pour des personnes n'ayant pas ou peu de ressources. Alors que la CMU est plutôt destinée à des personnes n'ayant aucun droit (les personnes exclues, sans-abris), en revanche, des familles à faibles revenus, les RMIstes bénéficient de la CMUc. A l'inverse des dispositions de la CMU, les bénéficiaires de la CMUc n'ont pas à avancer les frais médicaux (Delprat, 2004).

Toutefois, dans la conception populaire, les bénéficiaires de la CMUc sont stigmatisés[3], marginalisés. Ils sont assimilés aux personnes bénéficiant de la CMU et sont considérés comme précaires ou exclus, alors qu'ils peuvent travailler mais ont des ressources peu élevées. Pour ces raisons, certains bénéficiaires de la CMUc vont tenter de dissimuler leur rattachement à cette couverture. Cette dissimulation se rapproche d'une stratégie défensive (Dejours, 2000), où ils préfèreront payer les frais médicaux lorsqu'ils ne sont pas trop élevés (Desprès, 2005).

2.2.1.3. L'Aide Médicale d'Etat

Pendant les trois premiers mois de son séjour en France, l'étranger ne peut pas bénéficier de la CMU. Il en est de même pour celui qui ne peut pas justifier de sa présence sur le territoire (« sans-papiers », étrangers irréguliers). Toutefois, l'Etat a mis en place l'Aide Médicale d'Etat (AME) pour ces patients. Ce dispositif, récent, fait suite à la précédente Aide Médicale, accordée aux étrangers pour 3 mois, ce qui les protégeait d'expulsion durant cette période. La faiblesse du système était que si la pathologie nécessitait plus de trois mois de traitement, le patient devait refaire un dossier de demande (Hanoun, 1997). La mise en place de l'AME devait alors permettre d'améliorer l'accès aux soins des patients relevant de l'ex Aide Médicale.

Toutefois, cette mesure ne permet par pour autant l'accès aux soins à toutes les personnes pouvant en bénéficier. Les étrangers en situation irrégulière, qui peuvent prétendre à l'AME, ne prendront pas le risque de dévoiler aux institutions leur statut d'irrégulier (ce qui pourrait entraîner leur expulsion du territoire) (Fassin et al., 2000).

Les personnes ne bénéficiant ni de la CMU ni de l'AME ne peuvent donc pas bénéficier de soins courants et de contrôles (dentaires par exemple).

Les personnes bénéficiant de l'AME ont une prise en charge de leurs dépenses de santé de 100 % concernant les actes médicaux conventionnés. Ils n'ont pas à avancer les frais. Le praticien ou l'institution sont payés directement par la caisse d'assurance maladie.

2.2.2. Discrimination dans l'accès à une couverture sociale

En effet, certains agents administratifs discriminent sciemment pour l'ouverture des droits. Par exemple, jugeant la loi instituant l'AME trop généreuse envers une population qu'ils estiment « illégitime » (Assier-Andrieu, Gotman, Forbonne, Novoa & Massot, 2004) « assistée », des agents administratifs « *imposent des conditions non prévues par la loi telles que le besoin de soins ou accordent des droits réduits (pour moins d'un an ou par bons de soins)* » (Carde, 2007, p 104). Ou encore, lors de la constitution des dossiers, certains agents d'accueil des Caisses Primaires d'Assurance Maladie demandent des pièces

[3] De même, la CMUc a un effet stigmatisant pour les médecins libéraux (Grignon, 2005).

justificatives supplémentaires (et non nécessaires à l'ouverture de droits sociaux) rendant encore plus difficile la constitution des dossiers (Langlet, 2005 ; Musso-Dimitrijevic, 1997 ; GELD, 2003 ; Section de Toulouse de la Ligue des Droits de l'Homme, 2004).

Ces mesures peuvent être qualifiées de discriminatoire, même si elles peuvent être dues à une méconnaissance réelle des dispositifs législatifs en vigueur (Carde et al., 2002). Un agent administratif « qui ne reconnaît pas le titre de séjour présenté par un étranger […] peut, dans le doute [de la validité du titre présenté] refuser d'ouvrir des droits CMU pour n'accorder qu'une AME » (Carde, 2007, p 104), ce qui contrevient à la loi car un titre de séjour valide ou même une attestation d'une demande en cours est suffisant pour ouvrir des droits à la CMU. La prise en charge de l'AME étant moins favorable que la prise en charge de la CMU, il s'agit là d'une discrimination illégitime.

2.2.3. Discrimination de la part des professionnels de la santé

D'après la littérature disponible, la discrimination peut revêtir différentes formes distinctes en secteur sanitaire. La première forme concerne les refus de soins, sous divers moyens, que l'on observe généralement selon le système d'assurance du patient. La seconde concerne des différences effectuées dans les soins (processus de décision, traitement) que l'on rencontrera plus selon d'autres critères, par exemple l'origine étrangère du patient. Après avoir présenté ces deux formes, nous émettrons certaines réserves quant aux méthodologies fréquemment utilisées avant d'évoquer un contraste existant entre ces discriminations et les volontés d'aide caractérisant le public soignant.

2.2.3.1 Refus de soins

2.2.3.1.1 Manifestations du refus de soins

Les refus de prise en charge d'un patient (Fassin et al., 2000 ; Moulin et al., 2005) sont mis aux jours par des *testings* réalisés pour les quantifier. En France, même si des cas de refus de soins apparaissent dans le secteur hospitalier (envers les patients SDF par exemple), ce type de discrimination s'observe essentiellement dans le secteur libéral envers les patients bénéficiant du régime d'assurance Couverture Maladie Universelle (CMU) ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME). 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 soins. Le cas le plus fréquent est un soignant qui pratique le dépassement d'honoraires et qui va explicitement refuser de donner un rendez-vous au patient CMUc/AME qui souhaite une consultation. Ces refus peuvent revêtir des formes plus ou moins diplomates ou au contraire violentes et dénigrantes pour le patient. Desprès, Guillaume et Couralet (2009, p 53) rapportent un dialogue illustrant cette déconsidération du patient :
    - soignant : « *Comment avez-vous eu mon numéro ?* »
    - patient : « *Sur le bottin* »
    - soignant : « *Bien, essayez la ligne suivante* »,

- Retard aux soins : il s‘agit d‘une manière déguisée de refuser le patient, par exemples : octroi au patient CMUc/AME un rendez-vous plus tardif que pour un patient non-CMUc/AME, attente prolongée en salle d‘attente, ordre de prise en charge des patients (Carde et al., 2002 ; Desprès et al., 2009 ; Peneff, 1992 ; Softic & Fontaine, 2002), il pourra également s‘agir du SDF qui vient quotidiennement aux urgences sans raison médicale, et que les soignants traiteront quand ils auront le temps, en prenant d‘abord en charge les patients qui ont une réelle demande de soins. L‘idée sous-jacente est de manifester indirectement au patient son statut « d‘indésirable », en espérant alors qu‘il quittera le cabinet ou ne viendra pas au rendez-vous.
- Découragement du patient : ici, le professionnel accepte de recevoir le patient mais insiste sur le caractère exceptionnel de la prise en charge. De cette manière le praticien ne se positionne pas dans une situation illégale (il reçoit le patient), mais tente de le décourager de revenir (Desprès et al., 2009). Le découragement du patient peut également se manifester directement par des remarques racistes (Carde et al., 2002).

Les refus de soins que subissent les patients diffèrent selon l‘activité du soignant. Les médecins généralistes du secteur 1 (conventionnés avec l‘assurance maladie) et les radiologues sont les professionnels ayant le taux de refus de soins le plus bas envers les patients CMU (entre 0 et 9 %), alors que les dentistes et les spécialistes du secteur 2, pouvant appliquer des dépassements d‘honoraires, présentent des taux de refus plus élevés, allant de 31 à 52 % de refus envers des patients CMU, et atteignant même 72 % pour des patients AME (Desprès & Naiditch, 2006 ; Desprès et al., 2009 ; Médecins du Monde, 2006 ; Softic & Fontaine, 2002).

Plusieurs *testings* ont été réalisés pour mesurer ces refus de soins (tableau 2.1 suivant) :

Auteurs	Année	Population	Résultats
Softic & Fontaine	2002	230 dent. dans 11 villes françaises	Refus des CMU entre 0 et 52 %, moyenne 35 % Refus des AME entre 0 et 72 %, moyenne 52 %
Desprès & Naiditch	2006	224 professionnels libéraux (62 MG de S1, 24 MG de S2, 91 MS et 47 dent.), répartis dans 6 villes du Val de Marne	Refus pour 33.5 % des praticiens : 1.6 % des MG du S1, 16.7 % des MG en S2 ; 41 % des MS, 39 % des dent. Pas de différence selon la nationalité de l'appelant
Médecins du Monde	2006	725 MG dans 10 villes de France	Refus des CMU de 10 % (variant de 3 à 40 %), refus des AME de 37 % (variant de 21 à 60 %)
Collectif Interassociatif sur la santé	2009	466 spécialistes de secteur 2 dans 11 villes de France	Taux de refus de soins de soins chez 41 % des psy, 17 % des neuro, 25 % des gyn, 19 % des cardio, des G-E, 16 % des derm, 16 % des opht, 10 % des ORL
Desprès, Guillaume & Couralet	2009	868 médecins de la ville de Paris : 131 MG en S1, 86 MG en S2, 98 dent., 55 opht de S1, 99 opht de S2, 23 gyn de S1, 102 gyn de S2, 274 radio	Refus dans 19 % des appels : 9 % des MG en S1, 32 % des MG en S2, 9 % des opht en S1, 31 % des opht en S2, 17 % des gyn en S1, 40 % des gyn en S2, 31 % des dent., 4 % des radio en S1, 6 % des radio en S2 Refus plus fréquents chez les professionnels ne prenant pas la carte vitale

Tableau 2.1 : Présentation des *testings* mesurant les taux de refus de soins

Légende :

Cardio : cardiologue

Dent. : dentiste

Derm : dermatologue

G-E : gastro-entérologue

Gyn : gynécologue

MG : médecin généraliste

MS : médecin spécialiste

Neuro : neurologue

Psy : psychiatre

Opht : ophtalmologue

Radio : radiologue

S1 : secteur 1

S2 : secteur 2

2.2.3.1.2 Explications des refus de soins

2.2.3.1.2.1 Justification financière

Ici, le système d'assurance du patient est l'argument privilégié des soignants pour expliquer les refus de soins (Boisguérin & Pichetti, 2008 ; Desprès & Naiditch, 2006 ; Desprès et al., 2009 ; Softic & Fontaine, 2002).

En effet, pour les patients relevant des systèmes CMUc et AME, les soins hors convention des praticiens de secteur 2, donc avec dépassements d'honoraires, ne sont pas intégralement payés aux soignants. Ceux-ci peuvent perdre parfois plusieurs centaines d'euros par rapport à un patient bénéficiant du système général et ayant une mutuelle. Cette explication peut se révéler facile à évoquer pour contourner un refus du patient. Elle est toutefois concevable dans les cas où les professionnels demandent aux patients d'avancer les frais de soins avec dépassement, de payer la différence entre ce qui sera pris en charge par la CMUc ou AME et le tarif demandé (en secteur 2), ou encore acceptent de les recevoir pour des soins de base mais non pour des soins spécialisés : « *Je n'ai pas de problème pour recevoir les patients ayant la CMU. Mais le problème c'est que je travaille avec les compléments alimentaires. Je suis amenée à en prescrire et ils ne sont pas remboursés* » (propos d'un médecin de secteur 1 rapporté par Desprès et al., 2009, p 62).

Ici, ce n'est donc pas le patient dans sa dimension individuelle qui est refusé mais bien le système d'assurance dont il dépend. Ainsi, un dentiste a estimé qu'une heure de travail coûtait, sans prendre en compte son propre salaire, environ 110 € (frais de fonctionnement, investissement du matériel, salaire des employés [assistants, secrétaires]) et qu'une heure de travail sur uniquement des soins conventionnés lui rapporte 40 € (Softic & Fontaine, 2002). En exposant sa pratique de médecin libéral, Lehmann (2007) illustre que les médecins libéraux sentent qu'ils deviennent des chefs d'entreprise, démarchant les patients/clients pour rendre viables leurs cabinets.

D'ailleurs, considérant une même zone géographique, les médecins de secteur 1 ont une proportion plus élevée de patients CMU que les médecins de secteur 2, pouvant aller jusqu'à 3 fois plus de CMU chez les premiers que chez les seconds (Boisguérin & Pichetti, 2008). Dans ce cas, l'argument économique prend pleinement son sens : les soins hors convention (notamment les prothèses pour les dentistes) sont alors les garants de la viabilité économique du cabinet.

De plus, les soignants justifient les refus de soins envers les patients CMU / AME par la lenteur des remboursements et des validations des devis par la caisse. Si l'argument des délais de remboursements paraît dérisoire depuis la mise en place du système de la carte vitale, il reste toutefois valable pour certains professionnels qui ne sont pas équipés du lecteur de carte (Carde, 2006 ; Carde, 2007 ; Desprès & Naiditch, 2006 ; Desprès et al., 2009 ; Moulin et al., 2005 ; Softic & Fontaine, 2002).

Cette problématique, liée au système de santé d'un pays, n'est pourtant pas limitée aux frontières françaises. En effet, depuis la réforme du système de santé américain et les contestations liées aux remboursements considérés comme trop faibles, ces refus de soins émergent. Le gouvernement américain envisage désormais de réaliser son propre testing pour identifier les refus de soins aux Etats-Unis (Lorriaux, 2011).

2.2.3.1.2.2 (Mé)-connaissance des systèmes et de leurs bénéficiaires

Deux conceptions s'opposent chez les professionnels :

- ceux qui ont une large part de patients CMU dans leur patientèle et les voient comme tout le monde, bénéficiant de la CMU en raison de faibles revenus,
- ceux qui ont une proportion faible de patients CMU dans leur patientèle et qui vont manifester une certaine méconnaissance à leur égard et du système dont ils relèvent.

Les premiers connaissent le système, y voient un intérêt et un bénéfice pour les patients. Parfois, il est même possible de rencontrer des professionnels montrant une attention particulière pour ces patients. Ainsi, Desprès et Naiditch, dans leur testing de 2006, rapportent l'attitude de secrétaires plus à l'écoute d'un patient parlant difficilement le français, ce qui s'est traduit par un entretien téléphonique plus long pour bien comprendre la problématique médicale du patient, ou encore prendre le temps de lui expliquer l'itinéraire pour venir au cabinet.

Les seconds ont une représentation erronée des bénéficiaires CMU ou AME de la part des professionnels, parfois même une confusion entre les systèmes CMU et CMUc, ce qui les incite peu à les prendre en charge. Diverses études (Carde, 2006 ; Carde, 2007 ; Desprès & Naiditch, 2006 ; Softic & Fontaine, 2002) permettent d'établir les caractéristiques des patients CMU – AME vues par les professionnels qui connaissent mal ces systèmes :

- Des patients ne travaillant pas

Despres et Naiditch (2006) notent que les soignants estiment que les bénéficiaires de ces systèmes d'assurance « *ne travaillent pas, s'ils évoquent un travail c'est qu'il s'agit d'un travail au noir, donc ils ont triché ! De toute façon, on n'est pas pauvre quand on a un travail* » (p 8). Ce type de représentation dénote une méconnaissance du système. En effet, une personne peut travailler et bénéficier de la CMU complémentaire, accessible sur conditions de ressources. C'est le cas de beaucoup de personnes travaillant à temps partiel. De plus, pour ces professionnels, lorsqu'ils acceptent ces patients, ils restreignent les horaires (en journée avant 17 h, pas le samedi), conservant certains créneaux pour les patients qui travaillent. Ces soignants ne pensent pas aux démarches diverses que doivent effectuer les patients ne travaillant pas (rendez-vous au pôle emploi, à la CAF par exemple), qui ont lieu en journée.

- Des patients assistés

Une vision de la CMU, et de l'AME, en tant qu'aide est également très partagée chez les professionnels qui voient alors les bénéficiaires comme des assistés, entraînant une restriction aux seuls soins en cas de besoin vital, excluant de fait tous les traitements « de confort » tels que le port de lentilles au lieu de lunettes et les soins de prévention.

- Des patients étrangers

Parfois, une dichotomie est mise en place en considérant que les étrangers sont des assistés dont l'accès aux soins est payé par les Français cotisant. Certains craignent même que la qualité de la couverture offerte par l'AME ne devienne un prétexte augmentant l'immigration clandestine. Par exemple, une mère au foyer à peine divorcée perd l'assurance de son mari et donc aura droit à la CMU, situation qui n'est pas exclusive de la population étrangère ou d'origine étrangère.

- Des patients illégitimes

Une représentation partagée chez les soignants est que les patients bénéficiant de la CMU/AME sont illégitimes, c'est-à-dire qu'ils ont fraudé dans leurs démarches de demande d'assurance, par exemple en ne déclarant pas leurs revenus. Ce sentiment est renforcé face à un patient dont le niveau de vie s'est dégradé, par exemple à la suite de la perte d'un emploi, et qui bénéficie désormais de la CMU. Le soignant se retrouve face à un patient qui ne porte aucune marque de précarité (vêtements, bijoux, maintien) et dont les demandes de soins sont différentes des patients en grande précarité : demande de consultation chez un spécialiste, demande de soins de prévention.

Cet écart entre les demandes de ces patients et les demandes attendues de la part d'un patient en situation de précarité (soins vitaux uniquement) tend à engendrer une méfiance des soignants envers eux, méfiance qui va se généraliser envers les autres patients CMU.

Concernant l'AME, les patients qui en bénéficient étant pour la plupart des patients en situation irrégulière, ils sont de fait illégitimes aux yeux de certains soignants. C'est sur cette base d'illégitimité que se fondent certaines discriminations à l'égard des bénéficiaires de l'AME, notamment lorsque des agents administratifs demandent des papiers supplémentaires ou accordent des droits pour une durée limitée (Carde et al., 2002). Ils estiment rétablir une équité face à une « *législation trop généreuse et vulnérable aux fraudes* » (Carde, 2007, p 104).

- Des patients qui abusent

Une typologie des comportements de ces patients est relatée par les soignants. Une image d'abus du système est généralement évoquée : ces patients ne viennent pas aux rendez-vous, ne préviennent pas, arrivent en retard, sont plus agressifs et moins respectueux que les autres patients.

Il s'agit d'autant de comportements qui désorganisent l'activité du cabinet et excèdent les soignants. Certains professionnels imputent ces comportements à la gratuité des soins pour les patients CMU, allant même parfois jusqu'à les considérer comme « *des cas sociaux, c'est le manque de culture, le manque d'éducation* » (Despres & Naiditch, 2006, p 64). L'image de ces patients est alors largement connotée négativement en tant que profiteurs, sans retenue voire sans reconnaissance pour un système qui leur permet de se soigner. Parfois, les soignants considèrent que ces comportements apparaissent essentiellement car les patients ne payent pas directement leurs soins et « *ne reconnaissent pas de valeur au travail du [soignant] car ils ne l'évaluent pas par un coût* » (Softic & Fontaine, 2002, p 21).

- Des patients qui cumulent

Les représentations que les soignants ont des bénéficiaires de la CMU et de l'AME, outre leur caractère erroné, peuvent se cumuler les unes aux autres, rendant encore plus difficile la légitimité d'accès aux soins pour des patients qui sont considérés comme étant des « *pauvres étrangers en situation irrégulière* » (Carde, 2007, p 103) et donc un poids important pour des patients qui sont, par opposition, français, travailleurs, cotisants.

Nous pouvons alors résumer les représentations des soignants et leurs attitudes, selon la proportion de patients CMU – AME dans leur patientèle (tableau 2.2).

Proportion de patients CMU – AME	**Proportion faible**	**Proportion élevée**
Représentation	Méconnaissance du système : - patients ne travaillant pas (Desprès & Naiditch, 2006), - patients assistés (Carde, 2006 ; Desprès & Naidicth, 2006), - patients étrangers (Desprès & Naiditch, 2006), - patients illégitimes (Carde, 2006, 2007 ; Carde et al, 2002, Desprès & Naiditch, 2006) - patients abusant (Desprès & Naiditch, 2006 ; Softic & Fontaine, 2002)	Connaissance du système : - patients comme les autres (Desprès & Naiditch, 2006) - attention supérieure (Desprès & Naiditch, 2006)
Comportement	Discrimination négative : - refus de soins (Carde et al., 2002 ; Desprès et al., 2009 ; Desprès & Naiditch, 2006 ; Fassin et al., 2000 ; Médecins du Monde, 2006 ; Softic & Fontaine, 2002) - retard aux soins (Carde et al., 2002 ; Desprès et al., 2009, Fassin et al., 2000 ; Softic & Fontaine, 2002) - découragement (Carde et al., 2002 ; Desprès et al., 2009 ; Fassin et al., 2000)	- Pas de différence (Desprès & Naiditch, 2006) - Discrimination positive (bienveillance) (Desprès et al., 2009 ; Deprès & Naiditch, 2006)

Tableau 2.2 : Synthèse des représentations et attitudes des professionnels, selon la proportion de patients CMU/AME dans leur patientèle

Cette méconnaissance des conditions d'accès à la CMU et des conditions de vie des personnes en situation de précarité ne facilite pas un accès performant pour ces patients.

2.2.3.1.3 Réduire les refus de soins

Le système CMU/AME devait permettre un accès aux soins aux personnes sans assurance, sans ressources suffisantes pour cotiser à une mutuelle.

Toutefois, le mécanisme même de ce système a engendré des refus de soins, du fait des longueurs de paiement et la faible part de la prise en charge des soins hors convention d'une part, mais également, d'autre part à cause de la stigmatisation des bénéficiaires dont la consultation est « différente », au sens où ils ne font pas l'avance de frais, contrairement aux patients des autres régimes. Un nivellement des pratiques serait souhaitable pour combler ces différences, notamment en généralisant la non-avance des frais à l'ensemble des assurés sociaux, quel que soit le système d'assurance dont ils dépendent. De cette manière, les bénéficiaires de la CMU/AME seraient moins « visibles » pour les soignants.

Une revalorisation de la prise en charge de certains soins, notamment lorsque l'on considère le secteur dentaire, devrait également permettre de réduire les refus de soins opposés pour raison financière. Cette mesure serait à associer à un suivi thérapeutique et préventif obligatoire afin de réduire les besoins en prothèses.

En revalorisant la prise en charge des actes de soins de base et de dépistage, les patients nécessiteront moins de soins lourds qui sont les plus coûteux pour la Sécurité Sociale. Toutefois, ces types de mesures doivent s'accompagner d'une sensibilisation auprès des patients dont les préoccupations ne se portent pas sur la prévention de la santé (grande précarité où le logement et la nourriture constituent les priorités, différences culturelles) (Softic & Fontaine, 2002).

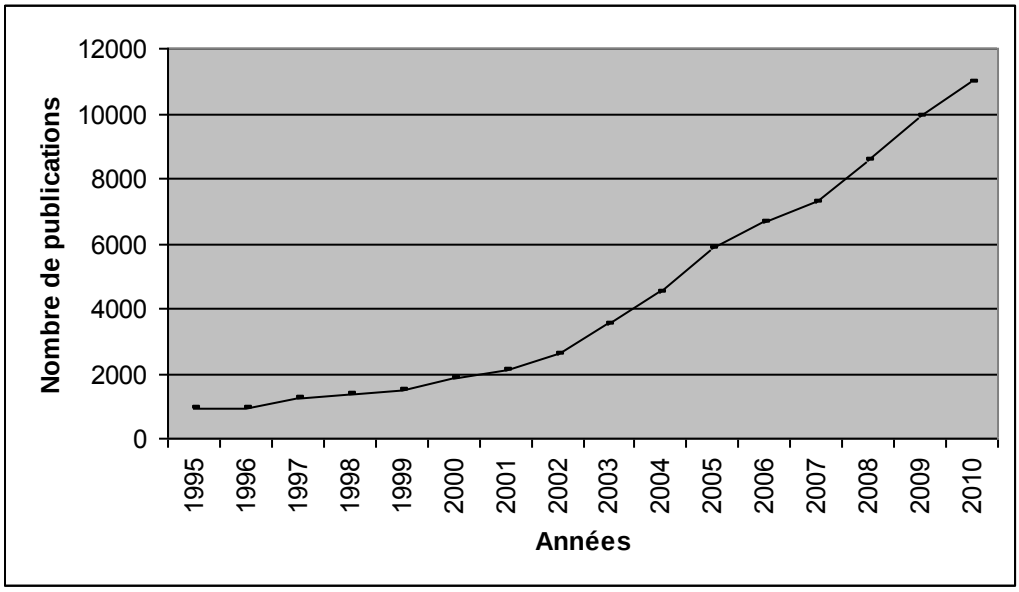
2.2.3.2. Variation des processus de soins

Ensuite, 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. Les disparités des soins envers les patients s'intéressent principalement aux disparités selon l'origine ethnique.

Cette thématique est prédominante aux Etats-Unis, à la différence des thématiques dans les recherches françaises qui vont traiter des facteurs économiques des patients. Dans les autres pays, les différences dans les soins vont être étudiées selon la pathologie du patient (par exemple diabétique), ou encore leur contexte économique.

Les variations des processus de soins sont étudiées par les anglo-saxons sous le concept de « *health disparities* », où ils observent des différences de traitement selon l'origine ethnique du patient, la langue dans laquelle ils s'expriment. Aux Etats-Unis, où « *l'affirmative action* » génère un recrutement en prenant en compte le critère de « race » des candidats pour respecter des quotas, il est moins problématique de noter l'ethnie du patient, pour pouvoir comparer les examens, soins effectués, traitements prescrits.

Le concept d'inégalités de santé est un domaine d'étude émergeant, comme l'illustre le graphique 2.1.



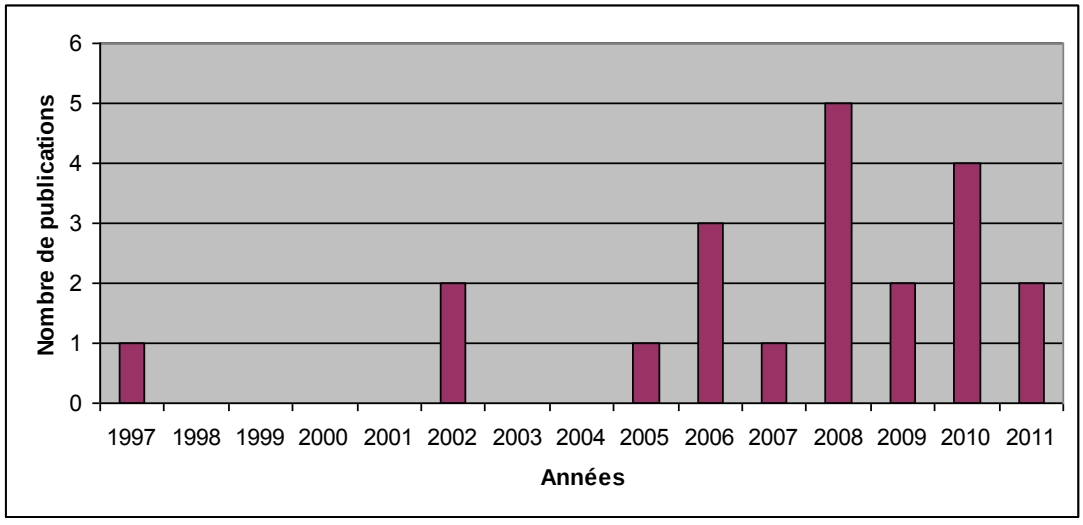
Graphique 2.1 : Nombre de publications totales sur les disparités de soins par année

sources : Science direct, Psycinfo, Wiley, Web of Science, Springerlink, mots clés : health care disparities

Sur l'ensemble des bases de données interrogées (Science direct, Psycinfo, Wiley, Web of Science, Springerlink), les problématiques liées aux health care disparities ont suscité de nombreuses publications : plus de 90 000 références apparaissent en interrogeant les bases de données sur ces mots clés.

La problématique de disparités dans les soins a fortement émergé ces dernières années, passant de 920 articles publiés en 1995 à 10.947 articles publiés en 2010. D'année en année, le nombre de publications tend à augmenter de plus en plus, reflet de l'importance que prend cette problématique dans les préoccupations.

En France, les études sur les disparités de santé émergent depuis la fin des années 1990. A l'instar de l'ensemble des publications recensées dans ce domaine (graphique 2.1), les préoccupations envers cette thématique deviennent plus nombreuses à partir de 2005



Graphique 2.2 : Nombre d'études françaises traitant des disparités de santé par année

sources : Science direct, Psycinfo, Wiley, Web of Science, Springerlink, Fond CMU, mots clés : health care disparities france

De plus en plus étudié depuis ces 15 dernières années, le concept de « health disparities » prend son ampleur au début des années 2000, où une loi américaine définit précisément ce phénomène. Pour le gouvernement américain, les « health disparities » concernent « *l'ensemble des taux de fréquence, de prédominance de maladie, de morbidité, de mortalité ou dans les taux de survie du groupe comparé au niveau de santé de la population générale* » (Loi "Minority Health and Health Disparities Research and Education Act of 2000" http://www.govtrack.us/congress/billtext.xpd?bill=s106-1880).

Anderson, Green et Payne (2009) rappellent également la définition datant de 2002 de l'Institution de Médecine de l'Académie Nationale des Sciences pour qui les disparités sont considérées comme des « *différences selon la race et l'ethnie dans la qualité des soins de santé qui ne sont pas dues à des facteurs liés à l'accès aux soins ou à des interventions et des besoins cliniques différents et appropriés* ». Ici, les disparités en matière de soins sont entièrement reliées au facteur race/ethnie du patient, focalisant l'attention de la plupart des recherches américaines à ce seul critère.

Le concept de race permettait à l'origine de justifier la « domination » d'un groupe humain sur un autre, ce qui permettait de justifier l'esclavage dans le passé américain (Brawley & Berger, 2008 ; Williams, Lavizzo-Mourey & Warren, 1994) et se conçoit désormais sous deux angles. Tout d'abord le concept de race s'entend au niveau biologique dans le sens où il exprime les différences dans les caractéristiques physiques entre différents groupes d'une espèce. Ensuite, le concept de race peut se définir comme un construit social ou socio-politique, comprenant l'identité, la culture (Anderson, Green & Payne, 2009 ; Witzig, 1996).

Depuis 1997, tout en considérant le concept de race dans l'acception socio-politique du terme, l'Institut National de Santé américain a défini 5 races principales de l'espèce humaine : les Améridiens ou natifs d'Alaska, les Asiatiques, les Noirs ou Américains Africains, les natifs d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique, les Blancs.

Des recherches américaines sur les disparités de soins ont fait apparaître des disparités de soins selon la race du patient. Ces différences ont

principalement été observées en comparant les patients blancs aux patients noirs principalement, puis aux patients hispaniques et enfin asiatiques. Ces inégalités de traitement conduisent à des disparités en termes d'état de santé (Malek, Keys, Kumar, Milford & Tullius, 2011).

De manière plus quantitative, les recherches américaines vont se focaliser principalement sur les disparités de soins selon la race du patient. D'ailleurs, l'intérêt porté à ce facteur dans les études américaines se voit même qualifié d'obsession (Brawley, & Berger, 2008). Viendront ensuite la prise en compte du genre du patient, son niveau économique (y compris son système d'assurance) et enfin sa langue et son handicap.

A l'inverse, les recherches françaises s'intéressant aux disparités dans les soins sont plutôt centrées sur d'autres critères (tableau synthétisant ces études présenté en annexe : dossier « annexes théorie » fichier « tableau de synthèse des études françaises sur les disparités dans les soins ») :

- la précarité du patient, qu'il s'agisse de problèmes d'accès aux soins (accès à une couverture maladie, refus de soins de la part des soignants) ou de renoncement aux soins (cas des SDF par exemple qui ne vont pas chercher à satisfaire leurs besoins de santé, les besoins de logement et de nourriture passant en priorité) (Benoit, 2008 ; Carde, 2006, 2007) ;
    - élaboration des programmes de santé : Lombrail (2007),
    - *testings* sur les refus de soins envers les patients CMU : Desprès & Naiditch (2006), Desprès et al. (2009), Médecins du Monde (2006), Softic et Fontaine (2002),

- la répartition géographique de l'offre de soins (hôpital, cabinet libéral, dispensaire par exemple) :
    - lien entre le traitement et le lieu de vie : Briffault, Morvan, Rouillon, Dardennes et Lamboy (2010),
    - accès aux services de santé pré-nataux selon les particularités locales de répartition des soignants : Charreire & Combier (2009),
    - disparités régionales pour des ressources et demandes de transplantation de foie : Granger, Savoye, Tenaillon, Loty, et Tuppin (2008),
    - différences en matière de santé bucco-dentaire et de besoin de soins selon sexe, localisation géographique et statut socio-professionnel : Hescot, Bourgeois et Doury (1997),
    - impact de l'éloignement sur la prise en charge : Jambon et al. (2010),
    - étude de l'influence du contexte socio-économique et la distance d'un centre de soins sur le taux de détection de l'hépatite C : Monnet et al. (2008),

- étude de l‘évolution de la mortalité liée à l‘asthme et selon les disparités régionales : Tual, Godart, Bousquet et Annesi-Maesano (2008),
- lien entre environnement de vie et comportements de santé sur les dépistages de cancer : Vallée, Cadot, Grillo, Parizot et Chauvin (2010),

- les caractéristiques psycho-sociologiques du patient : sexe, niveau d‘étude :
  - difficultés d‘accès aux centre de soins de dépistage de cancer selon le niveau économique de la population, la distance avec les centre de soins : Blais, Dejardin, Boutreux et Launoy (2006),
  - adéquation du traitement selon le niveau de vie du patient : Briffault et al. (2010),
  - hypertension plus fréquente chez ceux qui travaillent moins et ont un faible niveau d'éducation : De Gaudemaris et al. (2002),
  - patients avec un haut niveau d'éducation sont plus en accord avec le médecin : Kelly-Irving et al. (2011),
  - différence en matière de santé bucco-dentaire selon le genre et le niveau socio-économique : Hescot, Bourgeois et Doury (1997),
  - patientes avec un faible niveau social et celles qui vivent seules ont moins de péridurale : Le Ray, Goffinet, Palot, Garel et Blondel (2008),
  - inertie du système de santé selon les inégalités : Lombrail et Lang (2011),
  - variation de prise en charge selon l‘âge, le genre, le handicap : Macron-Nogues et al. (2005),
  - âge et niveau d‘éducation expliquant les incompréhensions dans les soins : Schieber, Kelly-Irving et Rolland (2011),
  - chômeurs et travailleurs non qualifiés étant les plus affectés par les troubles mentaux et les risques de suicide : Surault, 2010,

Les recherches françaises font abstraction du critère « origine ethnique » dans les études sur les disparités d‘accès aux soins. En revanche, le critère nationalité est parfois étudié pour comparer les différences sur le niveau de santé (Philibert, Deneux-Tharaux & Bouvier-Colle, 2008)

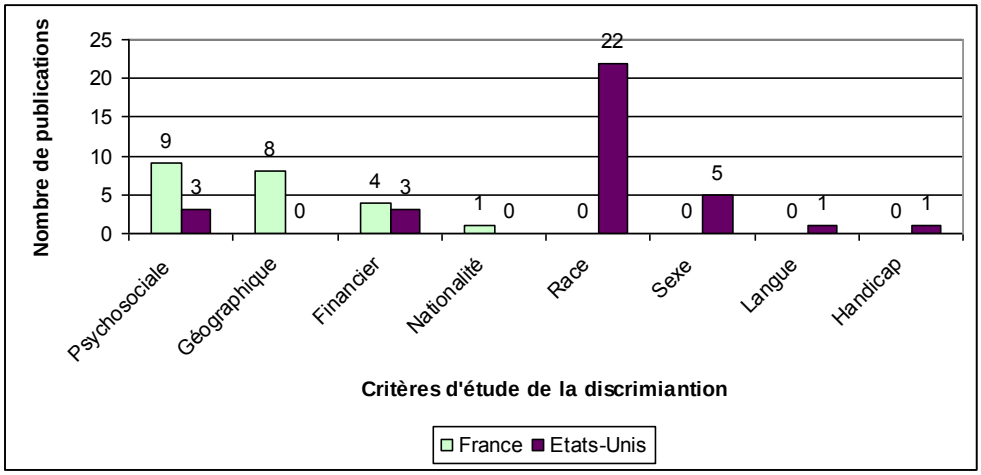
Le graphique 2.3 suivant illustre la comparaison des préoccupations des recherches françaises et américaines.

Seuls les critères psycho-sociologiques et financiers/système d‘assurance font l‘objet d‘études réalisées dans les deux pays.

Les recherches françaises s‘intéressent alors plutôt aux possibilités offertes dans l‘offre de soins (localisation des centres de soins, assurance des patients) ainsi

qu‘aux caractéristiques psycho-sociologiques des patients dont certaines favorisent l‘intérêt du patient pour sa santé et son recours aux systèmes et centres de soins (par exemple les patients d‘un niveau d‘étude élevé ont moins d‘hypertension que les patients d‘un niveau d‘étude faible, De Gaudemaris et al., 2002).

A l‘inverse, les recherches américaines s‘intéressent essentiellement au facteur race, parfois couplé au genre du patient, étudiant alors les disparités de santé sous un angle plus discriminatoire et prenant en compte le cumul des discriminations.



Graphique 2.3 : Nombre de publications par critère de disparité, comparaison entre les études françaises et américaines

sources : Science direct, Psycinfo, Wiley, Web of Science, Springerlink, Fond CMU, mots clés : health care disparities

Ce type d‘études ne pourrait être réalisé en France car il est interdit de relever cette information. On ne peut alors dire que les disparités de santé selon l‘origine du patient sont inexistantes en France, les indicateurs permettant ce type d‘études ne sont (à aujourd‘hui) pas accessibles pour les chercheurs.

Concernant les études anglo-saxonnes, la comparaison entre les patients blancs et les patients noirs représente la grande majorité des études :

- les thromboses coronaires traitées plus fréquemment pour les patients blancs : Green et al. (2007),
- le dépistage de la densité osseuse moins fréquent chez les femmes noires : Mudano et al. (2003),
- les patientes noires reçoivent moins de traitement contre l‘ostéoporose que les femmes blanches : Mikuls, Saag, George, Mudano et Banerje (2005),
- les médecins semblent moins attentifs envers les patients noirs : Peeks et al.(2010a),
- les patients noirs ont 6 à 12 fois moins de chances de parler de leur dépression avec un médecin et de recevoir des anti-dépresseurs : Wagner, White Perkins, Piette, Lipton et Aikens (2009).

Viennent ensuite des études s‘intéressant aux patients hispaniques :

- les hispaniques nés aux USA rapportent deux fois plus de discriminations que ceux nés hors USA : Perez, Sribney et Rodriguez (2009),
- les patients hispaniques sont moins écoutés par les médecins : Rivadeneyra, Elderkin-Thompson, Choen Silver et Waitzkin (2000).

et dans une moindre mesure les patients asiatiques :

- les médecins éduquent moins les patients asiatiques lorsqu‘ils n‘ont pas de langue commune : Ngo-Metzger et al. (2007)

Ensuite, des comparaisons selon plusieurs groupes ethniques sont également effectuées, notamment les comparaisons entre les patients blancs aux patients noirs et aux patients hispaniques :

- les disparités dans la gestion des soins selon la race des patients : Balsa, Cao et Mc Guire (2007),
- le comportement des infirmiers selon les races de patients : Bond, Kardong-Edgren et Jones, (2001),
- les noirs reçoivent moins de vaccins anti-grippaux que les blancs et que les hispaniques hispanophones, ces derniers reçoivent moins de visites de médecins : Fiscella, Franks, Doescher et Saver (2002),
- les noirs ont un accès limité aux traitements sophistiqués : Charasse-Pouele et Fournier (2006),
- les noirs et hispaniques ont moins de chances d'une surveillance vigilante : Shavers et al. (2004),
- les enfants blancs ont de meilleurs soins que les enfants hispaniques et asiatiques : Berdhal et al. (2010),
- les noirs et hispaniques ont moins de thérapies définitives (prostatectomie, radiation) que les blancs : Underwood et al. (2004) ;

ou aux différences de race en général :

- discriminations liées à la race : Piette, Bibbins-Domingo et Schillinger (2006),
- variation selon la race et le genre pour des thérapies par perfusion, angiographie coronaire, mortalité à l'hôpital : Vaccarino, Rathore et Wenger (2005).

Enfin, l‘effet de la langue dans la prise en charge des patients est également examiné :

- moindre satisfaction chez les patients non anglophones : Carrasquillo, Orav, Brennan et Burstin (1999),
- moins d‘éducation à la santé lorsque le soignant et le patient n‘ont pas de langue commune : Fernandez et al. (2004), Ngo-Metzger et al. (2007).

En dehors de ces facteurs liés à l‘ethnie du patient, d‘autres variables, plus rarement étudiées, génèrent des différences dans les soins. Par exemple, les patients en situation de handicap reçoivent moins de soins de prévention (Reichard, Stolzle & Fox, 2011). La qualité des soins des patients schizophrènes est pauvre : les soignants ne leur expliquent pas les effets secondaires de leurs médicaments (Lee, Chiu, Tsang, Chui & Kleinman, 2006).

Différents types de variations se manifestant de plusieurs manières :

- pratiques de sous-utilisation de moyens de diagnostics correspondant à un abaissement des normes de prise en charge durant le processus diagnostic,
- pratiques de sous-prescription correspondant à un abaissement des normes de prise en charge durant le processus décisionnel du traitement,
- diagnostic orienté correspondant à une interprétation des symptômes et des réactions du patient selon sa culture,
- traitement orienté correspondant à un traitement orienté selon la culture du patient,
- différence dans la qualité de la prise en charge correspondant à une qualité relationnelle inférieure pour les patients discriminés.

2.2.3.2.1. Pratiques de sous-utilisation des moyens de diagnostics

Ce groupe de comportements concerne une différence effectuée au moment des prises d‘informations (interrogatoires), des examens non demandés, à symptomatologie identique. Par exemple, Mudano et al. (2003) constatent que les femmes noires ont 2 à 3 fois moins de probabilités d‘avoir un test de densité osseuse.

2.2.3.2.2. Pratiques de sous-prescription

Il s‘agit de prescrire un traitement différent pour une catégorie de patients :

- moins de prescriptions d‘antidouleur à des patients noirs (Todd, Deaton, D‘adamo et Goe, 2000), surtout lorsqu‘ils ont des demandes de médicaments spécifiques (Burgess et al, 2008),
- moins de vaccinations anti-grippales pour les noirs que pour les blancs : Fiscella, Franks, Doescher et Saver (2002),

- moins de prescriptions pour un pontage coronarien chez les patients noirs par rapport aux patients blancs (Van Ryn, Burgess, Malat et Griffin, 2006),
- moins de surveillance envers les patients noirs et hispaniques : Shavers et al., 2004 ,
- moins de chances de recevoir des antidépresseurs pour les patients noirs surtout lorsque les soignants croient que les patients de communautés noires endurent la dépression plus stoïquement que les patients blancs (Wagner et al., 2009).

Les représentations des soignants sont particulièrement mises en cause dans les sous-prescriptions de traitement. Ainsi, ils effectuent des différences sur la base de croyances que certains patients sont incompétents, déviants, désagréables, non observants, moins prêts à accepter ou adhérer à certaines thérapies (Carde et al., 2002 ; Kressin et al., 2008).

Le manque de confiance que les soignants portent aux patients non blancs contribue également à réduire les prescriptions (Moskowitz et al., 2011).

Il semblerait tout de même que la présence d'un traducteur améliore la situation en permettant la transmission d'informations médicales, comme pour l'éducation à la santé, mais ne suffit pas à améliorer la qualité des soins et la relation (Ngo-Metzger, et al., 2007).

Les diminutions dans le traitement concernent également les soins dits de confort, qui ne sont pas curatifs en eux-mêmes mais apportent un plus au patient. Par exemple, les ophtalmologistes peuvent refuser de prescrire des lentilles à des bénéficiaires de la CMU (Després & Naiditch, 2006), considérant que les lunettes sont aussi efficaces mais que leur coût est moins élevé pour la société.

2.2.3.2.3. Diagnostic orienté

Ici, l'appartenance culturelle du patient et les stéréotypes du soignant à son égard vont orienter les interprétations des soignants (Burgess, 2010). Nous pouvons citer l'exemple du syndrome méditerranéen, que nous détaillerons dans la partie 2.6, ou encore les pathologies « exotiques » envers un patient d'origine étrangère, même s'il n'a jamais quitté le sol français (Moulin et al., 2005). Dans ce type de situation, le risque est alors de passer à côté d'une pathologie plus sérieuse (Carde et al., 2002).

La culture différente et l'origine étrangère ne semblent pas être les seuls facteurs générant un diagnostic orienté. En effet, Vega (2000) relate son observation d'un cas d'un patient suspecté HIV car jugé homosexuel.

2.2.3.2.4. Traitement orienté

Dans cette dernière catégorie, il s'agira d'orienter le patient vers une filière spécifique de traitement fournissant un soin jugé plus adapté.

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. L'orientation vers un spécialiste en ethnopsychiatrie pour les patients étrangers, notamment africains, illustre également ce type de comportement (Carde et al., 2002).

2.2.3.2.5. Différence dans la qualité de la prise en charge

Enfin, des discriminations dans la qualité de la prise en charge du patient sont observées.

Par exemple, des différences de comportements de la part des soignants apparaissent : ils sont moins attentifs ou vigilants aux patients non blancs :

- pas d'éducation à la santé quand il y a discordance de langue : Ngo-Metzger et al. (2007),
- patients interprètent les disparités de communication comme relevant de discrimination de la part des médecins envers les patients noirs : Peeks et al. (2010a),
- discrimination perçue par les patients hispaniques : Perez et al (2009),
- patients hispaniques ignorés par les médecins : Rivadeneyra et al. (2000),
- patients noirs ont moins de chances que les patients blancs de parler de leur dépression : Wagner et al., 2009.

Les soignants passent également moins de temps avec les patients noirs par rapport aux blancs, communiquent moins avec eux par rapport aux blancs, la communication est détériorée selon la « race » du patient, puis son âge, son éducation et son niveau de revenus (Siminoff, Graham & Gordon, 2006). Les soignants peuvent également réduire les explications fournies aux patients étrangers sur la croyance qu'il ne comprendra pas (Le Breton, 1994).

Prendre en charge différemment des patients soulève des questions déontologiques. En outre, ces différences peuvent entraver la démarche thérapeutique. En effet pour Booth (2007), un patient insatisfait de ses soins et-ou ayant eu peu de relations avec son soignant (manque de communication, attitude du soignant à son égard) aura plus de chances d'être non observant.

L'attitude du patient génère également ce type de comportement : les soignants ne prennent pas le temps de répondre aux patients qui exagèrent (Vega, 2000).

2.2.3.3 Discrimination dans les soins : interrogation méthodologique

Toutefois, on pourrait reprocher à la plupart des études présentées de ne prendre en compte qu'exclusivement le ressenti des patients ou des soignants à travers des questionnaires et des entretiens alors que peu de recherches présentent une méthodologie objective en effectuant des observations de situation et/ou une analyse de dossiers (Balsa et al., 2007 ; Rivadeneyra et al., 2000 ; Shavers et al., 2004 ; Vaccarino et al., 2005 ; Underwood et al., 2004).

Interroger les patients ne permet pas d'appréhender la discrimination qu'ils subissent dans les soins (Hobson, 2001). Tout d'abord, leur perception est dépendante de leurs expériences personnelles en matière de discrimination dans d'autres domaines (Bradby, 2010 ; Kressin et al., 2008).

Ensuite, la discrimination correspond à une différence entre les membres de groupes différents. On peut alors se demander comment un patient peut évoquer

l‘influence négative de sa race sur l‘attitude du soignant à son égard (Peeks et al., 2010a), alors que la plupart du temps le patient est seul (ou avec un accompagnant) face au médecin et ne peut connaître l‘attitude du soignant avec les autres patients. Comment un patient peut-il savoir si l‘attitude éventuellement négative du soignant est envers lui uniquement ou généralisée envers les autres patients ? Un médecin qui ne dit jamais bonjour à ses patients peut alors être qualifié de discriminant ou raciste par un patient ayant déjà fait l‘objet de discrimination qui interprètera que l‘absence de salutations est une attitude négative envers lui, alors qu‘un patient n‘ayant pas eu d‘expérience de discrimination l‘interprétera comme un signe d‘impolitesse ou de mauvaise humeur du soignant.

De la même manière, interroger les soignants sur l‘existence de discrimination dans les soins ne semble pas suffisant pour constater l‘étendue des discriminations en matière de soins. Même si diverses recherches basées sur les entretiens auprès de professionnels ont permis d‘établir une première typologie des comportements discriminatoires (Fassin et al., 2000 ; Moulin et al., 2005), ils s‘agit généralement de professionnels qui rapportent ce qu‘ils ont vu et entendu chez/ou de la part de confrères.

Sans retirer le caractère nécessaire de ces études pour établir l‘existence d‘un phénomène particulièrement masqué dans un domaine où il est fortement illégitime, les entretiens auprès de soignants ne semblent pas suffisants pour quantifier la discrimination et en préciser les manifestations de manière plus fine.

Il serait également possible d‘envisager d‘interroger les professionnels non pas sur l‘objet discrimination, mais sur leurs pratiques, comme dans le cas d‘une analyse du travail, et chercher les marqueurs de différences entre les patients de groupes différents.

Toutefois, il semble là encore que la discrimination ne serait pas abordée. Tout d‘abord, les soignants évoqueront-ils des comportements contraires à leur déontologie et à la loi ? Ensuite, les soignants sont-ils conscients d‘effectuer des différences et peuvent-ils les évoquer et expliquer les raisons de ces différences ? Ces interrogations nous mettent en garde sur ce type de méthode, et donc sur les conclusions apportées par les études les utilisant.

C‘est en cela que nous estimons que les recherches interrogeant les patients et les professionnels sur leurs ressentis des soins ne permettent pas de faire état de réelles discriminations, a fortiori lorsque seuls les patients membres de groupes habituellement discriminés sont interrogés. Les recherches se basant sur des analyses de dossiers (comparaison de prescriptions selon la race du patient par exemple) ou des *testings* (quantification des refus de soins) semblent plus pertinentes dans la mise au jour des discriminations en matière de santé.

2.2.3.4. Variation des soins et discrimination ?

Les représentations que les soignants ont des patients sont régulièrement mises en avant pour expliquer ces différences de traitement : patients jugés incompétents, déviants, non observants (Kressin et al., 2008) ; croyance que les patients noirs endurent la dépression plus stoïquement que les blancs (Wagner et al., 2009). Ici, il s‘agit d‘un traitement différent envers une personne ou un groupe de personnes selon une caractéristique supposée par le discriminant. Les différences peuvent alors être considérées comme relevant de discrimination.

Cependant, les variations de soins, présentées précédemment, peuvent-elles être dues uniquement à des problématiques discriminatoires ? Caractériser de discriminatoire une variation dans l'accès aux soins, sans se poser la question du motif, nous semble trop généraliste et abusif.

Nous examinerons tout d'abord en quoi les difficultés d'accès aux soins liées à l'offre de soins ne peuvent être considérées comme étant de la discrimination. Ensuite, nous verrons en quoi les facteurs économiques permettent de justifier une différence dans les soins. Enfin, nous proposerons une interprétation des variations comme conséquence de la charge de travail.

2.2.3.4.1. Problématiques d'accès aux soins et offre de soins

La répartition géographique des structures de soins est mise en cause dans les disparités d'accès aux soins (mises en évidence par exemple dans les études de Briffault et al., 2010 ; Charreire & Combier, 2009 ; Jambon et al., 2010). Dans ce cas, il n'est pas possible de parler de discrimination. L'absence de soins par manque de structures soignantes n'illustre pas notre définition de la discrimination :

- il ne s'agit pas d'un comportement différent et observable envers une personne ou un groupe de personnes,
- les personnes touchées ne sont pas discriminées selon une caractéristique possédée et dévalorisée par le discriminant,
- la (les) caractéristique(s) générant l'absence de soins n'est (ne sont) pas illégitime(s) mais due(s) à une absence de prestataires.

Dès lors, les différences de soins selon les zones géographiques et la répartition des structures de soins ne peuvent être considérées comme une discrimination. Ainsi, les possibilités d'offre de soins indiquent que les variations dans l'accès aux soins ne relèvent pas exclusivement de discrimination. Suivant ce même raisonnement, peut-on affirmer que les refus de soins pour raisons économiques doivent être considérés comme de la discrimination ?

2.2.3.4.2. Causes économiques impliquées dans les variations de soins

Les études françaises sur les refus de soins font apparaitre des préoccupations économiques, mises en avant pour expliquer les refus d'accès aux soins à l'encontre de certains patients. Nous examinerons en quoi ces refus d'accès aux soins peuvent être considérés comme relevant de la discrimination ou non. Ensuite, nous évoquerons la possibilité que le facteur économique soit également mis en cause dans les variations des processus de soins.

2.2.3.4.2.1. Accès aux soins

L'exemple apporté par Softic et Fontaine (2002), où un dentiste compare les frais de fonctionnement de son cabinet et les recettes engendrées par les soins conventionnés, montre le « bien-fondé » des logiques économiques qui malheureusement mènent à exclure, de certains soins non conventionnés, une partie de la population. Les études sur le refus de soins (Collectif Interassociatif sur la Santé, 2009 ; Desprès et al., 2009 ; Desprès & Naiditch, 2006 ; Médecins du Monde, 2006 ; Softic & Fontaine, 2002) montrent une justification selon des préoccupations financières.

Une inquiétude économique, liée à la survie d'un cabinet, semble prépondérante dans le secteur libéral (Boisguérin & Pichetti, 2008).

Privilégier certains patients au détriment d'autres, lorsque c'est pour la survie du cabinet, de l'emploi du soignant et de ses employés, ne peut pas être considéré comme illégitime. Au regard de la définition de la discrimination, elles ne peuvent plus être considérées exclusivement comme telle, mais comme une conséquence de préoccupations économiques des soignants.

En revanche, les refus de soins envers les patients CMUc/AME pour des soins conventionnés ou liés à une représentation erronée des soignants s'apparentent à de la discrimination :

- pas de justification financière possible dans les refus pour des soins conventionnés,
- refus selon une caractéristique dévalorisée par le soignant.

Ici, les refus de soins peuvent être considérés comme de la discrimination lorsque l'argument économique ne s'applique plus. Ils apparaissent dans le cadre de soins conventionnés que les systèmes CMUc/AME prennent en charge.

Les refus de soins seront considérés comme étant une discrimination lorsqu'il s'agit de soins conventionnés et totalement pris en charge. En revanche, lorsqu'il s'agit de soins avec dépassement d'honoraires, les refus de soins ne peuvent plus être considérés comme relevant de discrimination. Ils correspondent alors à une préoccupation financière pour l'activité du cabinet (Schéma 2.1).

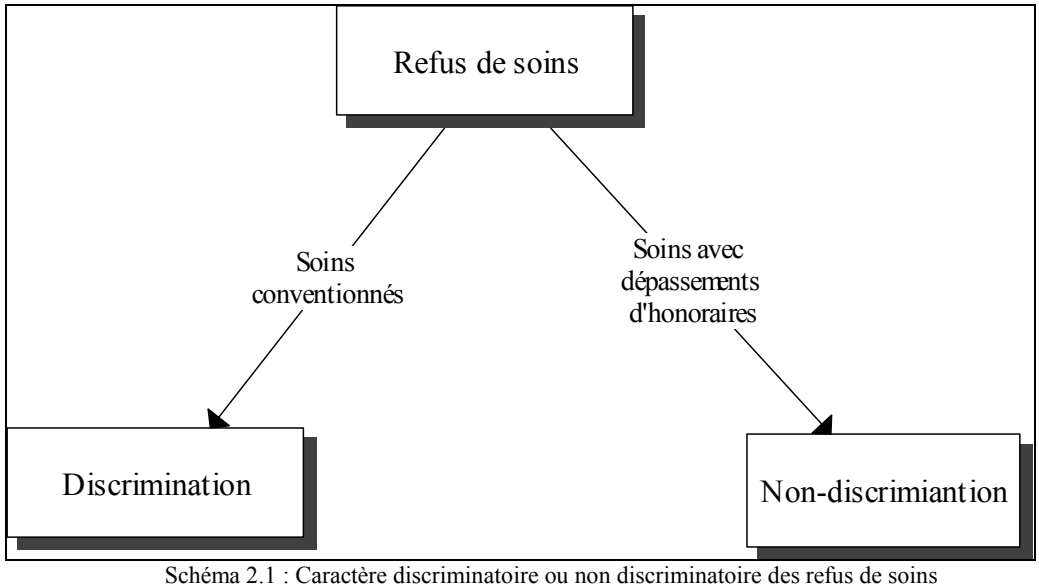


Schéma 2.1 : Caractère discriminatoire ou non discriminatoire des refus de soins

2.2.3.4.2.2. Processus de soins

Les recherches américaines sur les disparités dans les soins visent plus directement les attitudes discriminatoires en s'intéressant majoritairement aux variations selon la « race » du patient, et plus particulièrement les noirs puis les hispaniques. Ainsi, de nombreuses études font état des différences d'utilisation de moyens diagnostics et de traitements, privilégiés pour les patients blancs et réduits pour les autres.

Même si ces études américaines étudient les différences de soins selon la « race », les disparités de soins peuvent également être considérées selon d'autres facteurs. Elles reflètent peut-être d'autres phénomènes qu'une « simple » discrimination basée sur la race du patient.

Nous avons vu dans la partie précédente que les arguments économiques permettent d'expliquer une part des difficultés dans l'accès aux soins

En effet, les études du U.S Census (bureau de recensement américain équivalent de l'INSEE) indiquent de fortes disparités de revenus et d'accès à une assurance médicale selon la « race » (Tableau 2.3).

	Salaire moyen ($/an)	Sans assurance santé (%/ethnie)
Blancs	51.846	15,4
Blancs non hispaniques	54.620	11,7
Noirs	32.068	20,8
Asiatiques	64.308	18,1
Hispaniques	37.759	30,7
Natifs des Etats-Unis	50.288	13,8
Etrangers	43.750	34,1
Naturalisés	52.642	20
Non naturalisés	36.401	45,1

Tableau 2.3 : Recensement du salaire moyen et des personnes sans assurance maladie, selon leur ethnie et leur statut natif/étranger (U.S. Censure, 2010)

Ces données indiquent de fortes disparités économiques, les noirs gagnant près de 20.000 $ de moins que les blancs, ainsi qu'une forte disparité de couverture sociale, les noirs étant deux fois plus nombreux que les blancs a ne pas être couverts, les hispaniques trois fois plus nombreux (proportionnellement à leur groupe de référence).

Nous avons évoqué que les soignants français peuvent moduler leurs prescriptions selon le système d'assurance du patient : exemple rapporté par Desprès et al., 2009 où un médecin explique ses difficultés avec les patients CMU car elle travaille avec des compléments alimentaires non remboursés qu'elle ne leur prescrit pas ; exemple des ophtalmologistes qui prescrivent des lunettes et non des lentilles aux patients CMUc (Desprès & Naiditch, 2006). Dans le même sens, les différences constatées à l'encontre des patients noirs et hispaniques pourraient être le reflet des différences de revenus et de couverture médicale de ces patients, en comparaison avec les patients blancs. Ceci pourrait être évoqué pour expliquer les différences de prescriptions de moyens diagnostics (test de densité osseuse, Mudano et al., 2003) et de traitements (prescriptions d'antidouleurs, Todd et al., 2000, d'antidépresseurs, Vaccarino et al., 2005).

Les variations dans les soins pourraient être dépendantes du niveau économique des patients. Ce niveau est lié à la « race » du patient. Les variations de soins peuvent alors être abusivement qualifiées de discrimination, de racisme, alors qu'elles

ne sont que la conséquence du facteur économique (schéma 2.2).

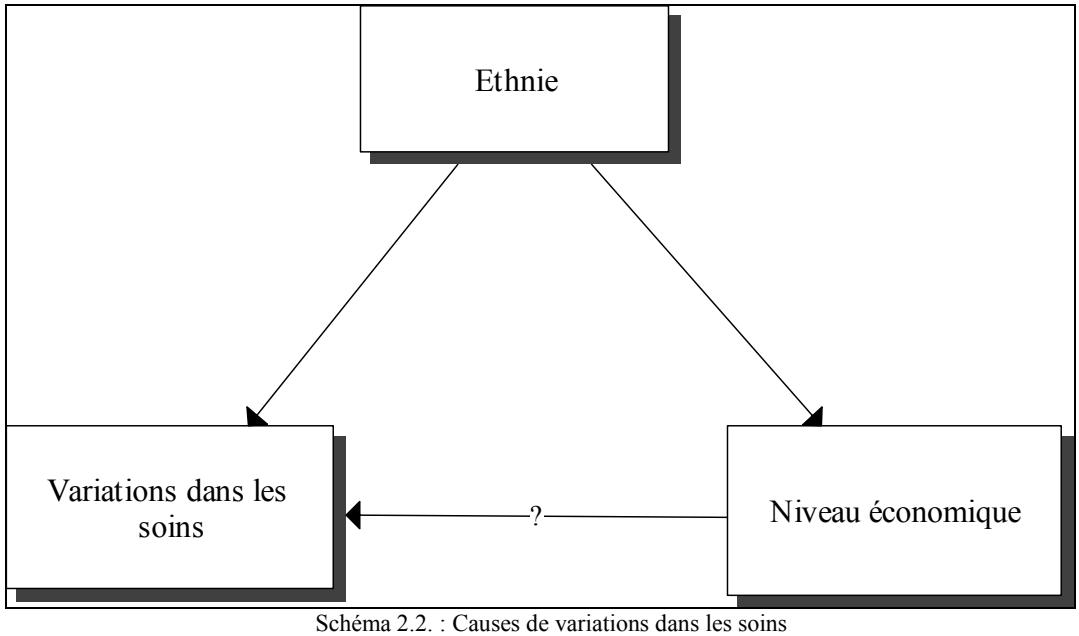


Schéma 2.2. : Causes de variations dans les soins

Le niveau économique du patient, son système d'assurance, sont impliqués dans les variations de soins : accès aux et processus de soins. Dès lors, il ne s'agit plus de discrimination au sens strict du terme. Ici, le soignant module son activité en fonction de critères financiers.

D'autres facteurs peuvent-ils alors être envisagés pour rendre compte des variations de soins ? Les composantes de l'activité, à travers le concept de charge de travail, sont une piste d'étude que nous allons préciser.

2.2.3.4.3. Charge de travail

Des auteurs comme Fernandez et al. (2004) et Ngo-Metzger et al. (2007) indiquent moins d'éducation à la santé lorsque le soignant et le patient n'ont pas de langue commune. Ces résultats nous paraissent particulièrement intéressants pour deux raisons. Tout d'abord, ils font état d'une « langue commune » et non d'appartenance à un groupe ethnique ou un autre. Ils prennent ainsi en compte le caractère intergroupe de la situation : un patient hispanique ne sera pas considéré de la même manière si le soignant est blanc ne sachant pas parler espagnol ou si le soignant est hispanophone (hispanique ou non). C'est donc la caractéristique de la situation qui est prise en compte et non la possession (vraie ou supposée) d'une caractéristique précise.

Ensuite, ces études évoquent une différence dans l'éducation à la santé lors d'une difficulté linguistique. Il ne s'agit pas d'une différence de prescription (moins de vaccins pour les noirs, Fiscella et al., 2002 ; moins de traitements contre l'ostéoporose pour les femmes noires, Mikuls et al., 2005 ; moins d'antidouleurs pour les patients noirs, Todd et al., 2000) mais d'une différence dans la part communication du soin. Or, ne pas partager de langue entre le soignant et le patient entrave de fait les possibilités de communication. Dans ce cas, la réduction des conseils de santé ne correspond pas à une manifestation de discrimination envers des

personnes possédant des caractéristiques précises. Il s'agit plus d'une adaptation à l‘activité rendue plus complexe par la situation.

Dès lors, s‘agit-il encore de discrimination ? Il nous semble donc qu‘il n‘est pas possible de réduire les différences dans les soins au seul critère ethnique, mais au contraire comme un phénomène multi-factoriel, prenant en compte l‘ethnie, le niveau socio-économique et la couverture santé du patient ainsi que les caractéristiques de la relation, comme lorsqu‘il n‘y a pas de langue commune. Les disparités de soins pourraient alors être considérées selon le cas comme étant une manifestation discriminatoire vs. une adaptation à diverses contraintes de la situation (économique, communication).

Les variations (refus, retards aux soins) évoquées par les professionnels envers les patients très précaires (SDF notamment) sont expliquées par les comportements désocialisés et marginaux. Ces conduites sont évoquées en tant que cause évidente de l‘augmentation de la charge de travail médicale et soignante.

La charge de travail des soignants semble une piste intéressante à explorer pour expliquer et comprendre les discriminations dans les soins, du moins les discriminations ne puisant pas leur origine dans les logiques financières des cabinets libéraux.

Pour Burgess (2010), les stéréotypes (notamment liés à la race/ethnie du patient) des soignants envers les patients vont s‘exprimer quand la charge cognitive est élevée et vont dès lors influencer les processus de décision médicale. Son raisonnement indique que lorsqu‘un individu a suffisamment de ressources cognitives disponibles, il peut neutraliser l‘influence de ses stéréotypes sur son comportement. En revanche, lorsque ses ressources sont insuffisantes, il ne peut plus empêcher les stéréotypes de conditionner son comportement. Sous un haut niveau de charge cognitive, les décisions prises sont biaisées (différences d‘évaluation envers une personne de l‘endogroupe vs. exogroupe lorsque le sujet est placé sous pression temporelle : Dijker & Koomen, 1996).

En plaçant l‘individu sous un niveau élevé de charge cognitive, ses ressources disponibles diminuent et ses stéréotypes s‘expriment selon les critères les plus susceptibles de les activer, notamment l‘ethnie (Richeson & Trawalter, 2003).

2.2.4. Synthèse des discriminations en milieu médical

L‘accès aux soins en France suppose au patient d‘être couvert par un système d‘assurance prenant en charge le coût des soins. Le système général est basé sur l‘emploi : les personnes travaillent, cotisent auprès de la Caisse d‘Assurance Maladie qui en retour les rembourse d‘une partie de leurs soins, la partie restante est payée par une mutuelle privée choisie par chaque personne. Pour ceux qui ne travaillent pas, et donc ne cotisent pas selon ce système, le régime CMU leur permet un accès aux soins, sous condition de résider en France en situation régulière depuis au moins trois mois. L‘AME est le système réservé aux personnes ne pouvant prouver la régularité de leur présence et donc ne pouvant bénéficier de la CMU.

L‘attribution de ces deux systèmes d‘assurance révèle une première discrimination dans les soins, par exemple lorsque les agents administratifs exigent des pièces non nécessaires à l‘ouverture des droits.

Dans un second temps, ce sont les professionnels soignants qui vont discriminer les patients.

Premièrement, les libéraux vont refuser de prendre en charge les patients CMU et AME. Les taux de refus sont variables, pouvant aller jusqu'à 51 % envers les CMU et 72 % envers les AME. Ces refus viennent essentiellement des spécialistes de secteur 2 car les remboursements de ces assurances sont inférieurs aux tarifs du soignant.

Deuxièmement, des variations dans les soins vont être pratiquées. Ces variations peuvent s'exprimer selon différents comportements :

- sous-utilisation de moyens diagnostiques,
- sous-utilisation des traitements,
- diagnostic orienté,
- traitement orienté
- qualité des soins inférieure.

Toutefois, la plupart des études analysant les variations dans les soins se fondent sur la perception des acteurs (soignants et/ou patients) sans comparer si ces variations sont réelles ou non.

Enfin, la discrimination en milieu médical présente un contraste entre d'un côté la volonté d'aide et la déontologie médicale, et de l'autre un comportement excluant certains patients.

Aussi, des pistes de réflexions émergent, liant la discrimination à d'autres facteurs, comme la charge de travail des soignants.

2.3 LA CHARGE DE TRAVAIL

Nous allons tout d'abord définir la charge de travail de manière générale. L'évolution du concept sera brièvement évoquée avant de proposer un modèle tripartite des éléments influençant la charge de travail.

Ensuite, les méthodes de mesures de la charge de travail seront présentées avant d'exposer la surcharge de travail et les moyens permettant de la réguler.

2.3.1. Définition

Issue d'une analogie avec les efforts musculaires nécessaires pour réaliser une tâche, la charge de travail correspond au coût généré par une tâche particulière pour un opérateur donné (Brookhuis, Van Driel, Hof, Van Arem & Hoedemaeker, 2008 ; Hart & Staveland, 1988 ; Maincent, Martin &Van Box Som, 2005).

2.3.1.1. Evolution du concept

La charge de travail est une notion jeune dont la conceptualisation et les outils d'études ont beaucoup évolué depuis la fin des années 50. Chanquoy, Tricot et Sweller (2007) rappellent cette évolution. Issu d'une conception

behavioriste, où la charge de travail est dépendante uniquement de la tâche, les chercheurs intègrent peu à peu la dimension de l'individu qui, par ses compétences, son expérience, son niveau d'expertise et ses capacités mnésiques et attentionnelles, permet d'observer une charge de travail différente à tâche équivalente.

La notion de charge de travail comprend deux composantes : les contraintes, dépendantes de la tâche telle qu'elle est prescrite, et les astreintes, correspondant aux conséquences de la tâche sur l'opérateur (Leplat, 1977, cité entre autres par Hervet, Blatter & Vallery, 2006 ; Welford, 2007). D'où une certaine ambiguïté (Maincent et al., 2005 ; Montmollin, 1997a ; Spérandio, 1972) car cette vision considère une cause de charge (les contraintes) autant que son effet sur l'opérateur (les astreintes). Toutefois, il est plus évident de comprendre la charge de travail n'est pas seulement « *une propriété inhérente à la tâche mais* [considère également] *l'interaction entre les contraintes et les caractéristiques des opérateurs* » (Hervet, et al., 2006, p 297).

Cette définition prend en compte deux facteurs essentiels : la tâche, ses caractéristiques et exigences et l'opérateur, avec ses compétences, son expérience.

Dès lors, la charge de travail ne peut s'étudier au seul regard de la tâche (Leplat, 2000), et encore moins de la seule tâche prescrite. En effet, les exigences définies pour une tâche ne sont pas suffisantes pour identifier la charge de travail que subit l'opérateur. Un opérateur expérimenté ne ressentira pas la même difficulté pour réaliser son travail qu'un opérateur novice. Les connaissances, expériences, compétences de l'opérateur sont autant de facteurs qui lui permettent de mobiliser moins d'énergie, moins d'efforts pour réaliser une tâche. Par exemple, un élève qui commence l'apprentissage des opérations arithmétiques de base éprouvera plus de difficultés face à une division qu'un étudiant en troisième année de mathématiques. Si ces deux facteurs, l'exigence de la tâche et l'opérateur, semblent dès lors essentiels pour prendre en compte la difficulté-facilité d'un travail, et donc de l'impact du travail sur l'opérateur, en termes de charge de travail, il semble toutefois que la charge de travail ne peut se résumer à ces deux seuls facteurs. En effet, effectuer une division représente-t-elle le même niveau de charge pour un opérateur donné lorsqu'il dispose d'un temps illimité pour la résoudre, ou lorsqu'il est dans un contexte d'évaluation lui demandant d'en résoudre beaucoup dans un temps limité ?

La prise en compte du temps nécessaire et disponible pour exécuter une tâche semble ici intéressante. Les études en psychologie cognitive sur les temps de réaction indiquent bien que l'opérateur a besoin d'un temps minimum (Weldford, 2007) pour percevoir un signal, l'interpréter et réagir en conséquence (par exemple il est régulièrement avancé qu'un conducteur mettra en moyenne une seconde entre la perception d'un danger et le début du freinage). Quelle que soit l'activité, l'opérateur ne peut pas aller à l'encontre de sa propre temporalité, la tâche qu'il doit réaliser nécessite donc un temps minimum. Si le temps proposé pour effectuer sa tâche est supérieur à ce temps minimum, l'opérateur sera dans une situation relativement confortable pour lui. Si le temps imposé est inférieur à son temps minimum, il sera dans une situation de pression temporelle, ce qui augmentera sa charge mentale de travail.

Lorsqu'un opérateur ressent une pression temporelle élevée, le risque d'erreurs va augmenter. Toutefois, le manque de temps pour exécuter une tâche est déjà la manifestation d'un « *déséquilibre initial entre la compétence de l'opérateur et la*

complexité de la tâche » (Montmollin, 1986, p 104). Le temps minimum pour exécuter une tâche dépendra de chaque opérateur, en prenant en compte ses connaissances, compétences, expériences.

Les facteurs externes à la tâche et à l'opérateur sont nécessaires pour rendre compte de la charge de travail.

2.3.1.2. Charge de travail selon 3 éléments

Trois facteurs principaux permettent de l'appréhender : la tâche, l'opérateur et l'environnement (Brookhuis et al., 2008 ; Chanquoy et al, 2007 ; DiDomenico & Nussbaum, 2008 ; Hart & Staveland, 1988) :

L'interaction de ces trois grands facteurs modifie la réalisation de la tâche : par exemple, plus une tâche est exigeante, plus la charge de travail augmente. Selon l'humeur de l'opérateur, ses erreurs, les erreurs du système ou encore l'environnement par exemple, le cadre d'exécution de la tâche sera différent, rendant ainsi chaque évènement unique (Hart & Staveland, 1988).

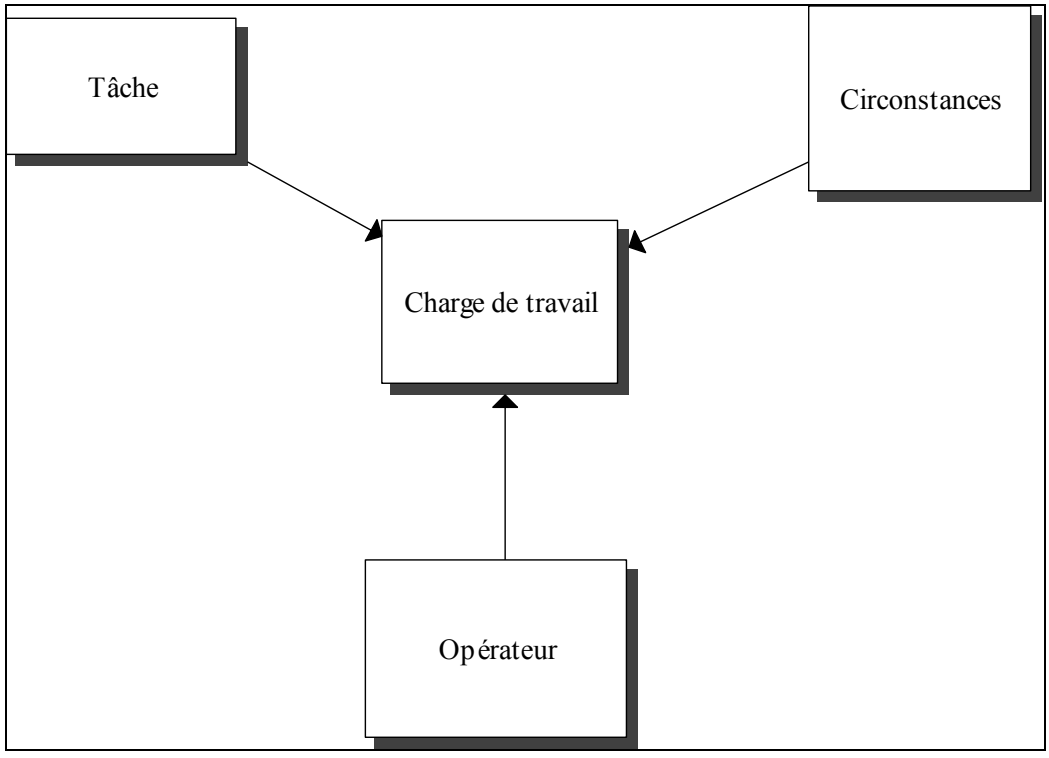


Schéma 2.2 : Facteurs impliqués dans la charge de travail, d'après DiDomenico et Nussbaum, 2008

2.3.1.2.1 Premier facteur : la tâche

Le facteur tâche comprend la nature du travail à effectuer, les objectifs à atteindre, l'activité mise en œuvre pour réaliser la tâche, le niveau d'exigence attendu pour la réalisation de la tâche (Hart & Staveland, 1988 ; Maincent et al., 2005 ; Sperandio, 1972). Nous prenons en compte ici la tâche au sens tâche prescrite (Leplat, 2000, 2011), exempte de l'activité que l'opérateur met en œuvre

pour l‘adapter (Sarnin, 2007) à ses compétences, à son environnement, à sa motivation du jour.

2.3.1.2.2. Deuxième facteur : les circonstances

La tâche prescrite n‘a pas le même impact sur la charge de travail selon les circonstances dans lesquelles elle doit être réalisée. Il est alors nécessaire de prendre en compte d‘autres facteurs et de les mesurer afin de pouvoir comparer et réduire l‘écart entre la tâche prescrite et les capacités de l‘opérateur Soumettre un étudiant en mathématiques à des calculs arithmétiques simples représentera un niveau de charge de travail différent selon le temps disponible. Pour les mêmes calculs, plus le temps disponible est court, plus il ressentira des difficultés pour réaliser l‘ensemble des calculs demandés.

Les circonstances dans lesquelles la tâche est effectuée contribuent au niveau de charge de travail perçue. Ces circonstances relèvent entre autres :

- des conditions d‘ambiance : Guillevic (2005),
- du climat de coopération entre les opérateurs : Guillevic (2005),
- de la possibilité ou non de planifier l‘activité : Estryn-Behar et Fouillot (1990b),
- du contrôle sur l‘action et la liberté de choix : Guillevic (2005), Hockey et Earle (2006),
- de l‘absentéisme des collègues : Gonzalez et Weill-Fassina (2005),
- du temps disponible : DiDomenico et Nussbaum (2008).

2.3.1.2.3. Troisième facteur : l’opérateur

« *Une même tâche prescrite peut donner lieu à des activités très différentes selon les compétences des opérateurs* » (Montmollin, 1997a, p 53).. Si les caractéristiques de la tâche sont un facteur essentiel pour définir la charge de travail, on ne peut résumer la charge de travail à ce seul facteur (Maincent et al., 2005).

La prise en compte du facteur humain est essentiel dans la définition de la charge de travail, une même prescription pour réaliser une tâche n‘aura pas le même impact pour des opérateurs différents (Guillevic, 2005 ; Leplat, 2004) : l‘un pouvant trouver la prescription facile alors qu‘un autre éprouvera des difficultés pour réaliser la tâche. Par exemple, prendre en charge un patient allemand ne parlant pas français ne représentera pas le même niveau de difficultés pour un médecin non germanophone que pour un médecin ayant vécu 20 ans en Allemagne et parfaitement bilingue.

L‘opérateur contribue à modifier sa charge de travail perçue selon notamment :

- ses connaissances : Montmollin (1986), Falzon (1991),
- son entraînement : Leplat (2004), Stanton, Dunoyer et Leathelland (2010),
- ses compétences : Brookhuis et al. (2008), Montmollin (1986),

- ses capacités d‘attention : Stanton et al. (2010),
- ses perceptions de ce qu‘il doit faire, les stratégies qu‘il mettra en œuvre : Brookhuis et al. (2008),
- sa motivation, son humeur : Brookhuis et al. (2008).

2.3.1.3. Modèles de la charge de travail

La charge de travail et le travail lui-même sont en interaction réciproque constante.

En effet, comme le rappelle l‘ensemble des auteurs définissant la charge de travail, elle est dépendante de la tâche, des circonstances et de l‘opérateur. Le travail (tâche prescrite et circonstances) est donc un des facteurs essentiel contribuant à l‘augmentation ou la diminution de la charge de travail.

En retour, la charge de travail n‘est pas sans conséquence. Elle présente des conséquences sur l‘opérateur (stress, burn-out), mais également des conséquences sur le travail lui-même, aussi bien en termes de performances (erreurs, qualité du travail) qu‘au niveau organisationnel (accidents du personnel, turn-over).

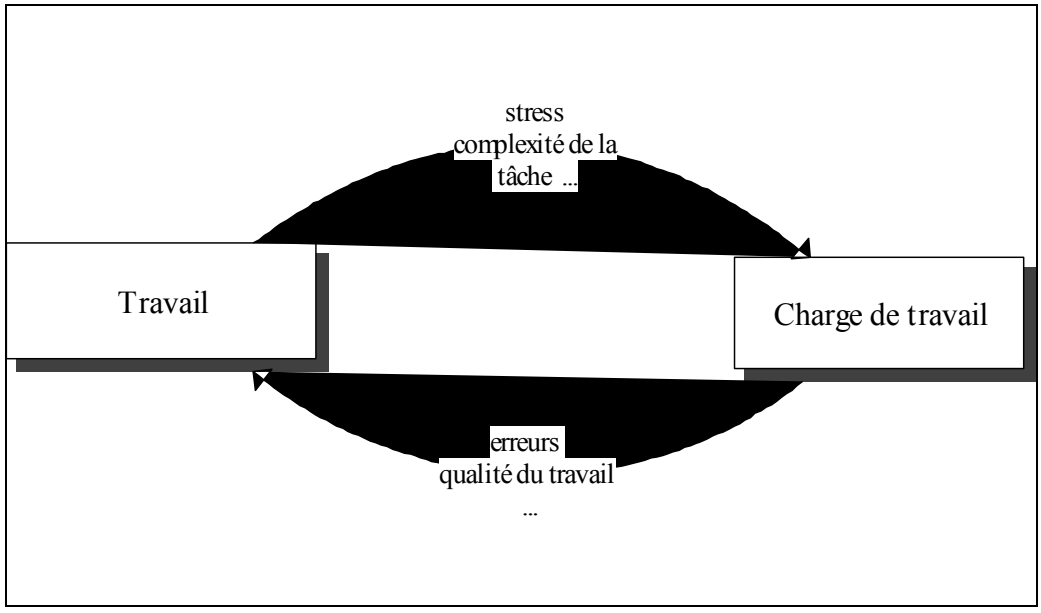


Schéma 2.4 : Influence du travail sur la charge de travail et réciproque, d‘après Chanquoy, Tricot & Sweller, 2007

2.3.1.4. Différentes formes de charge

Dans la plupart des études, la charge de travail est vue selon deux versants : la charge mentale ou cognitive d‘un côté, et la charge physique de l‘autre (Maincent et al., 2005 ; Montmollin, 1997a).

Cette dichotomie dans la conception de la charge de travail ne peut se voir de manière imperméable. En effet, une activité physique comporte une part de réflexion (par exemple comment porter un carton sans qu‘il ne se casse, coordination des mouvements), et une activité mentale aura tout de même une dimension

physique (par exemple aller à la bibliothèque chercher des livres pour rédiger un dossier). Ainsi, toute activité, qu‘elle soit mentale ou physique, utilise l‘ensemble ou une partie des systèmes aussi bien mentaux que physiques. Il est alors préférable de parler non pas de charge mentale et de charge physique, mais de charge de travail à dominante physique et à dominante mentale (Maincent et al., 2005)

2.3.1.4.1. La charge de travail à dominante physique

La charge de travail à dominante physique correspond à l‘effet d‘une comme le port de charge. Elle est essentiellement étudiée dans le domaine de la physiologie et de la médecine.

Nous n‘allons toutefois pas développer cet aspect de la charge, nous préférons concentrer cette recherche sur la charge à dominante mentale.

2.3.1.4.2. La charge de travail à dominante mentale (ou cognitive)

La charge de travail à dominante mentale peut s‘entendre en tant que quantité spécifique de capacité de traitement de l‘information utilisée pour atteindre la performance de la tâche (Brookhuis et al., 2008). Elle est notamment dépendante de la complexité de la tâche et de l‘expertise de l‘opérateur (connaissances, savoir-faire, expérience).

L‘expérience de l‘opérateur lui permet de réduire la charge cognitive, notamment après une dizaine d‘années de pratique, où le niveau d‘expertise crée des automatismes, permettant de diminuer l‘effort cognitif pour réaliser la tâche. Cette réduction de l‘effort cognitif permet de libérer des ressources qui seront utilisées lorsque la tâche présente un aspect inhabituel et que l‘opérateur sort de ses automatismes et constate l‘aspect inhabituel de la tâche (Burgess, 2010 ; Chanquoy et al., 2007).

Il y a surcharge lorsque l‘opérateur a trop d‘informations à traiter dans le temps qui lui est accordé et qu‘il ne peut donc plus les traiter correctement (Montmollin, 1997b).

2.3.2. Les moyens de mesures de la charge de travail

La charge de travail étant liée à la tâche, aux conditions dans lesquelles elle est exécutée, ainsi qu‘à l‘opérateur, elle ne peut être mesurée sans prendre en compte ce dernier (Mairiaux, 1984, cité par Maincent et al., 2005). En effet, la prescription donnée pour réaliser une tâche, les protocoles définis ne permettent pas à eux seuls de pouvoir appréhender la charge de travail générée par cette tâche. Par exemple, lire un texte rédigé avec l‘alphabet grec sera plus facile à réaliser pour une personne connaissant l‘alphabet grec.

Considérer l‘individu est donc essentiel pour mesurer la charge de travail liée à une activité. D‘une part, selon les compétences de l‘opérateur la tâche sera plus ou moins facile à réaliser (Maincent et al., 2005 ; Pickup, Wilson & Lowe, 2010). D‘autre part, seul l‘individu peut déterminer si la charge a eu un coût faible ou élevé, selon les conditions de travail du moment, les exigences à satisfaire (Hart & Staveland, 1988 ; Maincent et al., 2005).

Différents types d‘outils ont été proposés pour mesurer la charge de travail.

On trouve des outils de mesures objectives et des outils subjectifs.

Les outils objectifs, jugés plus exacts que les mesures subjectives (Spector, 1994 ; Vildulich & Wickens, 1986 cités par Weinger et al., 2000) comprennent les mesures physiologiques et la méthode de la double tâche (Weinger et al., 2000).

Mesures physiologiques

Les mesures physiologiques évaluent l'activité physique de l'opérateur à l'aide, par exemple, d'ECG, EEG. Elles ont l'avantage de permettre un enregistrement continu des données et d'identifier précisément l'impact de la tâche (Miyake et al., 2009). Toutefois, ce type de mesure ne présente aucune fiabilité interne ni externe (Montmollin, 1997a), la plupart sont sensibles aux émotions (Chanquoy et al., 2007) et ne suffisent pas à mesurer la charge de travail lors d'activités mentales (Miyake et al., 2009).

Technique de la double tâche

La technique de la double tâche se base sur la saturation des capacités cognitives de l'opérateur en lui donnant une tâche secondaire en plus de sa tâche principale. La réussite et les échecs à la tâche secondaire seront utilisés pour déterminer le niveau de charge cognitive que représente la tâche principale. L'utilisation de la technique de la double tâche nécessite une mesure en laboratoire car elle est difficilement applicable sur le terrain (Guillevic, 2005). Même en laboratoire, elle ne permet pas une mesure précise de la réalité, les conditions d'exécution des tâches en laboratoire étant différentes des conditions réelles dans lesquelles la tâche est réalisée (Montmollin, 1986a ; Young et al., 2009). De plus, la pertinence de cette technique reste discutable. Même si des auteurs comme Baldauf, Burgard et Wittmann (2009) estiment que cette technique est valable et permet une mesure subtile des différentes variations de la charge de travail de la tâche principale. Elle suppose l'existence d'une capacité limitée de traitement de l'information, alors que ces capacités de traitement fluctuent selon les situations (temps disponible pour réaliser la tâche par exemple), les individus (humeur, motivation par exemple). (Guillevic, 2005). En outre, comme l'évoque cet auteur, le modèle de régulation de Spérandio (1972) indique que l'opérateur peut modifier le mode opératoire qu'il met en œuvre pour réaliser une tâche. Ce qui suppose que pour réussir les deux tâches auxquelles l'expérimentateur le soumet, l'individu pourra modifier sa manière de procéder. Une augmentation de la charge de travail ne se traduirait donc pas en une diminution de la performance à la seconde tâche.

Mesures subjectives

Les mesures subjectives demandent à l'opérateur d'évaluer la charge perçue durant la réalisation de la tâche (DiDomenico & Nussbaum, 2008 ; Eggemeir, Wilson, Kramer & Damos, 1991). En reprenant d'une part le modèle de la charge de travail évoqué plus haut (schéma 2.1) et d'autre part la vision de Montmollin (1986), ses critiques sur la charge mentale de travail et notamment l'idée erronée que la charge de travail repose sur l'activité seule, on comprend alors que les mesures subjectives sont les seules permettant d'évaluer le plus précisément possible ce que représente une tâche, une activité, pour un opérateur particulier en fonction des circonstances dans lesquelles il est placé. Elles ont également l'avantage d'être moins invasives, plus faciles à mettre en place, moins coûteuses, ont un haut niveau de validité et de reproductibilité (Maincent et al., 2005 ; Weinger et al., 2000) même si elles impliquent un vécu difficilement quantifiable par des chiffres (Dejours, 1980).

Elles paraissent toutefois plus légitimes à mettre en oeuvre car seul l'opérateur est capable d'évaluer la charge qu'il ressent en réalisant une tâche (Livian,

Baret & Falcoz, 2004 ; Maincent et al., 2005).

L'utilisation conjointe de plusieurs mesures (par exemple une évaluation subjective de l'effort, une évaluation objective des performances réalisées) permet une appréhension optimum de la charge de travail (Floru & Cnockaert, 1991 cité par Maincent et al., 2005).

2.3.3 Surcharge de travail : conséquences sur les opérateurs

La charge de travail atteint un niveau optimal lorsque les demandes de la tâche correspondent aux ressources de l'individu (Stanton et al., 2010). L'opérateur sera en situation de surcharge lorsque les exigences de la tâche seront supérieures à ses capacités (Weldford, 2007) et-ou que les circonstances dans lesquelles elle doit être réalisée ne permettent pas à l'individu de mobiliser ses ressources pour la réaliser.

Lorsque la charge de travail est trop importante, c'est-à-dire lorsque l'activité de l'opérateur et les informations à traiter dans un temps donné dépassent ses capacités (Montmollin, 1986), l'opérateur s'expose à des risques pour sa sécurité et sa santé, en termes de stress, de burn-out, d'augmentation des risques d'accidents. Les phénomènes de surcharge apparaissent lorsque l'opérateur estime avoir plus de travail à effectuer que ses ressources (par exemple : temporelles, cognitives, physiques, émotionnelles) lui permettent de réaliser (Shirom, Nirel & Vinokur, 2006 ; Stanton et al., 2010).

2.3.3.1. Les mécanismes de régulation de la surcharge de travail

Lorsque l'opérateur a conscience de sa surcharge de travail, ou qu'il anticipe une prochaine surcharge de travail, deux possibilités s'offrent alors à lui (Hockey, 1997) :

- intervenir sur la tâche pour en rendre le niveau de charge acceptable. C'est la régulation qui passe par des stratégies telles que la diminution des exigences de la tâche, du nombre d'informations à traiter, du nombre de critères pris en compte. Il va alors tenter de réguler son activité pour réduire ces risques. Son objectif est alors de « *maintenir son activité à un niveau satisfaisant pour lui et l'organisation* » (Faverge, 2001, p71),
- laisser la tâche et ses exigences telles qu'elles sont et se fatiguer mentalement, augmentant ainsi les risques pour sa sécurité et sa santé.

La régulation vise à conserver ou rendre un système stable, malgré les variations qu'il subit. En ergonomie, elle s'entend selon « les modifications du comportement individuel et collectif des opérateurs pour faire face à la situation » (Gonzalaz & Weill-Fassina, 2005, p 4)

Ce mécanisme peut être individuel ou collectif (Hervet et al. 2006). Lorsqu'il est individuel, il a pour objectif « *d'éviter toute nouvelle surcharge* potentielle » (p 300) qui se rajouterait à la situation. Lorsqu'il est collectif, il vise soit à collaborer pour limiter les tâches simultanées de l'opérateur en situation de surcharge, soit à partager ses informations, raisonnement, questions avec ses collaborateurs qui vont permettre d'aider l'opérateur.

La régulation de l'activité dépend de l'expérience de l'opérateur et de son niveau d'expertise. Un travailleur expérimenté pourra déceler en amont les signes qui indiquent que l'activité approche de son niveau maximum de charge, il pourra alors anticiper cette surcharge et commencer la régulation de son activité plus tôt (Rochefort & Guerin, 2000).

On peut observer deux types de régulation (Leplat, 2000) : une régulation réactive, qui s'exercera au coup par coup selon l'augmentation de la charge de travail ; et une régulation anticipative, où l'expérience de l'opérateur lui permettra de trouver un moyen de régulation qui pourra être réutilisé ultérieurement si besoin.

La régulation sera également possible si l'opérateur peut intervenir sur son activé, ou du moins, l'opérateur régulera selon sa marge de manœuvre potentielle au regard des prescriptions de sa tâche et de l'autonomie que lui laissera sa hiérarchie.

La mise en place de régulation de l'activité dépend de la perception que l'opérateur a de sa charge de travail, ce qu'il ressent, même si objectivement la charge de travail est faible (Maincent et al., 2005).

2.3.2.2. Modèles de régulation de la charge de travail

La régulation de l'activité peut agir efficacement grâce à deux mécanismes que sont le feed-back et l'évaluation. Leplat (2000) propose une schématisation des mécanismes de régulation selon trois systèmes, mis en place lorsqu'il s'agit de corriger une situation (schéma 2.5) :

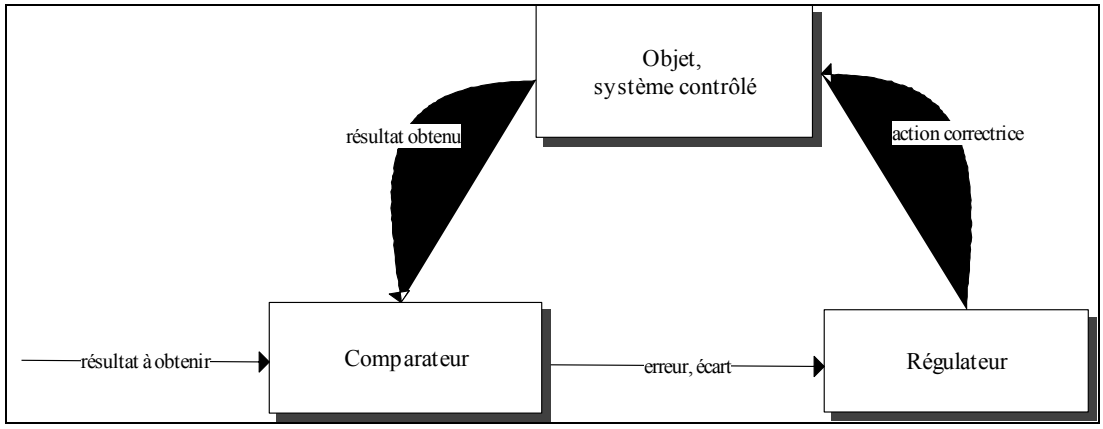


Schéma 2.5 : Boucle de régulation simple, Leplat, 2000

Le système contrôlé

Le système contrôlé a pour fonction de produire le résultat à obtenir, de mettre en place les procédures à réaliser.

Le comparateur

Le comparateur mesure l'écart entre le résultat à obtenir et le résultat précédemment obtenu. C'est un élément central du processus de régulation. Il doit connaître le but à atteindre ainsi que les résultats obtenus, et ce, afin de mettre en exergue les écarts entre les deux. Dans les cas simples, le comparateur n'a qu'à comparer le but et le résultat obtenu. Dans des cas plus complexes et dynamiques, il devra identifier l'écart entre un état actuel et un état cible, lui conférant un rôle de diagnostic, de la même manière qu'un médecin compare l'état actuel d'un patient (toux, fièvre par

exemple) et l'état à obtenir (absence de symptômes).

Le régulateur

Le régulateur définit les modes opératoires à mettre en oeuvre par le système contrôlé pour exécuter l'action. Il devra opérationnaliser les écarts identifiés par le comparateur. Pour le médecin, il s'agira de définir le traitement qui permettra au patient de passer de l'état de « malade » à l'état de « guéri ». Ce rôle de régulateur nécessite alors une bonne connaissance et expérience du domaine et du fonctionnement du système en place. Par exemple, les médecins ayant le rôle de régulateur aux appels du SAMU sont des médecins travaillant au service d'urgences de leur hôpital de rattachement, ou tout au moins suffisamment proches de ce service. Ils peuvent alors répondre à la demande du patient appelant, tout en prenant en compte l'activité du service d'urgences susceptible de l'accueillir. Ils pourront orienter le patient vers le centre de soins le plus approprié à son cas, en prenant en compte la pathologie et le système hospitalier, plus particulièrement le service d'urgences avec ses capacités à répondre de manière adéquate à la demande de l'appelant.

Dans cette vision, le modèle de Spérandio (1972) postule que l'opérateur peut réguler sa charge de travail en modifiant les processus mis en œuvre pour exécuter la tâche (schéma 2.6, flèche en pointillé). Si cette mesure ne suffit pas, ce sont les exigences de la tâche que l'opérateur pourra moduler (schéma 2.6, flèche en gras).

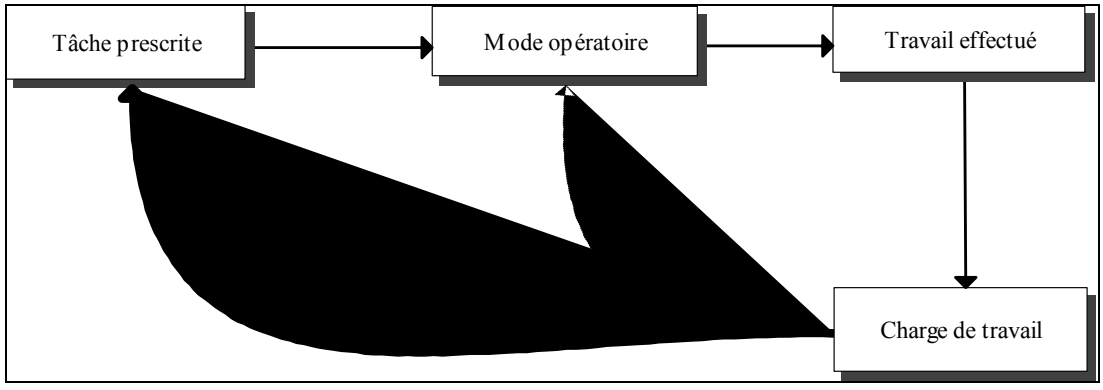


Schéma 2.6 : Schéma de la régulation du travail selon la charge de travail (Sperandio, 1972)

Les modulations apportées pourront concerner la rapidité d'exécution de la tâche, la diminution de l'importance accordée à des critères non essentiels, la priorité accordée dans certaines tâches qui peuvent être différées ou supprimées. Par exemple, les contrôleurs aériens chargés de l'atterrissage des avions réduisent le nombre de communications avec chaque pilote lorsque le trafic se densifie (Sperandio, 1972).

Les médecins des services d'urgences sont également soumis à de fortes variations de leur activité, notamment lorsque le nombre de patients en attente augmente rapidement, par exemple lors d'un accident avec plusieurs blessés. Leur charge de travail augmente de la même manière que celle des contrôleurs aériens. Pour faire face et soigner les patients le plus rapidement possible, ils devront modifier leurs processus opératoires comme aller directement à l'essentiel, avoir moins d'interactions avec les patients (ce qui peut être considéré comme un manque

relationnel et un comportement discriminatoire), mettre des priorités (la question de l'ordre de passage de patients présentant des pathologies de même gravité se pose) et parfois refuser certains patients (cas des SDF qui reviennent tous les jours sans raison médicale apparente).

2.3.4 Synthèse

La charge de travail représente un coût pour l'opérateur, à savoir les efforts qu'il doit mettre en place pour réaliser une tâche particulière. Ce concept a évolué pour proposer aujourd'hui un modèle de trois éléments influençant la charge de travail : la tâche, les circonstances de l'activité et l'opérateur.

La charge de travail peut être physique et/ou mentale (ou cognitive).

Pour évaluer la charge, les chercheurs ont mis au point différents outils. Les outils objectifs utilisent des mesures physiologiques ou la méthode de la double tâche. Les outils de mesures subjectifs évaluent la charge de travail perçue par l'opérateur. Ces outils sont plus pertinents car seul l'opérateur peut définir l'exigence qu'il ressent et les efforts qu'il met en place pour réaliser une tâche.

Un niveau trop élevé de charge de travail expose l'opérateur à différentes répercussions : stress, burn-out, risques d'accidents par exemple.

Pour prévenir ces menaces, des mécanismes de régulation sont mis en place afin de rester à un niveau de charge acceptable pour l'opérateur.

2.4. LA CHARGE DE TRAVAIL DES SOIGNANTS

La charge de travail dépendant de l'activité, nous allons exposer les facteurs de charge particuliers aux soignants puis leur impact sur l'activité : patients, soignants, institution.

2.4.1. Facteurs de charge

Pour Morris, Mac Neela, Scott, Treacy et Hyde (2007), la notion de charge de travail des infirmiers ne doit pas se limiter aux seuls soins administrés aux patients. Ils estiment que les activités de non-soins (constituant pourtant une partie du temps de travail plus ou moins importante selon les études : Estryn-Behar & Fouillot, 1990b ; Hobgood, Villani & Quattlebaum, 2005) présentent un impact sur la charge de travail.

Différents facteurs du travail ont un impact sur la charge de travail des soignants.

Facteurs organisationnels

L'organisation du travail contribue à l'augmenter selon divers facteurs. En effet, divers facteurs impliqués dans la charge de travail des soignants sont difficiles à contourner :

- importance du rôle administratif (des infirmiers : Blay, Cairns, Chisholm & O'Baugh, 2002 ; des médecins : Aulagnier & al., 2007),
- augmentation de leur niveau de responsabilité (Clayton, Entwistle, Pickering & Tune, 1999),
- rôle d'encadrement envers les étudiants (Edmond, 2001),
- ratio infirmiers-patients et la saturation du service (Lyneham et al., 2008),
- directives des médecins (Zweig & Lawhorne, 2001),
- ouverture de centres de santé de proximité (Pope, Chalder, Moore & Salisbury, 2005)
- pénibilité physique du travail (Estryn-Behar & Fouillot, 1990a)
- saturation d'un service d'urgences qui ne peut être empêchée car il ne peut pas se fermer lorsque sa capacité maximale est atteinte, il reste dans l'obligation d'accueillir tous les patients qui s'y présentent (Bertrand et al., 2000; Elchardus, Ganse & Grison-Curinier, 2005 ; Lyneham et al., 2008 ; Peneff, 1992 ; Potter, 2006).

Les outils et dispositifs utilisés semblent contribuer à l'augmentation de la charge de travail. Par exemple, les soignants ont des a priori négatifs à l'égard d'un nouveau logiciel (Kouri, Turunen & Palomaki, 2005), ou encore sur de nouveaux moniteurs de surveillance mobiles (Pinnock et al., 2006). Harris, Dolan et Fairbairn (2001) estiment que l'utilisation de portfolio de compétences pour évaluer les étudiants augmente la charge de travail des infirmiers tuteurs car ce dispositif d'évaluation est très coûteux en temps. L'organisation du travail est la cause privilégiée pour expliquer l'accroissement de la charge de travail.

Facteur patients

En revanche, l'impact des patients est peu étudié. Si l'intensité et la complexité technique d'un soin sont mises en cause dans l'intensité du travail (Morris et al., 2007), d'autres auteurs, avec une démarche d'étude sur du long terme, ont évoqué la charge dans le travail que représentent certains patients (par exemple les patients dépendants, les patients présentant une pathologie psychiatrique, les SDF, les violents, les perturbateurs, Peneff, 1992 ; Vega, 2000) ou la facilité liée à d'autres catégories (patients inconscients, affaiblis, Freidson, 1970).

Certaines caractéristiques des patients concourent à augmenter la charge de travail : la violence du patient (Jones & Lyneham, 2001 ; Ross-Adjié, Leslie & Gellman, 2007), la toxicomanie (Hoskins, Salmon, Binks, Moody et Benger., 2005). Les soignants estiment que s'occuper de patients confus augmente leur charge de travail car ceux-ci nécessitent du temps (surveillance, toilettes), demandent plus de soins physiques, et un investissement supplémentaire pour

qu‘ils soient coopératifs (par exemple les cajoler pour qu‘ils prennent leurs médicaments : Rogers & Gibson, 2002).

L‘agitation du patient, sa violence constituent également des facteurs de stress et d‘augmentation de la charge de travail.

La technique nécessaire pour traiter une pathologie ne suffit pas à expliquer l‘impact des patients sur la charge de travail des soignants. Le comportement du patient, plus ou moins « facile » à soigner, est également un facteur à prendre en compte. Les cas les plus « lourds » à gérer correspondent aux patients désocialisés (par exemple les SDF), ceux qui ont un comportement agité (sous l‘emprise d‘une substance ou non) et les personnes âgées pour qui trouver une place dans un service spécialisé relève du parcours du combattant.

Le modèle proposé par Morris et al. (2007) indique que la charge de travail dépend de deux grands facteurs :

- les activités de non-soins consistent dans les activités n‘étant pas vouées au patient : par exemple les tâches administratives, les réunions,
- les activités de soins comprenant les activités liées aux patients qui peuvent être :
    - directes : par exemple administrer un médicament, prendre la tension,
    - indirectes : par exemple réaliser une prescription, téléphoner pour trouver un lit pour un patient. La majorité du temps de travail des médecins comprend ces activités indirectes (Chisholm et al., 2006).

L‘activité de soins directs et indirects dépend :

- des compétences des soignants et de la complexité de leur activité,
- de la sévérité de la pathologie du patient qui va influencer la complexité de l‘activité et dont l‘effet sur l‘activité et la charge de travail dépendra de la compétence du soignant.
- du temps nécessaire pour effectuer un soin,
- du patient : comportement plus ou moins facile à gérer (un patient se laissant faire sera plus rapide à soigner qu‘un patient qui se débat), possibilité de communication avec le soignant (langue commune par exemple).

Ce modèle (schéma 2.7) résume l'activité de soignants.

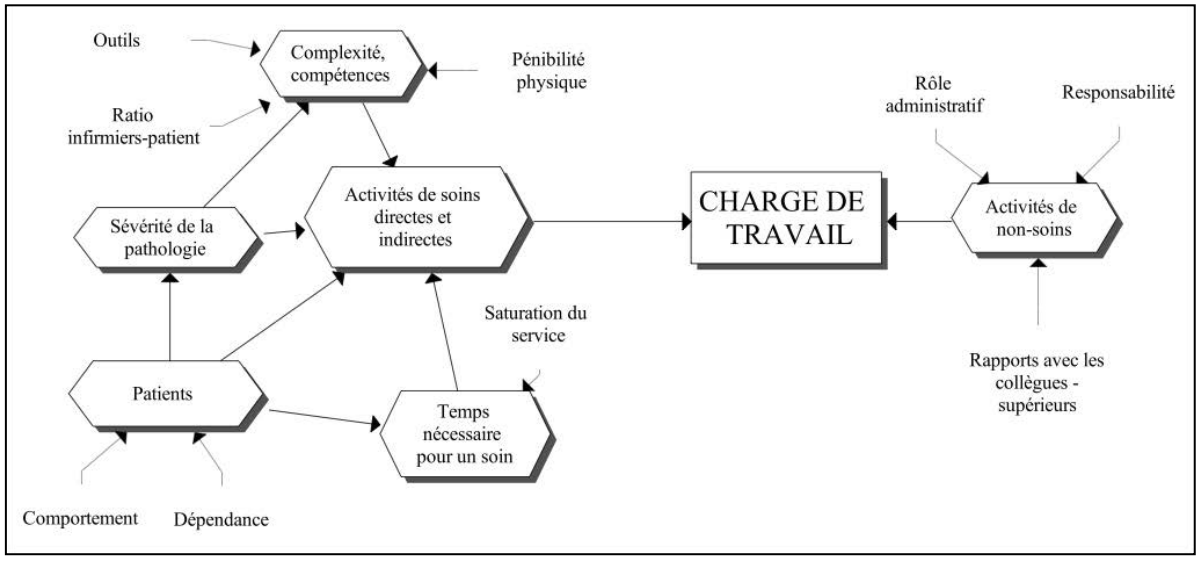


Schéma 2.7. Facteurs impliqués dans la charge de travail des soignants, d'après Morris, Mac Neela, Scott, Treacy et Hyde, 2007

Après avoir évoqué les éléments contribuant à augmenter la charge de travail des soignants, nous allons présenter les conséquences que peut avoir une surcharge de travail.

2.4.2. Conséquences de la charge de travail des soignants

Carayon et Grürses (2005) énoncent que la charge de travail a des conséquences sur 4 facteurs principaux : les patients, les familles des patients, les soignants, le facteur économique qui sera étendu au facteur institutionnel de manière à prendre en compte des éléments tels que le turn-over, les conflits au travail (Schéma 2.6).

Ces conséquences vont être exposées selon trois dimensions :

- la dimension utilisateur qui comprendra les effets de la charge de travail sur les usagers : patients et familles de patients,
- la dimension opérateur avec l'impact sur les soignants,
- la dimension organisationnelle avec les conséquences de la charge de travail sur l'institution.

2.4.2.1. Impact de la charge de travail pour les patients et leurs familles

La conséquence la plus grave d'une charge de travail trop élevée concerne l'impact sur les patients, notamment sur leur sécurité (Teng, Lotus Shyu, Chiou, Fan et Man Lan, 2010) et la mortalité (Carayon & Gürses, 2005). Les études montrent une augmentation de la mortalité des patients lorsque :

- le ratio soignants-patients est faible : une infirmière pour plus de 4 patients : Philbrook (2004) ; une infirmière pour au moins 3 patients en médecine et 4 patients en chirurgie : Sasicbay-Akkadechannunt, Scalzi et Jawad (2003) ; le surencombrement du service augmente la mortalité de 30 % : Sprivulis, Da Silva, Jacobs, Frazer et Jelinek, (2006) ; les soignants ont moins de temps pour réaliser les soins : Tarnow-,Mordi Hau, Warden et Shearer (2000),
- le niveau d'éducation des infirmiers est faible[4] : Callahan (2004),
- l'opération est urgente Vs facultative : Jibawi, Hanafy et Guy (2006),
- des tests physiologiques simples ne sont pas utilisés : Bell, Konrad, Granath, Ekbom, et Martling (2006).

La charge de travail est également impliquée dans les erreurs :

- les erreurs sont plus fréquentes lorsque l'infirmière a un nombre important de patients à gérer (retards dans l'administration de médicament, dans l'envoi de prélèvements au laboratoire) : Al Kandari et Thomas (2008),
- la charge de travail est un des principaux facteurs des erreurs médicales, notamment dans les erreurs de médicaments (médicament oublié ou administré en retard) : Borden et Lang (2001),
- les erreurs sont mises en cause dans près d'un incident sur deux : Beckmann, Baldwin, Durie, Morrison et Shaw (1998),
- les infections nosocomiales sont plus fréquentes lorsque la charge de travail est élevée (Vicca, 1999), lorsque les infirmiers ont en charge beaucoup de patients (Blatnik & Lesnicar, 2006 ; Philbrook, 2004).

Les relations avec les patients sont également affectées par la charge de travail des soignants qui effectuent moins de soins d'aide en fin de vie (Heaston, Beckstrand, Bond & Palmer, 2006) et communiquent moins d'informations aux patients, que ce soient des explications sur les médicaments (Latter et al., 2000) ou concernant des exercices à pratiquer (Abbott & Hotchkins, 2001).

---

[4] Aux Etats-Unis il n'existe pas un seul diplôme pour les infirmiers. En France, les infirmiers ont tous le diplôme d'Etat de 3 ans, alors qu'outre-Atlantique il existe trois diplômes différents : le « diplôme » d'une formation interne à un hôpital, le « Associate Degree in Nursing » dont la formation dure deux ou trois ans, correspondant aux formations françaises dispensées par l'Institut de Soins Infirmiers, et enfin le « Bachelor of Science Degree in Nursing » dont la formation dure trois ou quatre ans, qui comprend une formation supplémentaire en management et des soins infirmiers plus approfondis (Infirmiers.com http://www.infirmiers.com/la-formation-des-infirmieres-aux-usa, consulté le 10/01/11)

Les soignants, conscients de cette diminution de la qualité des soins, le regrettent. Ils estiment que les logiques de rendement ne leur permettent plus de prendre du temps pour les patients (Acker, 2010 ; Estryn-Béhar, 2008).

Les patients et leurs familles sont alors moins satisfaits par les soins reçus (Beckmann et al., 1998).

Dans le même sens, la charge de travail augmente les retards de diagnostics et de traitement (Cioffi, Salter, Wilkes, Vonu-Boricean &, Scott, 2006), le nombre de patients non-orientés vers un spécialiste (Bowles, Foust & Naylor, 2003).

2.4.2.2. Impact de la charge de travail pour les soignants

Concernant les soignants, la charge de travail contribue à augmenter les accidents du travail (Clarke, Rockett, Sloane & Aiken, 2002) ainsi que les Troubles Musculo-Squelettiques : la manipulation de patients génère des problèmes de dos (Engkvist, 2004 ; Morlock et al., 2000 ; Yeung, Genaidy, Deddens & Sauter, 2005) et de genoux (Menzel, Brooks, Bernard & Nelson, 2004). En outre, Lambert, Lambert et Ito (2004) indiquent que la charge de travail est le facteur principal prédisant la santé physique des soignants.

Sur le plan plus émotionnel, la charge de travail augmente les niveaux de stress :

- la charge de travail est liée à la confrontation à la souffrance des patients, à la présence des familles qui augmente le stress : Adeb-Saeedi (2002), Bratt, Broome, Kelber et Lostocco (2000),
- la charge de travail augmente le stress : Cazabat, Barthe et Cascino (2006), Chang et al. (2006),
- le stress vient de l‘environnement et de la charge de travail : Hillhouse et Adler (1997),
- le stress vient surtout de la violence envers le personnel, puis de la charge de travail : Ross-Adjie et al. (2007).

La charge de travail contribue également à l‘augmentation du burn-out des soignants

- les prédicteurs du burn-out sont : l‘âge, le statut au travail, les facteurs de stress au travail, la charge de travail, l‘expérience de la douleur et de la mort, les conflits, l‘ambiguïté des rôles, la personnalité : Garrosa, Moreno-Jimenez, Liang et Gonzalez (2008),
- la charge de travail corrèle positivement à l‘épuisement émotionnel : Greenglass, Burke et Fiksenbaum (2001), Cathébras, Begon, Laporte, Bois et Truchot (2004),
- la charge de travail agit sur l‘épuisement émotionnel et la dépersonnalisation : Lourel, Gana, Prud‘hommes et Cercle (2004),
- le burn-out s'explique par la charge de travail, l‘appui social, et l‘autorité de décision : Tummers, Van Merode, Landeweerd, Candel (2003).

Toutefois, la charge de travail n‘induit pas forcément l‘augmentation du stress : les moyens de régulation de l‘activité permettent de la réduire sans pour autant réduire le stress des infirmières. Elles estiment que ces moyens de régulation leur permettent de s‘économiser et donc elles culpabilisent vis-à-vis de leurs collègues (Cazabat, Barthe & Cascino, 2008).

La satisfaction au travail semble également diminuer lorsque la charge de travail augmente (Seo, Ko, Price, 2004).

2.4.2.3. Impact de la charge de travail pour l'institution

La charge de travail a également un impact sur l‘institution, de par les conséquences engendrées au niveau des patients et des soignants : les erreurs médicales génèrent des plaintes ; les accidents du travail, les TMS, le burn-out des soignants supposent une adaptation des plannings, une embauche de personnel.

La charge de travail augmente le turn-over des soignants (Chen, Chu, Wang & Lin, 2008) et diminue la performance atteinte (Frost, Crawford, Mera & Chappel, 2003). Pour les infirmières avec un niveau faible de formation (c.f. note de bas de page 4), la charge de travail augmente l‘absentéisme (Rajbhandary & Basu, 2010). Ces effets génèrent un coût financier, temporel, matériel ou humain au niveau de l‘institution.

Le schéma 2.6 reprend les facteurs et conséquences de la charge de travail, adaptés du modèle de Carayon et Gürses (2005). La charge de travail peut venir de trois grandes causes :

- liée à la tâche : performance à atteindre, exigence de la tâche,
- liée aux obstacles et facilitateurs de la performance : circonstances, opérateurs,
- liée au patient : comportement, état du patient, problèmes de communication, problème financier.

En contrepartie, la charge de travail des soignants présente diverses conséquences : pour le patient (mortalité, infections nosocomiales, retard de diagnostic et de traitement, non-orientation chez un spécialiste), pour la famille du patient (satisfaction/insatisfaction de la prise en charge du patient), pour les soignants (accidents du travail, TMS, stress, burn-out) et enfin pour l‘institution (turn-over, absentéisme, diminution de la performance).

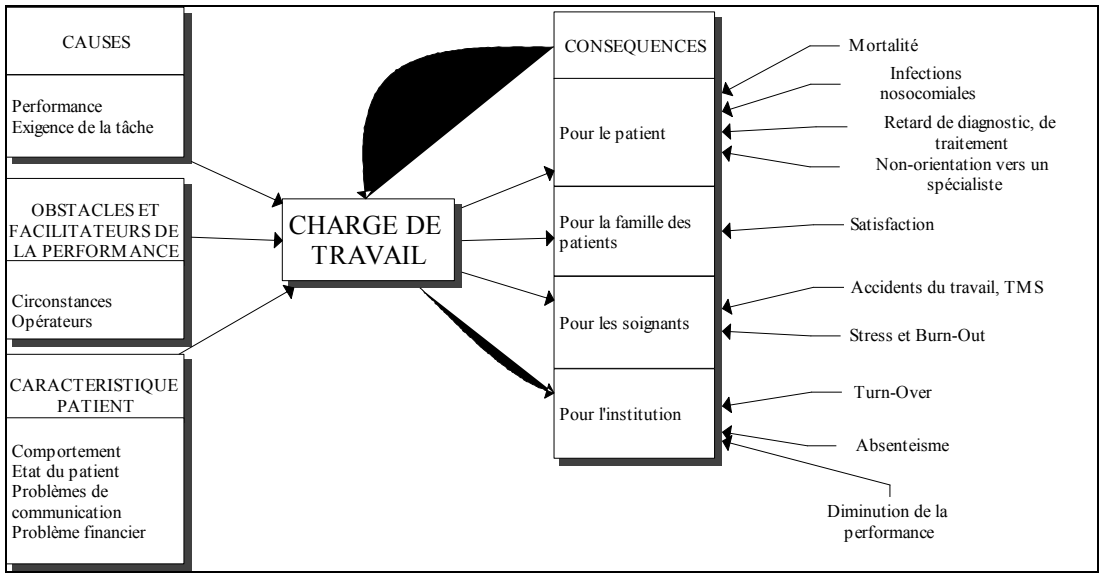


Schéma 2.8. Conséquences de la charge de travail, adapté de Carayon et Gürses, 2005

2.4.3. Synthèse

Les facteurs de charge de travail des soignants viennent de l'organisation du travail : administratif, encadrement d'étudiants, ratio infirmiers-patients, outils et dispositifs techniques. Les patients contribuent également à augmenter la charge de travail des soignants. Au-delà de la pathologie plus ou moins technique et complexe, leurs comportements accroissent la charge perçue par les soignants : un patient confus nécessite une surveillance particulière.

La charge de travail des soignants dépend des activités de soins directs et indirects ainsi que des activités de non-soins.

Une surcharge de travail se traduit entre autres :

- au niveau du patient : augmentation de la mortalité, erreur de médicaments, augmentation des infections nosocomiales,
- au niveau du soignant : Troubles Musculo-Squelettiques, augmentation des accidents du travail, des niveaux de stress,
- au niveau de l'institution : augmentation du turn-over, de l'absentéisme.

2.5. LIEN ENTRE CHARGE DE TRAVAIL ET DISCRIMINATION

Déjà en 1991, Turncok (cité par Llenore & Ogle, 1999) proposait des modifications dans la relation soignant-soigné en lien avec la charge de travail. Pour lui, les infirmières se protégeaient du stress lié à la rencontre avec le patient en diminuant les interactions avec celui-ci.

Gonzalez et Weill-Fassina (2005) montrent que les auxiliaires de

puériculture régulent leur surcharge de travail en restreignant les interventions à caractère pédagogique avec les enfants (par exemple enseigner la politesse), les interventions relationnelles encourageantes (par exemple complimenter un enfant). Ils observent également une augmentation des interventions visant à la sécurité des enfants. Etre en situation de surcharge de travail, ici avec un taux défaillant d'encadrement des enfants, module l'activité des auxiliaires qui doivent s'adapter à une agitation plus importante des enfants, augmentant les risques de blessures ou « chamailleries » entre eux. Ici, l'aspect relationnel est délaissé afin de se concentrer sur l'aspect sécurité, modifiant alors la qualité de la prise en charge des enfants.

Certaines conséquences de la charge de travail se rapprochent de certains comportements discriminatoires dans les soins. Les retards de diagnostics, traitements, examens, la non-orientation vers un spécialiste entraînent des retards aux soins et une différence d'accès aux soins en termes de prescriptions, d'examens complémentaires et de préventions. Nous rejoignons alors les conclusions et propositions de Burgess (2010), qui postule que la charge de travail contribue à l'augmentation des disparités raciales. Cette auteure estime que cette contribution se place sur deux niveaux :

- une charge de travail élevée va prendre les ressources cognitives nécessaires à la réalisation d'une tâche. Les opérateurs vont utiliser des raccourcis cognitifs pour décider des modes opératoires à mettre en place (Hamilton, 1981, cité par Peeks et al., 2010a). La réussite de celle-ci s'en trouve affectée, entravée. Nous pouvons évoquer ici le cas des pathologies exotiques diagnostiquées pour des patients d'origine étrangère (Moulin et al., 2005) alors même qu'ils n'ont jamais quitté le sol français,
- les automatismes, peu coûteux en efforts et effectués de manière inconsciente, ne sont pas affectés par la surcharge d'une activité.

La charge de travail peut contribuer à favoriser l'apparition de discriminations/disparités dans les soins.

Todorov, Harris et Fiske (2005) rappellent la motivation nécessaire et le coût cognitif que représente le contrôle des processus mis en oeuvre dans l'utilisation des stéréotypes.

De la même manière que Bradby (2010) expose que l'exposition à des conditions stressantes augmente l'utilisation de raccourcis cognitifs, comme les stéréotypes, pour faciliter la prise de décision, Burgess (2010) considère que la charge de travail est un facteur entravant les processus permettant de neutraliser les stéréotypes afin de conserver un comportement neutre.

Elle estime que « *sous une charge cognitive élevée, les décisions médicales et les comportements interpersonnels sont plus facilement influencés par les stéréotypes raciaux* », menant à des disparités pour les patients de minorités raciales (Burgess, 2010, p247, traduit par nos soins).

La charge de travail influe sur la prise en compte des stéréotypes envers un groupe (Parent, Ward & Traci, 2007) et donc le comportement vis-à-vis du groupe pourra en être affecté. Cette conception permettrait également d'expliquer les discriminations subies par les SDF, population fortement marginalisée (Vega, 2000).

En revanche, les discriminations pour raisons économiques, comme envers les patients CMUc et AME, ne peuvent s'expliquer par la charge de travail. Même si les soignants ont des stéréotypes à l'égard de ces patients (par exemple : l'image de patients irrespectueux ne prévenant pas pour annuler un rendez-vous, Softic & Fontaine, 2002 : l'idée erronée que les bénéficiaires ne travaillent pas : Desprès & Naiditch, 2006), les explications financières des refus de soins semblent plus vraisemblables.

Il semble alors opportun d'étendre la vision des discriminations dans les soins vers une conception plus globale, prenant en compte le système dans son ensemble. En effet, nous avions déjà évoqué l'idée que la discrimination dans les soins pouvait résulter de la charge de travail et être vue comme un régulateur de l'activité afin de la réduire, ou au moins la conserver à un niveau « acceptable » pour les soignants.

La plupart des études anglo-saxonnes considèrent les disparités de soins en fonction des différences raciales entre le soignant et le patient, en considérant les différences d'examens diagnostics proposés et les différences de traitement (voir partie 2.2.3.2). Les études françaises évoquent d'autres facteurs de disparités de soins, tels que la marginalisation des SDF (Vega, 2000). La discrimination pourrait être liée à l'augmentation de la charge de travail. Toutefois, d'autres facteurs que l'ethnie ou la marginalisation du patient contribuent à augmenter cette charge de travail : par exemple le comportement agressif, violent, revendicateur (Potter, 2006). Il semble alors que pour appréhender le lien éventuel entre discrimination et charge de travail, les difficultés apportées par le patient doivent être prises en compte : les caractéristiques psycho-sociologiques définies (telles que l'ethnie, être SDF ou non), les comportements (agité, violent).

La discrimination dans les soins pourrait provenir de trois processus principaux (schéma 2.9) :

- la charge de travail (flèche trait plein) a un impact sur l'activité, l'organisation, les soignants et les patients en terme d'augmentation entre autres des erreurs médicales, dans la dimension relationnelle de la prise en charge (moins d'explications fournies aux patients, moins d'informations sur leur traitement, qualité des soins perçue de manière inférieure). Certains de ces comportements peuvent être considérés comme étant un abaissement de la prise en charge par une déficience dans le traitement dispensé (cf partie 2.2.3.2). La discrimination était définie dans la partie 2.1 en tant qu'application d'un comportement différent, ici la qualité du soin, selon un ou plusieurs critères illégitimes. Les conséquences de la charge de travail et l'illégitimité des différences de soins observées selon celles-ci seront étudiées,
- les caractéristiques des patients (flèche en pointillé) : la discrimination étant dirigée envers les membres d'un exogroupe, le facteur patient paraît le plus à même de générer des discriminations. Nous avons évoqué précédemment diverses catégories de patients qui paraissent les plus visées par la discrimination. Nous souhaitons étudier quels sont les critères qui génèrent de la discrimination, et de quelle manière celle-ci s'exprime,

- le patient comme générant une charge de travail plus élevée (flèche en gras) : nous avons vu que certains patients augmentent la charge de travail des soignants (les dépendants, les désocialisés par exemple). Il semble alors pertinent d'observer si les patients augmentant la charge de travail génèrent une discrimination, et si celle-ci se manifeste de la même manière pour la charge de travail seule ou le patient seul, s'il s'agit d'une combinaison des discriminations observées dans ces deux conditions ou encore d'autres types de comportements.

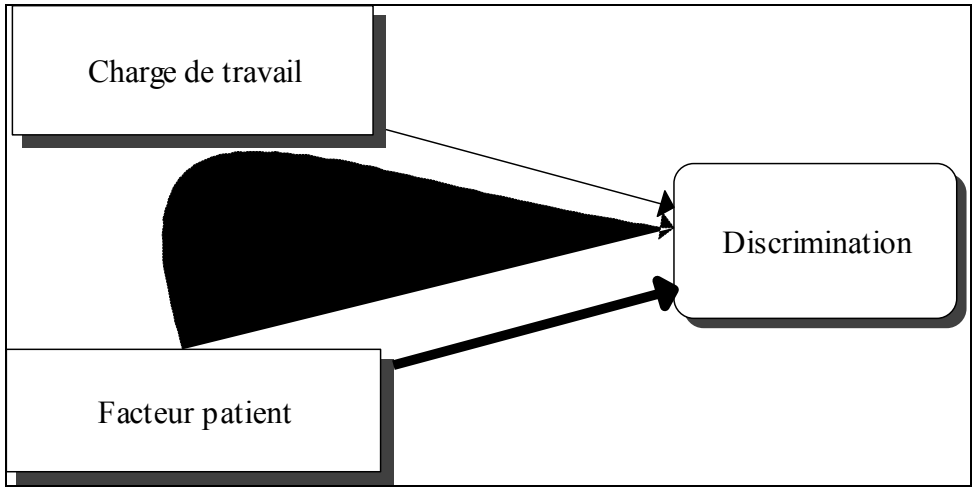


Schéma 2.9 : Discrimination dans les soins selon la charge de travail et le facteur patient

En accord avec Burgess (2010), nous soutiendrons l'hypothèse que la discrimination est une dimension de la charge de travail et réciproquement. La combinaison de ces deux orientations, et l'utilisation d'une méthode pluriméthodologique, alliant par exemple, observations de situations, prise en compte des caractéristiques des patients (âge, origine ethnique par exemple), mesure de l'activité (flux de patients par exemple), de la charge de travail et des stéréotypes des soignants, nous semble un moyen de valider, ou non, l'idée émergente de la charge de travail comme facteur de discrimination.

2.6 PLACE DU PATIENT EN MILIEU MEDICAL

Le contexte médical constitue en la rencontre entre un soignant et un patient en souffrance. Cette rencontre est spécifique de par le niveau d'expertise du médecin et le caractère plus ou moins profane du patient. Celui-ci « *ne sait pas interpréter les misères dont il souffre comme le font les personnels qui le soignent, de même qu'il n'est guère capable d'évaluer correctement le traitement qu'il subit* » (Freidson, 1970, p131).

Même si les ajustements des soignants et les négociations avec le patient sont constants, les patients sont standardisés : tenue d'hôpital, position allongée, rites religieux pas forcément possibles, perte de sa culture (particulièrement difficile pour les patients migrants qui peuvent ressentir une perte de leur identité voire se sentir

agressés lorsque leurs valeurs culturelles et personnelles ne sont pas prises en compte et respectées par les soignants et l'institution) (Barret & Robelet, 2010).

Ils doivent se conformer à un système dont ils ne connaissent pas, ou peu, le fonctionnement (Le Breton, 1994), ce qui est encore plus marqué dans les services d'urgences : l'ordre de passage des patients ne correspond pas à leur ordre d'arrivée mais à la gravité de leur pathologie (Dodier & Camus, 1997).

Alors qu'à l'hôpital les soignants doivent partager leur temps entre plusieurs patients qu'ils voient alternativement plusieurs fois par jour lorsque c'est médicalement justifié (donner un médicament à heure fixe, changer un pansement), les patients ont une vision plus égocentrée de leur situation (Dodier & Camus, 1997). Cette différence de point de vue, cette incompréhension que les patients ont du fonctionnement du service dans lequel ils sont, peut générer de l'agressivité, de la violence de leur part, ce qui apparaît de manière plus accrue dans les services d'urgences qui présentent un fonctionnement encore plus nébuleux pour les extérieurs (Elchardus et al., 2005) qui se sentent frustrés du temps d'attente qu'ils ne comprennent pas forcément (Jones & Lyneham, 2001 ; Lyneham, 2001).

Selon le point de vue des professionnels de santé, les patients sont divisés en deux catégories : les « bons » vs les « mauvais » patients.

Le « bon » patient

Le « bon » patient est jeune, installé socialement, plutôt aisé et présente une pathologie unique, il est discret, peu demandeur, courageux et obéissant (Vega, 2000). Le ~~"b~~on" malade est coopératif et collaborateur avec les équipes (Giami, Veil, Samalin-Amboise, Veil-Barat, Groupe RITS, 1994) ou inconscient car il se laisse faire sans poser de problème à l'équipe (Freidson, 1970).

Le « mauvais » patient

A l'opposé, le « mauvais » patient est une catégorie correspondant aux patients pour lesquels le soignant « *ne peut exercer son rôle de soignant curatif* » (Vega, 2000, p 113). Il s'agit des personnes habituellement stigmatisées dans la population et qui nécessitent une prise en charge importante en soins techniques et relationnels, augmentant la charge de travail : SDF, toxicomanes, alcooliques, grabataires, maghrébins, patients atteints du VIH (Vega, 2000), mais également le patient qui se plaint constamment, qui ne fait pas d'efforts de participation, les « râleurs » (Peneff, 1992).

Plus la charge de travail augmente, plus les soignants utilisent ce type d'étiquetage pour catégoriser le patient de « mauvais » (Vega, 2000)

Patients atteints du VIH

Concernant les patients atteints du VIH, Giami et al. (1994) exposaient déjà une hiérarchisation des contaminés en opposant le coupable responsable de sa contamination (par exemple échange de seringues) à la victime (par exemple transfusion de sang contaminé), même si la confrontation avec les patients peut changer ces préjugés. Ainsi le patient homosexuel qui collabore avec les équipes ne sera pas considéré difficile, autrement que par les précautions techniques à prendre pour éviter une contamination, alors que le patient s'il est toxicomane véhiculera une image négative.

Patients toxicomanes

Les toxicomanes sont des patients considérés comme des tricheurs qui ne respectent pas les règles, ne coopèrent pas à leur traitement. Les soignants se méfient (Kelleher, 2007 ; Moskowitz, et al., 2011), hésitent à leur prescrire des médicaments qu'ils pourraient potentiellement revendre, d'autant qu'ils ont des difficultés à estimer si un patient a réellement besoin d'antalgique ou s'il s'agit d'un

toxicomane venant chercher une dose (Hamdan-Mansour, 2011).

Patients SDF

Le patient SDF qui souillera la salle d'attente devient un patient à éviter. Ces patients viennent également pour fuir ―l'enfer de la rue", ils cherchent un toit pour la nuit, un repas. Parfois ils vont tenter de masquer cette demande en prétendant venir pour une raison médicale. Quand les soignants s'en rendent compte, des conflits peuvent alors apparaître (Benoist, 2008), augmentant encore le gouffre qui sépare le SDF de la prise en compte de sa santé. De plus, les patients SDF augmentent la charge de travail des soignants qui doivent nettoyer les locaux après leur passage. Or, si le soin est "une activité noble, reconnue et valorisée socialement" (Lhuiller, 2005, p 83) et que les soignants sont fiers d'exercer (Estryn-Béhar, 2008), en revanche, les tâches de nettoyage contribuent à établir les positions sociales au sein de l'organisation : « *déléguer un sale boulot est une pratique commune. Beaucoup de tabous concernant la propreté, et peut-être même beaucoup de scrupules moraux, dépendent, dans la pratique, du succès avec lequel l'activité taboue est rejetée sur quelqu'un d'autre* » (Huges, 1951, cité par Luiller, 2005, p 78). Celui qui nettoie a une position sociale très faible par rapport aux autres membres de l'équipe, les soignants tenteront d'éluder cette activité au maximum (Lhuiller, 2005, Peneff, 1992).

Patient ne parlant pas français

Les patients ne parlant pas la même langue que le soignant sont également qualifiés de ―mauvais" patients (Peek, Baird & Coleman, 2009) dont la prise en charge sera modifiée (Carrasquillo et al., 1999 ; Ngo-Metzger et al., 2007).

Le syndrome « méditerranéen »

Les patients maghrébins sont placés dans la catégorie des « mauvais malades » notamment en prenant en compte ce que les soignants ont baptisé le « syndrome méditerranéen » (Vega, 2000). Il s'agit de la manière dont les soignants estiment que ces patients originaires d'Afrique du Nord expriment bruyamment leurs douleurs. Les soignants ne prendront pas en compte leurs plaintes qu'ils estiment excessives voire simulées (Carde et al., 2002). Ce syndrome se manifeste notamment par le remplacement d'un symptôme par un autre, des plaintes multiples, des maux diffus, de l'anxiété, des protestations, un sentiment de persécution, des crises de nerfs, de paranoïa, de l'hystérie (Vega, 2000), autant de manifestations qui complexifient le travail des soignants : comment, dans une multiplicité de plaintes, identifier celles qui sont liées à la pathologie et donc permettent un diagnostic ?

Toutefois, pour les anthropologues (Vega, 2000), le syndrome méditerranéen pourrait être une étiquette que les soignants posent pour stigmatiser un comportement alors qu'il s'agit plus simplement d'une incompréhension interculturelle de la manière dont les membres d'une autre culture vivent leur maladie et l'expriment différemment, en comparaison de la manière dont les Français vivent leurs pathologies.

L'utilisation de ces étiquettes, également observables lorsque les soignants qualifient les SDF de « fous », d'« enfants », de « sauvages », paraît un moyen de rassurer le soignant sur sa propre identité (Benoist, 2008) dès lors que la confrontation à un autre être humain met en péril la représentation que les soignants ont d'eux-mêmes. Nous nous trouvons ici dans le processus de comparaison intergroupe tel que défini dans la Théorie de l'Identité Sociale de Tajfel, évoqué dans la partie 2.1.1.3.

3 catégories de patients aux urgences

Peneff (1992) propose également une catégorisation des patients aux urgences en trois classes :

- les patients « sérieux » : correspondant aux cas graves présentant un besoin technique et médical élevé,
- les patients « habitués » : cette catégorie englobe trois sous-groupes :
  - ceux nécessitant des actes fatigants et difficiles à contrôler : par exemple les toxicomanes, ceux qui font des tentatives de suicide à répétition à qui les soignants devront effectuer un lavage d'estomac, mais également les patients alcooliques, alcoolisés, instables, irritables, violents
  - ceux nécessitant une surveillance particulière, notamment lors de pathologies psychiatriques
  - les « râleurs » qui compliquent le travail si leur côté revendicateur et colérique n'est pas contrôlé
- les « gentils » qui subissent les examens sans se plaindre mais également ceux amenés par la police (délinquants, suspects, prisonniers).

Première catégorie : les patients sérieux

Dans cette typologie, les patients sérieux nécessitent une compétence médicale élevée. Les soignants sont donc susceptibles de percevoir une charge de travail importante dans le diagnostic et les soins.

Deuxième catégorie : les habitués

La classe des patients habitués comprend des patients surchargeant le soignant. Le patient violent, revendicateur devra être calmé, géré. Les toxicomanes en crise, les patients psychiatriques supposent une activité différente. Le soignant devra porter son attention sur cette gestion du patient avant même de s'intéresser aux soins. Ces tâches supplémentaires dans l'activité peuvent mener à une augmentation de la charge de travail.

Troisième catégorie : les gentils et les délinquants

La troisième classe regroupe à la fois les patients faciles à gérer et les patients délinquants. Lors du soin des premiers, le soignant peut se focaliser sur l'activité médicale. En revanche les seconds peuvent moins se laisser faire et donc devenir agités, violents. Dans ce cas, ils sont assimilables aux « râleurs » et génèrent une surcharge de l'activité menant à une augmentation du sentiment de charge de travail.

Le patient influe sur la charge de travail perçue par le soignant :

- le cas sérieux mobilisera les compétences techniques de l'opérateur,
- le « râleur » supposera la mobilisation de compétences relationnelles avant de pouvoir être ausculté/soigné,
- le patient « gentil » qui se laisse faire sera le plus facile et donc celui qui augmentera le moins la charge de travail du soignant.

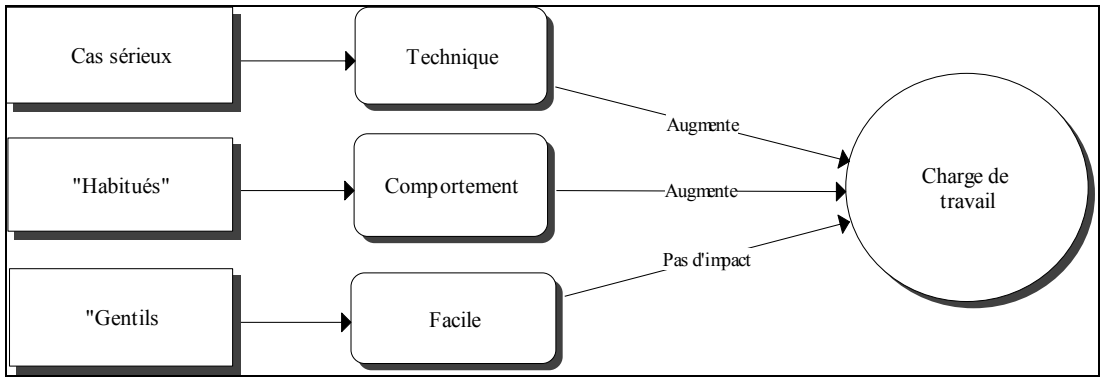


Schéma 2.10 : Typologie des patients selon leur impact sur la charge de travail

Les cas sérieux sont une source de stimulation intellectuelle pour les soignants.

Les patients « habitués » présentent un comportement marginal (violent, râleur, revendicateur, agité, agressif) qui nécessitent des soins techniques et relationnels supplémentaires augmentant la charge de travail des soignants (Lyneham, 2001 ; Vega, 2000). En contrepartie, les soignants se mobilisent peu pour ces patients (Dodier & Camus, 1997). Ces patients réguliers ne sont pas les plus appréciés des soignants qui préfèrent des patients ―neufs" avec une prise en charge rapide (Danet, 2008) par exemple un sportif venant pour une jambe cassée.

Les patients « gentils » ont un comportement facile qui n'augmentera pas la charge de travail des soignants. Par exemple, le ―bon" homosexuel qui va collaborer avec les équipes soignantes (Giami et al., 1994).

2.7 SYNTHESE GENERALE DE LA THEORIE

Dans cette partie théorique, nous avons envisagé une définition de la discrimination issue des approches juridico-administratives et psychosociales. La discrimination correspond à un comportement illégitime observable envers une personne qui possède ou donne l'impression de posséder une ou plusieurs caractéristiques défavorisées par le discriminant.

Les discriminations en milieu médical présentent des formes particulières : refus de soins et variations dans les soins. Les différences de prises en charge des soins sont évoquées pour justifier des refus de soins à l'encontre des patients CMU, AME, plus importants lorsqu'il s'agit de soins hors convention.

Dès lors, d'autres causes de la discrimination peuvent être envisagées : ici les problématiques financières.

Cependant, d'autres voies sont explorées, telles que le niveau de charge cognitive (Burgess, 2010).

La charge de travail, telle qu'étudiée en psychologie du travail et en ergonomie, devient une piste d'investigation prise en compte.

Enfin, les processus de régulation de l'activité peuvent générer des comportements considérés discriminatoires.

3- PROBLÈME ET MÉTHODE

« Nous avons à Paris un Hôpital unique en son genre : cet Hôpital est l'Hôtel-Dieu ; on y est reçu à toute heure, sans acceptation d'âge, de sexe, de pays, de religion ; les fiévreux, les blessés, les contagieux, les non-contagieux, les fous susceptibles de traitement, les femmes et les filles enceintes y sont admis : il est donc l'Hôpital de l'homme nécessiteux et malade, nous ne disons pas seulement de Paris et de la France, mais du reste de l'Univers.

Ses portes, comme les bras de la Providence, sont toujours ouvertes à ceux qui viennent s'y réfugier. La mesure de ses revenus n'est pas celle des secours qu'il procure, ce sont les besoins du pauvre ; on vend les fonds, si les revenus se trouvent insuffisants, comme il arrivera en 1709. Les ressources de cette Maison sont inépuisables et précieuses à conserver : elles résident dans cette sensibilité sans bornes de la Nation, sensibilité qui l'entraîne naturellement aux actions libres et généreuses, elles sont dans la fortune publique, dans celle des citoyens riches, qui ne lui ont jamais manqué. »

Tenon, Mémoires sur les hôpitaux de Paris, 1791

Idées clés du chapitre

Cette partie vise à indiquer le cadre général de cette thèse. Dans une première partie, nous exposerons la problématique et les hypothèses générales. Le contexte et les terrains d'études seront présentés dans une deuxième partie. Enfin, nous indiquerons dans une troisième partie le cadre méthodologique utilisé.

3.1 PROBLEMATIQUES ET HYPOTHESES

Cette première partie vise à introduire la problématique générale puis les hypothèses générales liées à chaque étude sur lesquelles se fonde notre recherche. Un modèle récapitulatif de ces hypothèses sera ensuite exposé.

3.1.1 Problématique générale

L'objet de cette étude est de comprendre un phénomène particulier, la discrimination dans les soins.

Le domaine de la psychologie sociale considère plusieurs origines de la discrimination :

- la personnalité de la personne discriminante : théorie de la personnalité autoritaire (Adorno et al., 1950), idéologie de dominance sociale

(Bourhis & Montreuil, 2004)

- la rencontre intergroupe : théorie des conflits réels (Shérif, 1966), paradigme des groupes minimaux (Tajfel et al., 1971), sécurisation de l'identité sociale (Smith & Mackie, 2007).

Le milieu médical est un domaine d'étude particulier : les professionnels ont pour vocation d'aider l'autre (Perrault-Solivers, 2010). Les théories de dominance sociale, d'autorité, de conflits paraissent contradictoires avec la volonté d'aide des professionnels de la santé.

Les explications psychosociales des discriminations ne semblent alors pas suffisantes pour expliquer tous les contextes de discrimination. Les refus de soins des libéraux envers les patients CMUc/AME s'expliquent par des préoccupations de rentabilité économique du cabinet (Boisguérin & Pichetti, 2008 ; Desprès & Naiditch, 2006 ; Desprès et al., 2009 ; Softic & Fontaine, 2002).

En revanche, en contexte hospitalier, les soignants n'ont pas à gérer la comptabilité de l'institution. Les arguments économiques ne devraient pas être pris en compte par les soignants. Les discriminations dans ce contexte ne peuvent s'expliquer par le système d'assurance du patient. D'autres facteurs doivent être présents pour expliquer les discriminations, y compris les causes étudiées en psychologie sociale (partie 2.1).

Les patients constituent parfois une difficulté supplémentaire dans le travail, par exemple lorsqu'ils ne parlent pas français, lorsqu'ils sont violents. Les soignants doivent alors modifier leur activité pour s'adapter à ces difficultés. Ces adaptations de l'activité pourraient alors être considérées par les patients comme de la discrimination.

Les arguments liés aux difficultés que représentent les patients sur le travail des soignants amènent à envisager que le travail, l'activité entre en jeu dans la discrimination.

Burgess (2010) propose que la discrimination des soignants envers les patients peut être augmentée par la charge cognitive ressentie durant l'activité. Cette auteure considère que la discrimination va apparaître plus favorablement lorsque les ressources cognitives d'un soignant seront fortement sollicitées. Dans ces circonstances, la personne éprouvera des difficultés à empêcher la manifestation de ses préjugés et stéréotypes envers certains patients (essentiellement noirs et hispaniques dans les études nord-américaines).

Que les discriminations soient envisagées en tant que conséquence de mécanismes de régulation de l'activité ou comme l'expression des stéréotypes, il semble envisageable que la charge de travail puisse générer, sinon augmenter, l'apparition de discrimination de la part des soignants envers certains patients.

Les discriminations seront ici étudiées en tenant compte de l'activité des soignants, et notamment en comparant leur activité selon différents niveaux de charge de travail.

3.1.2 Hypothèses générales

Nous allons présenter les hypothèses générales selon les différentes études

menées puis un modèle récapitulatif de ces études. Les hypothèses opérationnelles seront précisées dans la présentation détaillée de chaque étude.

3.1.2.1. Première étude : prise en compte du système de soin libéral vs hospitalier

Cette première étude a pour objet de comparer le secteur libéral et le secteur hospitalier dont les conditions d'activités sont différentes. Bien que dans les deux cas les soignants veulent aider leurs patients, les libéraux doivent gérer un cabinet et se positionnent en chefs d'entreprise responsables de la viabilité économique de leur cabinet, ce qui n'est pas le cas des hospitaliers.

Cette préoccupation financière est la base des arguments économiques dans les cas de discrimination envers les patients CMUc-AME. Par conséquent, il semble que ces arguments peuvent être spécifiques au secteur libéral et absents du système hospitalier.

Pour autant, les discriminations ne sont pas absentes du secteur hospitalier. Elles doivent alors trouver leur origine dans d'autres facteurs que ceux liés à l'économie.

L'une des spécificités de l'hôpital est le devoir d'accueil de tous les patients qui s'y présentent. Alors qu'un médecin libéral a une clientèle régulière, relativement stable et homogène (habitants d'un quartier précis), les hospitaliers ont une population beaucoup plus large. Cette diversité des patients peut mener à des difficultés dans le travail, par exemple lorsque se présentent des patients ne parlant pas français, des SDF, des toxicomanes, qui fréquentent rarement (voire pas du tout) les cabinets libéraux.

H1 : les libéraux justifieront la discrimination par des arguments financiers.

H2 : les hospitaliers évoqueront des difficultés que les patients représentent dans leur travail pour justifier la discrimination

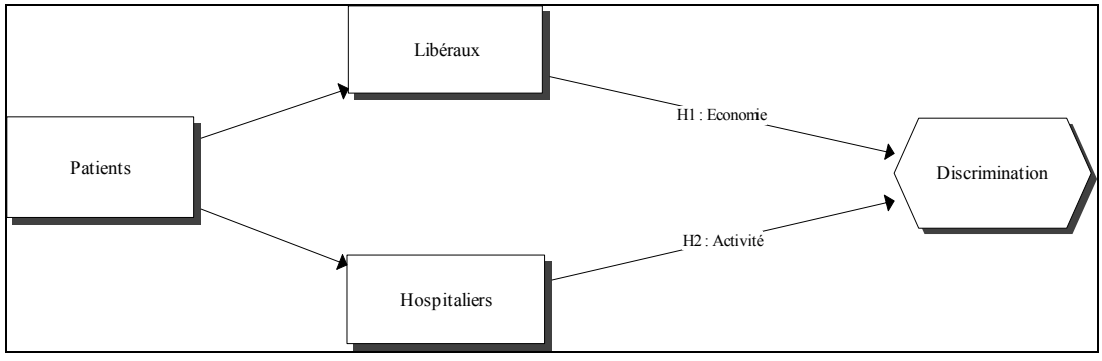


Schéma 3.1 : Présentation des hypothèses générales 1 et 2 : la conception des discriminations en milieu médical est différente selon le secteur d'activité

3.1.2.2. Seconde étude : les difficultés dans l'activité induites par les patients

Cette seconde étude sera centrée sur le contexte hospitalier, plus précisément les services d'urgences, les difficultés dans le travail, et notamment les difficultés apportées par le patient.

La partie 2.6 a permis de présenter l'influence que peut avoir le patient sur la charge de travail, en termes de compétences techniques, de comportements difficiles à gérer.

La place du patient dans la difficulté du travail n'est plus à démontrer : un soignant ne ressentira pas le même niveau de difficulté face à un patient violent qu'il faut calmer que face à un patient docile. De la même manière, il ne percevra pas un même niveau de difficulté face à un patient venant pour un AVC que face à un patient venant pour une entorse.

Dans le premier cas, c'est le comportement du patient qui augmente la difficulté du travail, dans le second c'est la complexité technique.

Nous souhaitons préciser ce point : quelles sont les difficultés amenées par le patient ? Les soignants ressentent-ils une activité plus difficile selon la complexité technique ou selon le comportement des patients ? Est-ce le comportement du patient qui augmente le sentiment de difficultés ou son appartenance à un groupe précis, et dans ce cas à quel groupe (par exemple : toxicomane, patient psychiatrique, détenu, SDF) ?

Nous proposons d'opposer ici le comportement du patient (calme vs agité, agressif, violent par exemple) à ses groupes d'appartenance.

Nous qualifierons de « caractéristiques psychosociales stigmatisées » (CPS) les groupes d'appartenance du patient qui peuvent augmenter la difficulté au travail :

- catégories sociologiques : âge (dépendance des personnes âgées, difficulté à trouver une place dans un service), étranger ou d'origine étrangère (discrimination envers un membre d'un exogroupe, difficultés linguistiques et/ou culturelles),

- appartenance à des groupes marginalisés : SDF (désocialisation, gestion de l'attente vis-à-vis des autres patients), toxicomane (agressif, inconscient), alcoolique, alcoolisé (désorienté, agressif), patient psychiatrique (gestion différente).

Pour la suite de ce travail, nous parlerons de patients CPS+ lorsqu'il s'agit de patients appartenant à au moins un groupe évoqué ci-dessus, et de patients CPS- lorsqu'il s'agit de patients n'appartenant à aucun de ces groupes, ne présentant aucune de ces caractéristiques.

H3 : les soignants évoqueront plus les comportements des patients que leurs caractéristiques psychosociales stigmatisées pour expliquer les difficultés au travail.

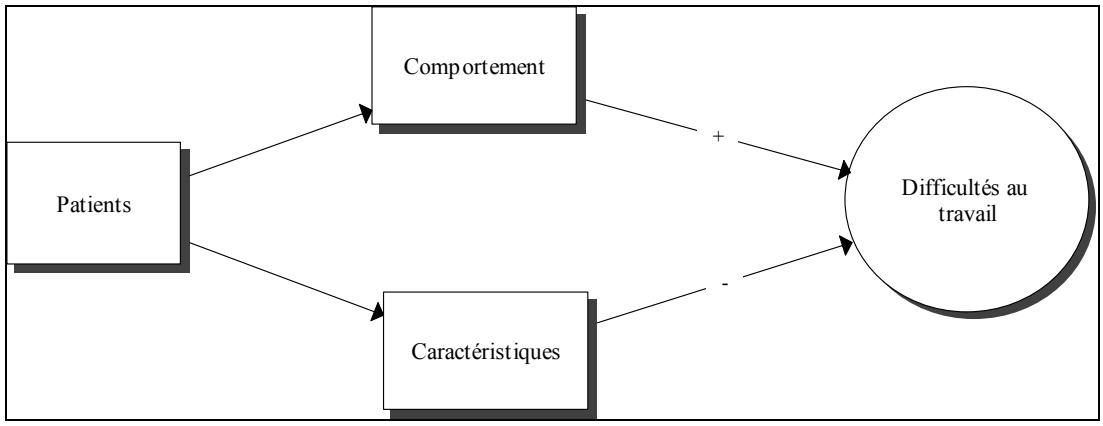


Schéma 3.2 : Présentation de l'hypothèse 3 : explication des difficultés au travail selon le comportement et les caractéristiques des patients

3.1.2.3. Troisième étude : les discriminations dans les soins aux urgences

Il s'agit ici d'identifier dans quelle mesure la discrimination en milieu médical est liée à la charge de travail.

Cette troisième étude vise à identifier le lien entre discrimination et charge de travail. Les facteurs influençant la charge de travail perçue sont un premier point à identifier.

L'étude 2 s'intéressait au ressenti des soignants envers l'impact des patients sur leur charge de travail. Il est alors apparu que le comportement des patients (agités, difficiles à gérer) centre le discours des soignants. En revanche, l'appartenance du patient à un groupe ou un autre (étranger, marginalisé) semble un facteur moins susceptible d'augmenter la charge de travail des soignants. L'idée est ici de mesurer sur le terrain la charge de travail perçue pour différentes situations et identifier si la charge de travail évolue telle que l'ont évoquée les soignants.

H4 : La charge de travail des soignants dépend plus de l'activité, des difficultés liées au comportement des patients, des difficultés liées à la communication et moins des caractéristiques psychosociales stigmatisées des patients.

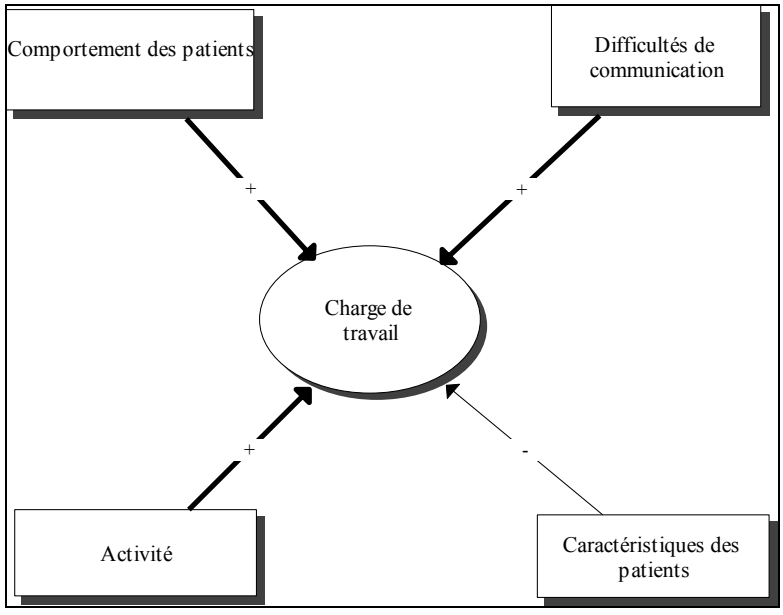


Schéma 3.3 : Présentation de l'hypothèse 4 : contribution à la charge de travail de différents facteurs

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, flux des patients), 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 peuvent se manifester par :

- une rationalisation temporelle : il s'agira d'un temps de consultation écourté, supposant une qualité des soins techniques et/ou relationnels inférieure,
- une polarisation sur les groupes marginaux : les patients les plus discriminés seront les très précaires (SDF, patients sans couverture sociale), mais aussi les patients toxicomanes, les patients psychiatriques et les patients étrangers ou d'origine étrangère.
- une régulation de l'activité : les patients augmentant la charge de travail sont ceux qui auront un comportement marginal favorisant l'émergence des comportements discriminatoires à leur encontre.

H5 : La discrimination sera plus liée à la charge de travail qu'aux facteurs de charge (activité, caractéristiques psychosociales stigmatisées des patients, difficultés liées aux comportements des patients, à la communication) pris indépendamment les uns des autres.

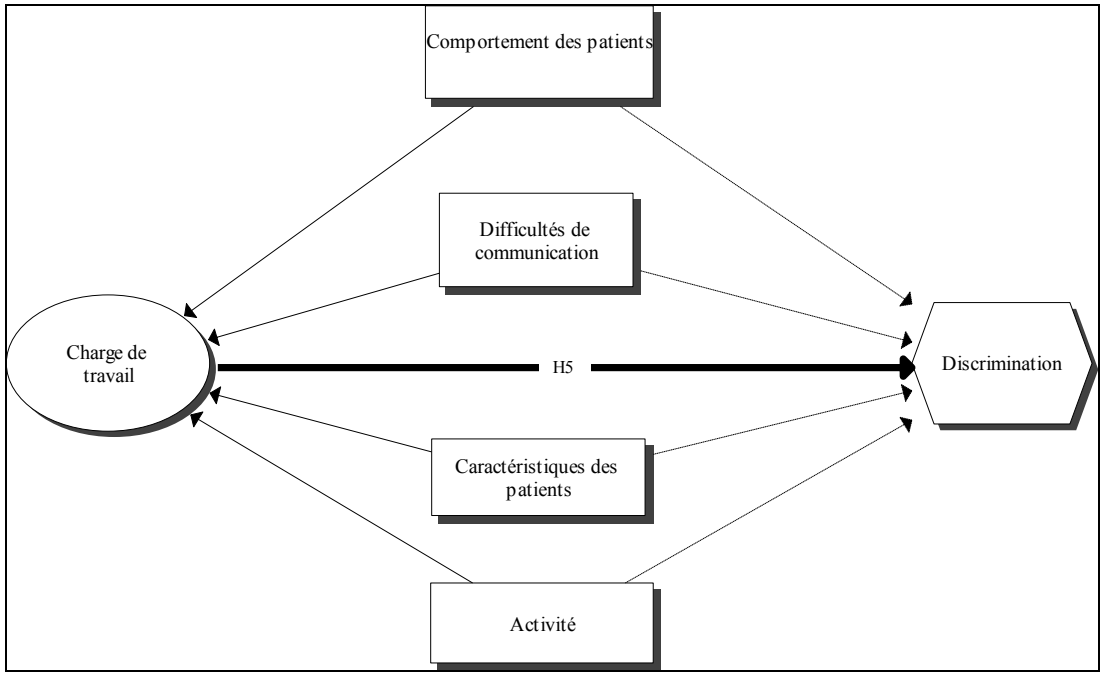


Schéma 3.4 : Présentation de l'hypothèse 5 : la charge de travail est le facteur le plus contributif à la discrimination

3.1.2.4. Récapitulatif et modèle des hypothèses générales

Nous proposons dans le schéma suivant un résumé de nos hypothèses générales qui définissent ce travail.

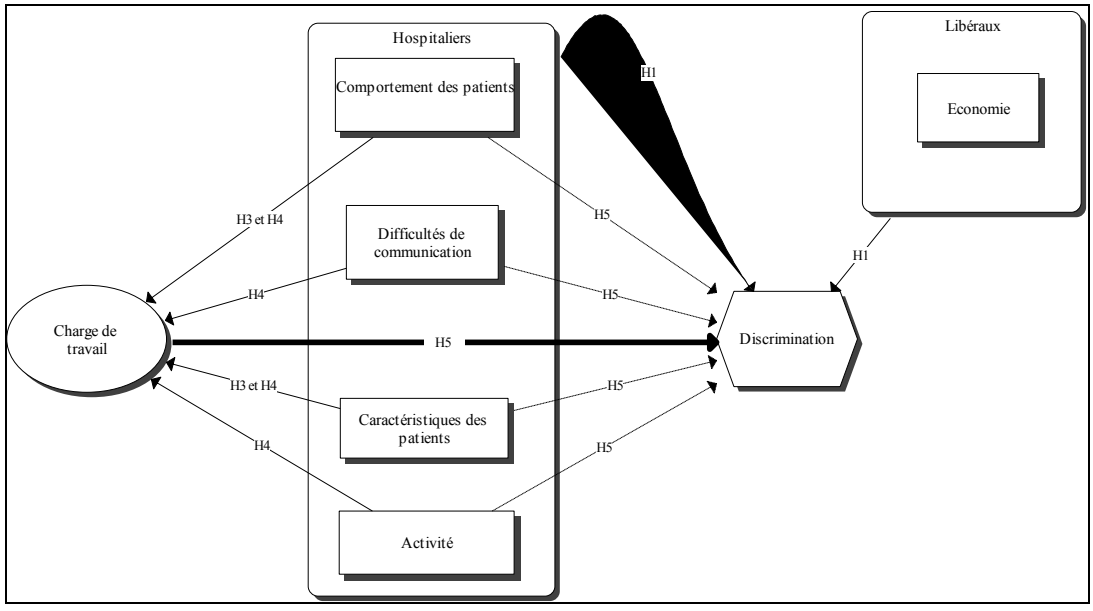


Schéma 3.5 : Présentation des hypothèses générales

Les discriminations selon le secteur d'activité (libéral vs. hospitalier) seront explorées avant de préciser les causes de la discrimination en secteur public et la manière dont elles se manifestent.

3.2 CONTEXTE DES TERRAINS D'ETUDE

Notre étude s'intéresse à un secteur professionnel bien précis qu'est le secteur de soins.

Les particularités inhérentes au travail médical seront présentées selon différents secteurs : libéral, hospitalier, puis le cas particulier des urgences sera précisé.

3.2.1. Spécificités du libéral

En libéral, le praticien (qu'il soit médecin généraliste ou spécialiste, infirmier) travaille pour son propre compte, éventuellement en association avec des collègues dans un cabinet collectif. Il a directement en charge la stabilité économique du cabinet : loyer des locaux, salaires et charges patronales des assistants et secrétaires éventuels, achat de matériel, impôts, son propre salaire. Il se doit donc d'assurer suffisamment de recettes pour poursuivre son activité.

Dès lors, la plus grande spécificité de la pratique libérale est que le patient devient un client (Bungener & Basanger, 2002 ; Freidson, 1970). Le praticien est alors dépendant de lui, ce qui implique qu'il doit s'éloigner des normes de pratiques

admises par ses confrères pour satisfaire sa clientèle et la fidéliser. Il doit réguler son activité de manière à ce que ses patients reviennent, mais également de manière à ce que ses confrères ne lui ‐volent" pas ses « clients », notamment lorsqu'il doit être remplacé lors des congés. Déjà en 1958, Reitzes (cité par Freidson, 1984, p 103) observait déjà que des médecins noirs envoyaient leurs patients noirs chez des médecins blancs qui n'essayeront pas de « voler » cette patientèle.

Les particularités de la médecine libérale ne se limitent pas à la dépendance envers le patient. La fixité des tarifs conventionnés par la caisse d'assurance maladie et l'augmentation des charges que le cabinet doit assumer (frais de fonctionnement, impôts, assurance professionnelle par exemple) contribuent à une dégradation du niveau de vie des cabinets libéraux (Bungener & Basanger, 2002).

En secteur libéral, le médecin devient un chef d'entreprise, dont l'activité va se diriger du côté de l'apport financier. Si les revenus dépendent du diagnostic, le médecin sera plus enclin à trouver un grand nombre de maladies. Si la rémunération dépend de l'employeur du patient, le médecin « *peut modifier la relation malade/médecin : ce dernier peut alors faire passer l'intérêt de l'employeur avant le bien du client* » (Freidson, 1970, p 350). Dans le même sens, l'importance de la part des assurances privées, dans la prise en charge du soin, va formater la pratique médicale et soumettre le médecin (Bungener & Baszanger, 2002) : il effectuera et prescrira les actes et traitements non plus uniquement en fonction du besoin du patient, mais également en accord avec les soins couverts par l'assurance complémentaire du patient.

3.2.2. Spécificités de l'hôpital

La mission de l'hôpital est d'apporter une aide médicale à toute personne en demande de soins.

L'hôpital est la structure qui « *dispense des soins médicaux et chirurgicaux aux malades et blessés* » (Freidson, 1970, p 120). En France, la loi de 1970 introduit le service public hospitalier, comprenant la gratuité des soins, la laïcité et la gestion publique (Dodier & Camus, 1997).

Il s'agit d'une sorte de huit-clos, organisé et structuré autour de la logique médicale. Le patient s'en remet à l'institution qui gère son emploi du temps, ses interactions avec les soignants. Même si les soins sont spécifiques à chaque patient, ils sont contraints à une certaine uniformité (par exemple : tenue d'hôpital, horaires), et ce, quels que soient les patients, leurs origines, leurs cultures, leurs religions. Le patient sera d'autant plus angoissé qu'il manquera d'explications sur ses soins, ce qui s'observe notamment envers des patients étrangers : les soignants n'expliquent pas leurs actes car ils pensent que de toute façon ils ne comprendront pas (Le Breton, 1994).

L'organisation hospitalière fonctionne selon deux axes d'autorité. D'un côté l'administration, et de l'autre le médecin, dont l'autorité est légitimée par ses compétences scientifiques et techniques. Le médecin peut intervenir dans d'autres services que le sien, notamment en invoquant l'urgence médicale d'un patient (Hall, 1954 ; Smith, H.L., 1955 cités par Freidson, 1970, p 126-127).

L'hôpital a pour obligation d'accueillir tous les patients qui se présentent (Benoist, 2008), même si les patients précaires auront des difficultés à faire

valoir leur point de vue, comparativement à des patients plus aisés (Freidson, 1970).

L'hôpital se compose de plusieurs services de différentes spécialités. Dans la majorité des services, l'activité est planifiée à l'avance, à l'exception des patients orientés par les services d'urgences.

Pour ces raisons, cette étude sera centrée sur les services d'urgences.

3.2.3. Spécificités des services d'urgences

A l'origine, les urgences ont été créées afin de réguler l'entrée des patients à l'hôpital, notamment lorsqu'ils arrivaient de « *façon imprévue et sans conditionnement médical satisfaisant dans les services hospitaliers* » (Danet, 2008, p 67). Il s'agit du centre critique de l'hôpital, synonyme d'égalité sociale (principe d'acceptation de tout patient s'y présentant). C'est d'ailleurs le seul service ouvert jour et nuit (Lyneham, Cloughessy & Martin, 2008).

L'urgence médicale correspond à des « *symptomatologies dont le diagnostic et surtout le traitement, voire l'orientation ne peuvent être différés* » (Pourriat & Kierzeck, 2006, p91). Leur travail est « simple » : ils doivent être capables de tout faire, et de le faire rapidement (Peneff, 1992), être performants dans des situations extrêmes comme poser une perfusion dans toutes les conditions possibles. Toutefois, les cas « graves » ne représentent que 2 % de l'activité de ces services (Danet, 2008). Par exemple, les patients précaires, sans assurance effectuent leurs soins principaux aux urgences et non pas auprès d'un généraliste libéral (Carrasquillo et al., 1999 ; Pourriat & Kierzbeck, 2006).

D'autres peuvent choisir les urgences par commodité, alors même qu'ils savent que leur problème pourrait être traité dans un autre centre de soins (Tsai, Liang & Pearson, 2010) et que les urgences délivrent, par définition, des soins épisodiques (Wears & Perry, 2007), la prise en charge régulière devant être effectuée par un autre lieu de soins, entre autres chez le médecin traitant.

Les services d'urgences se doivent de recevoir tous les patients qui s'y présentent, alors que les autres services s'accordent la possibilité de fermer lorsqu'ils estiment arriver au maximum de leur capacité d'accueil (Lyneham
et al., 2008 ; Peneff, 1992).

Les soignants urgentistes ont un désir global de « *réparer, [une] forte motivation à soulager la douleur et à sauver la vie, avec une dimension héroïque prégnante* » (Danet, 2008, p 73).

Lors de son récit sur les évènements de la canicule d'Août 2003, Pelloux (2004) relate l'engagement du personnel urgentiste. Certains n'ont pas hésité à interrompre leurs congés pour venir prêter main forte à leur service débordé et débordant de patients en état de déshydratation et d'hyperthermie. Il expose alors l'engagement, la vocation, l'humanisme actif et le volontarisme qui caractérisent les soignants de ces services.

C'est là l'une des spécificités des urgences : il s'agit du seul service hospitalier qui est un système ouvert, illimité et avec des interactions complexes (Wears & Perry, 2007) :

- système ouvert car les patients arrivent sans restriction, sans organisation, sans ordre de priorité, sans régularité dans le temps, et présentant potentiellement tout l'ensemble de pathologies médicales existantes. Mais également ouvert car une forte dépendance existe avec d'autres services, notamment les laboratoires, l'imagerie, et les avis de spécialistes.
- système illimité car ce service est ouvert 24 h/24, 7 jours/7, 365 jours par an. Le flux des entrées est donc constant (même s'il reste irrégulier), il n'y a pas de limite sur le nombre de patients pouvant être accueillis. Pour reprendre l'exemple de la canicule de 2003, de nombreux reportages aux informations télévisés ont montré des couloirs de services d'urgences encombrés de patients qui attendaient un lit, les chambres des services étaient déjà pleines tandis que d'autres patients se présentaient encore à l'accueil du service.
- système qui présente des interactions complexes, où un patient va indirectement affecter la prise en charge d'un autre patient, comme lorsqu'un soignant traite un patient violent et risquera d'être moins avenant ou disponible avec le patient suivant.

Les urgences doivent alors être très organisées, avoir suffisamment de ressources et traiter la variabilité, en termes de quantité de patients entrant, mais également en termes de diversité des pathologies et d'échanges (parfois de négociations) avec les professionnels d'autres services.

De ce fait, aujourd'hui « *l'exercice de la médecine d'urgence est caractérisé par la prise en charge concomitante, en temps limité, de pathologies extrêmement diverses, parfois graves, et dont les flux sont en général imprévisibles* » (Bertrand et al., 2000, p 492). Les patients arrivant aux urgences peuvent être dans un état critique, instable et très vulnérable (Lyneham et al., 2008).

Le médecin urgentiste doit être capable d'évaluer rapidement la gravité potentielle de l'état du patient, le traiter dans l'urgence, l'orienter vers un service spécialisé (Pourriat & Kierzbeck, 2006). Il doit être compétent et rapide (Peneff, 1992).

Les services d'urgences possèdent trois fonctions principales (Peneff, 1992) :

- devoir de service public : accueillir tous les patients qui se présentent : les urgences jouent un rôle de consultation médicale,
- fournir des soins de première nécessité, dans un délai court,
- garder en observation des patients en attente de suite (examen, entrée dans un autre service).

Le travail aux urgences est imprévisible, les changements d'activités sont constants (Elcharduset al., 2005 ; Peneff, 1992 ; Potter, 2006 ; Pourriat & Kierzeck, 2006 ; Wears & Perry, 2007) ce qui augmente la pression, le stress ressenti par les soignants

(Fassin, 2008). Le travail du médecin consiste alors à gérer des entrées : hiérarchisation des priorités de prises en charge, gestion des flux des patients, répondre à un afflux brutal en cas de catastrophe. Son travail comporte également une part relationnelle : il doit tenir les patients informés de l'activité du service (délais d'attente pour un examen, attente prolongée causée par un patient dans un état plus critique) (Pourriat & Kierzbeck, 2006).

Outre la pression ressentie par l'organisation implanifiable du service, la confrontation à la mort, au traumatisme, au surencombrement du service et à la violence du patient contribuent à augmenter le stress des soignants (Potter, 2006).

La violence de la part des patients envers les soignants va puiser son origine dans la maladie de celui-ci, le surencombrement du service, le temps d'attente excessif (Grenyer et al. 2004, cité par Chapman & Styles, 2006 ; Jones & Lyneham, 2001 ; Potter, 2006). En effet, l'ordre de passage aux urgences reste flou pour les patients, qui arrivent en souffrance (médicalement justifiée ou non) et dont le positionnement egocentré ne leur permet pas de relativiser leur pathologie et de comparer leur situation à celle des autres patients présents (Dodier & Camus, 1997), ce qui est justement l'activité et le rôle du soignant qui les accueille.

Par ailleurs, la rapidité de traitement et la bonne gestion de l'activité du service est importante pour le patient (rapidité du soin, satisfaction), les autres patients en attente (possibilité d'attendre dans le calme son tour), mais également pour le service qui fait l'économie de la gestion de comportements violents (Danet, 2008). Cette gestion des patients, de leur comportement semble plus contraignante pour le personnel que l'application de traitements et de soins (Peneff, 1992). Ces patients représentent une charge supplémentaire pour les soignants qui doivent alors développer des compétences en matière de gestion et de prévention de conflits

La difficulté de planification des tâches, la confrontation à des situations extrêmes nécessitent que les soignants s'endurcissent pour rester performants (Peneff, 1992).

Les services d'urgences ne sont pas des services commerciaux, ils ne mettent pas en place les procédés habituels de marketing (Peneff, 1992) à l'inverse des services spécialisés où les médecins ont la possibilité d'exercer une partie de leur activité en tant que libéraux. En effet, le contexte spatio-temporel particulier du service est confus pour le patient qui ne comprend pas, se sent abandonné voire non respecté (Elchardus et al., 2005).

Le travail des médecins urgentistes se différencie de leurs collègues des autres spécialités.

En plus de leur mission de soins, ils doivent également orienter leurs patients dans des services spécialisés (si le patient n'est pas sortant), et donc une part de leur travail consiste à chercher un lit. Cette part de leur activité est d'autant plus importante (Danet, 2008) que les services hospitaliers spécialisés n'apprécient pas les patients envoyés par les urgences car ils perturbent leurs services, en raison des réorganisations à mettre en place, au niveau du planning notamment, pour les prendre en charge. Les soignants peuvent alors user de subterfuges pour accélérer l'admission des patients en sous-estimant la difficulté de la pathologie, le caractère problématique de celui-ci (Peneff, 1992).

Ce phénomène de refus de la part des autres services est encore plus visible lorsqu'il s'agit de patients âgés et polypathologiques. Les autres services

s‘offrent alors la possibilité de « choisir » leurs patients, alors qu‘aux urgences les soignants sont confrontés à une autre population. Celle-ci est plus représentative de la société et révélatrice de la misère, de la précarité, de la dégradation des conditions de vie et des altérations, été comme hiver que vit l‘ensemble de la population. Ils sont également les seuls à accueillir les SDF, à leur fournir un repas et un peu de réconfort.

Ces diverses spécificités font des services d‘urgences un service « à part » dans l‘institution hospitalière. La patientèle des urgences semble alors la plus représentative de la population, l‘activité des urgences semble la plus imprévisible du milieu médical. C‘est pour cela que le choix s‘est porté sur l‘étude particulière de ce type de service, le seul accueillant tous les patients, notamment ceux dont les autres services ne veulent pas, SDF par exemple.

3.3 CADRE MÉTHODOLOGIQUE

La plupart des études effectuées sur les discriminations dans les soins et les disparités de santé s‘intéresse majoritairement au point de vue des patients : *testings* pour identifier les refus de soins, questionnaires administrés aux patients.

Les recherches réalisées auprès de médecins libéraux (Desprès & Naiditch, 2006 ; Desprès et al., 2009 ; Softic & Fontaine, 2002) montrent que la motivation financière sous-tend les phénomènes de refus de soins. Le point de vue des acteurs, ici des soignants, est important à prendre en considération.

Pour cela, nous choisissons de réaliser des entretiens pour identifier les connaissances que les professionnels de santé ont des discriminations en milieu médical.

Toutefois, l‘utilisation d‘entretiens ne semble pas suffisante pour appréhender l‘ensemble du phénomène, notamment dans toutes ses manifestations possibles.

Burgess (2010) propose que l‘étude des disparités de santé prenant en compte la charge cognitive ne peut se suffire du point de vue des acteurs de soins. Les recherches doivent utiliser une méthodologie pluridisciplinaire intégrant le facteur humain, à l‘aide d‘observations de terrain, de mesures de la charge de travail et la prise en compte des patients (ethnie, autres caractéristiques).

Ces préconisations rejoignent nos réflexions développées dans la partie 2.2.3.4.

L‘utilisation d‘observations in situ de l‘activité des soignants permettra de recueillir des données factuelles sur leur activité. L‘activité pourra être comparée selon différents contextes : quantité de travail, types de patients. Ces observations seront couplées à des questionnaires auprès des soignants qui mesureront la charge de travail perçue, le ressenti du soignant envers le comportement du patient, les difficultés de communication et les caractéristiques du patient.

La méthodologie de chaque étude, ainsi que l‘échantillon de sujets, sera présentée plus précisément lors de la présentation de chacune des études dans la partie suivante.

3.4 SYNTHESE ET LIEN ENTRE LES ETUDES

Les recherches sur les disparités dans les soins permettent d'expliquer ces différences selon plusieurs possibilités. Nous pouvons évoquer d'une part une logique purement discriminatoire de la part du soignant, et d'autre part une logique financière et/ou selon le contexte de la situation. Le point de vue des professionnels pris en compte dans divers testings français a permis de dégager les arguments économiques pour expliquer les discriminations à l'encontre des patients CMUc/AME. Nous avons souhaité dans un premier temps approfondir cette piste d'étude en réalisant des entretiens auprès de professionnels de la santé (étude 1). Ces entretiens ont permis de montrer une différence non pas libéraux vs. hospitaliers mais secteur privé vs. secteur public. Dans le premier secteur, les discriminations sont sous-tendues par des logiques discriminatoires, dans le second il s'agit d'adaptation face à la charge de travail.

Ce second aspect nous a semblé pertinent à explorer : en quoi la charge de travail augmente la discrimination dans les soins ? Ici, la méthodologie privilégiée vise à la mise en place d'observations de situations couplées à des questionnaires. Les particularités des services d'urgences nous ont conduits à choisir ce service comme terrain d'étude. Les questionnaires devaient permettre de mesurer la charge de travail et les composantes de la situation. Pour cela, la littérature dans le domaine de l'ergonomie nous a menés à choisir l'échelle du NASA-TLX pour mesurer la charge de travail. En revanche, pour évaluer les situations, nous avons choisi de construire un questionnaire spécifique à l'activité des services d'urgences. Pour cela, nous avons mené des entretiens exploratoires afin de définir les facteurs de difficultés au travail, et plus particulièrement les difficultés liées au patient (étude 2).

Une fois notre matériel construit, nous avons réalisé des observations de terrain dans deux services d'urgences (étude 3).

4 ANALYSE DES RÉSULTATS

« J'ai exposé que le concept de charge cognitive dans l'étude des disparités de santé peut faire avancer la science, en postulant un mécanisme important à travers lequel un large éventail de caractéristiques du cadre médical peut affecter les biais des soignants »

Burgess, Are providers more likely to contribute to healthcare disparities under high levels of cognitive load ? How features of the health-care setting may lead to biases in medical decision making , 2010, p 252

Idées clés du chapitre

Nous allons ici présenter les 3 études menées. La première vise à explorer le point de vue des soignants face à la problématique des discriminations dans les soins au travers d'une comparaison selon le système d'activité : libéral vs hospitalier. La seconde vise à approfondir le point de vue des hospitaliers, notamment des urgentistes, sur les difficultés qu'ils ressentent dans leur activité en fonction du patient. La troisième étude consiste en des observations *in situ* pour mesurer les discriminations et le lien entre discrimination, charge de travail, activité et patient.

4.1. ETUDE 1 : COMPARAISON LIBERAUX - HOSPITALIERS

Après avoir exposé la problématique et les hypothèses de cette première étude, nous présenterons la méthodologie mise en place en exposant les moyens utilisés et les difficultés rencontrées pour accéder au terrain, les outils et la population interrogée. Ensuite, nous présenterons les résultats cette étude et procèderons à une première discussion intermédiaire.

4.1.1 Problématique et hypothèses opérationnelles

En France, la plupart des études réalisées sur les discriminations dans les soins utilisent le *testing* auprès des cabinets libéraux. Elles visent à mesurer les taux de refus de soins à l'encontre des patients CMUc/AME. Les problématiques financières induites par ces patients semblent spécifiques des préoccupations des soignants libéraux. Au cours de ces études, c'est l'entrée dans le soin qui est mesurée : les patients ont-ils accès aux soins de la même manière selon leur système d'assurance et les niveaux des remboursements ?

Les autres manifestations de la discrimination (variation des processus de soins) et le secteur hospitalier sont moins étudiés. Une fois que le patient a accès aux soins, que le soignant accepte de le recevoir pour le soigner, est-il possible que des manifestations de discrimination apparaissent ?

En outre, le point de vue des soignants est délaissé, au profit de taux précis quantifiant la discrimination.

Ici, l'étude porte sur le point de vue des soignants : si des taux de refus de soins parfois importants sont mesurés, qu'en est-il de l'avis des soignants ? Ont-ils conscience du caractère discriminatoire de ce type de comportement ? Quel discours ont-ils sur la discrimination de leur part ou de la part de leurs collègues ? Que signifie pour eux la discrimination en milieu médical ? Quels sont les patients victimes de ces discriminations ? Outre les refus de soins pour raison économique, comment envisagent-ils ce phénomène ? Les libéraux et les hospitaliers le voient-ils de la même manière ?

Pour répondre à ces questions, les connaissances des soignants concernant la discrimination en milieu médical seront examinées.

Les spécificités particulières inhérentes aux secteurs libéral et hospitalier (cf partie 3.2.1 et 3.2.2) semblent conduire à des discriminations spécifiques.

Les discriminations dans l'accès aux soins paraissent plus rares dans le secteur hospitalier. Les soignants en cabinets libéraux doivent prendre en compte la survie financière de leur structure. Ils doivent donc veiller à l'équilibre financier de leur activité. Cet équilibre peut devenir difficile lorsque les soignants prennent en charge des patients relevant des systèmes CMUc ou AME pour les soins non conventionnés.

A l'inverse, les soignants hospitaliers n'ont pas à prendre en compte la rentabilité économique de leur activité. Cette préoccupation revient à l'administration de l'hôpital. Ils n'ont donc pas le souci de l'équilibre recettes/dépenses, mis en péril par des patients ne bénéficiant pas d'une assurance maladie (ou d'une assurance ne couvrant pas les soins à 100 %).

Nous avions posé dans la partie 3.1. Les hypothèses générales suivantes :

H1 : les libéraux justifieront la discrimination par des arguments financiers.

H2 : les hospitaliers évoqueront des difficultés que les patients représentent dans leur travail pour justifier la discrimination

De manière plus précise, nous supposons que les discours des libéraux et des hospitaliers se différencieront sur les points suivants :

H1 : les soignants libéraux évoqueront plus de discrimination envers les patients précaires (CMUc, AME, sans couverture maladie) que les soignants hospitaliers.

H2 : les soignants libéraux évoqueront plus les discriminations dans l'accès aux soins que les soignants hospitaliers.

H3 : les soignants hospitaliers évoqueront, plus que les libéraux, les difficultés de leur travail pour expliquer la discrimination.

H4 : les soignants libéraux expliqueront, plus que les hospitaliers, la discrimination par des arguments liés au système de remboursement et à la prise en charge financière des soins.

Hypothèse	Thème	Hypothèse
H1	Précaires	Libéraux > hospitaliers
H2	Accès aux soins	Libéraux > hospitaliers
H3	Difficultés au travail	Libéraux < hospitaliers
H4	Système de remboursement	Libéraux > hospitaliers

Tableau 4.1 : Récapitulatif des hypothèses de l'étude 1

4.1.2 Méthodologie et outil

4.1.2.1 Procédure

Préalablement aux phases de recueil des données, des professionnels de santé ont été contactés afin d‘élaborer notre population d‘étude.

4.1.2.1.1 Les praticiens libéraux

Les praticiens libéraux (médecins généralistes, dentistes, dermatologues et infirmiers) travaillant dans le bassin Metz-Thionville ont été répertoriés dans l'annuaire. Ensuite, un tirage au sort a permis de sélectionner les professionnels à interroger.

Nous les contactions par téléphone en leur expliquant qu'il s'agissait d'une recherche s'intéressant à l'accès aux soins et la prise en charge des patients, et que dans ce cadre nous souhaitions rencontrer une personne du cabinet (médecin, dentiste, assistante-dentaire, secrétaire d'accueil) pour réaliser un entretien en tête à tête d'une durée de 30 minutes à une heure, à un moment qui leur convenait, et éventuellement en dehors du cabinet s'ils le souhaitaient. Le terme de discrimination n'a volontairement pas été évoqué pour limiter les refus.

Lorsque le professionnel contacté refusait de participer, un nouveau nom était tiré au sort. Les professionnels ayant refusé de participer à notre étude (5 dermatologues, 5 généralistes et 6 dentistes, soit 16 refus) l'ont expliqué par le manque de temps et la longueur de l'entretien.

4.1.2.1.2 Les services hospitaliers

Un courrier de demande d'autorisation fut envoyé aux chefs des services d'urgences, de dermatologie et de maternité dans le bassin Metz–Thionville, répertoriés dans l'annuaire.

Ce courrier contenait une demande d'autorisation pour effectuer un recueil de données au sein de leur service, ainsi qu'un résumé des objectifs et de la méthodologie envisagée. Là encore, le terme –discrimination" fut évité, préférant évoquer une étude traitant de l'accès aux soins dans le but d'améliorer la prise en charge des patients.

Seules deux réponses positives (sur 10 demandes envoyées) ont été reçues : l'une d'un service d'urgences et l'autre d'un service de dermatologie.

Les réponses positives proposaient une rencontre avec le chef de service afin d'expliquer et justifier ce projet. Au cours de ces rencontres, la problématique de recherche fut explicitée, précisant quelques éléments théoriques, la méthodologie, sans toutefois mentionner les items de notre matériel, de manière à éviter qu'ils soient répétés aux membres du service.

Ce projet fut présenté au cours d'une réunion de travail avec les différents responsables du service d'urgences (cadre infirmière et responsable du SMUR entre autres).

Toutefois, les autorisations données par les chefs de services ne suffisaient pas pour effectuer cette étude. L'autorisation de l'administration de l'hôpital fut demandée. Malheureusement, aucune réponse n'est parvenue, malgré de nombreux appels téléphoniques auprès des responsables. Au vu du temps imparti pour l'étude, le terrain de cet hôpital a dû être abandonné.

En revanche, l'entretien effectué avec un infirmier libéral ayant travaillé aux urgences dans un autre hôpital a permis de prendre contact avec ce service de manière informelle. Nous avons eu alors la possibilité de rencontrer le chef de ce

service d‘urgences qui a accueilli favorablement ce projet. Ayant exposé les difficultés rencontrées pour avoir une autorisation administrative dans un autre hôpital, il nous a autorisés à interroger différents membres de son service et du service d‘urgences psychiatriques. Il a également souhaité participer à l‘étude.

4.1.2.2 Outil

L‘objectif est ici d‘identifier les informations et les connaissances que les professionnels ont sur la discrimination en milieu médical. Nous nous intéressons notamment aux différences entre les libéraux et les hospitaliers. Pour cela, nous avons choisi d‘utiliser des entretiens semi-directifs. Les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits, mots à mots. Ils figurent en annexes sur le CD joint à ce travail.

Le guide d‘entretien commençait par la consigne suivante :

« Avez-vous déjà constaté des différences de traitement, voire de la discrimination, dans l'accès aux soins ? »

Les interviewés avaient la possibilité de s‘exprimer librement pendant le début de l‘entretien. Ensuite, nous amenions l‘interviewé à cibler plus particulièrement les personnes en situation précaire (SDF, bénéficiaires de la CMU) et des personnes étrangères afin d‘aborder les discriminations de type économique et les discriminations de type racial.

Les thèmes spécifiques du guide d‘entretien semi-directif étaient :

- les lieux de discrimination,
- les acteurs de discrimination,
- les comportements discriminatoires,
- les raisons justifiant les comportements discriminatoires.

Les entretiens ont été traités à partir d‘une analyse thématique présentée en annexe (annexe étude 1 – arborescence étude 1).

4.1.2.3 Population

La population interrogée se composait de soignants vivant et travaillant dans le nord de la Moselle. L‘échantillon comprenait 22 personnes, 9 hommes (41 %) et 13 femmes (59 %). L‘âge moyen est de 36 ans (σ = 9,8). 19 ont le français comme langue maternelle (86 %), 2 (9 %) l‘arabe et 1 (4,5 %) l‘italien.

Nous avons interrogé :

- 12 praticiens du milieu libéral (3 médecins, 4 infirmiers, 2 dentistes et 3 assistantes dentaires)

- 10 praticiens du milieu hospitalier (3 médecins dont 1 psychiatre, 4 infirmiers et 3 agents administratifs).

Nos entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail pour 15 sujets, 3 au domicile de l'interviewé, 2 dans un café et 2 à l'université. Les entretiens ont été effectués de fin mai à début juillet. Ils ont duré entre 20 minutes et une heure (33 minutes en moyenne, $\sigma = 12{,}39$).

Les sujets n'ont pas tous été interrogés sur leur lieu de travail, 7 personnes ont été vues dans d'autres contextes. Sur ces 7 participants, 4 sont des infirmiers libéraux qui n'ont pas de lieu d'exercice car travaillant en grande partie au domicile des patients. Les 3 autres sujets sont des hospitaliers qui ne pouvaient pas être vus au sein de leur service car aucune autorisation ne nous le permettait. C'est d'ailleurs grâce à l'un de ces soignants que nous avons eu accès ultérieurement aux locaux et personnels. Ces contraintes de terrain nous ont obligés de varier les environnements des entretiens.

Il est possible que cette variété des environnements ait pu avoir une influence sur les résultats. Aussi, le tableau 4.2 indique la répartition des sujets selon le secteur d'activité, le lieu de l'entretien et si leur discours évoquait la discrimination dès le départ ou au contraire si le sujet évoquait que la discrimination n'existe pas en milieu médical.

	Lieu de travail		Autre lieu	
	Discrimination	Non discrimination	Discrimination	Non discrimination
Libéral	6	2	1	3
Hospitalier	4	3	2	1
Total lieu x discours	10	5	3	4
Total lieu	15		7	

Tableau 4.2 : répartition des sujets selon le lieu de l'entretien, leur secteur d'activité et leur discours évoquant directement la discrimination ou non

Nous constatons que selon le lieu de l'entretien et le secteur d'activité, les sujets sont plus nombreux à évoquer que la discrimination est présente dans les soins. Pour les soignants hospitaliers, nous retrouvons la même tendance qu'ils soient interrogés sur le lieu de travail ou non : dans les deux cas, la majorité évoque l'existence de discrimination dans les soins.

Ce constat est toutefois inversé en ce qui concerne les libéraux interrogés hors-lieu de travail : nous observons une répartition inverse par rapport aux libéraux interrogés sur leur lieu de travail qui évoquent majoritairement l'existence de discrimination. Or, les praticiens libéraux interrogés hors-lieu de travail sont tous des infirmiers libéraux et tous les infirmiers libéraux interrogés sont dans ce groupe. Il est alors possible que la répartition des sujets de ce groupe (prônant majoritairement que la discrimination n'existe pas dans les soins) soit plus due au métier particulier qu'est le soin infirmier en libéral et moins au lieu de l'entretien. En effet, l'infirmier libéral

est isolé dans son travail, appliquant les soins figurant sur les ordonnances que lui transmettent les patients. Il a moins de contacts avec d'autres professionnels de santé. Contrairement aux autres praticiens libéraux, il lui est donc plus difficile d'évoquer comment ses collègues travaillent. Ces composantes de l'activité pourraient expliquer la répartition des sujets.

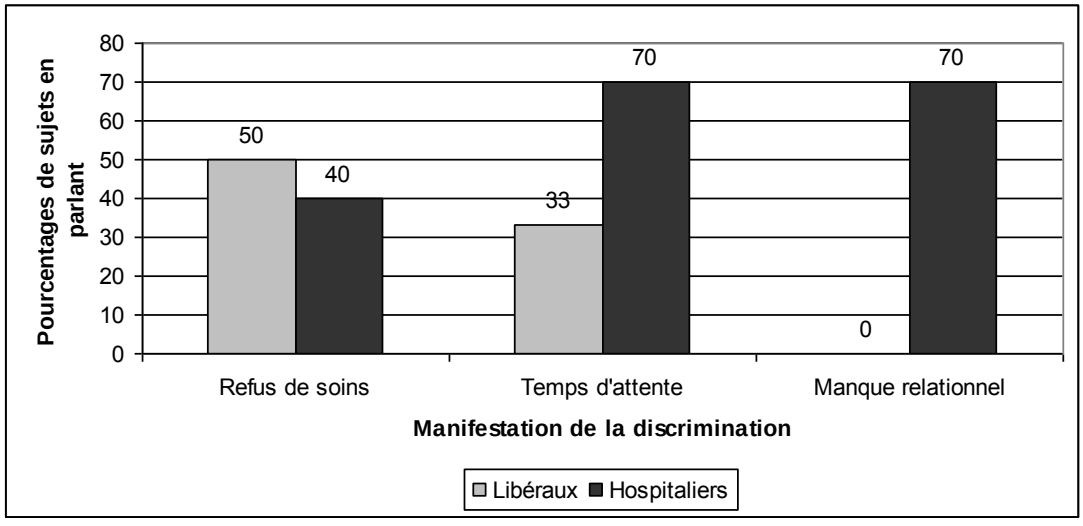
4.1.3 Résultats

L'analyse catégorielle des entretiens effectués indique des différences de vision de la discrimination dans l'accès aux soins selon les deux secteurs d'activité (libéral vs. hospitalier) des professionnels interrogés.

Les entretiens ont été découpés selon les thèmes définis dans le guide d'entretien. A l'intérieur de ces thèmes, les propos des sujets ont défini les sous-thèmes. Par exemple, pour le thème « patients discriminés », chaque « catégorie » de patients évoquée était relevée et définie comme sous-thème.

Les grilles d'analyse des entretiens reprenant les thèmes et sous-thèmes sont présentées en annexe.

4.1.3.1 Les comportements discriminatoires



Graphique 4.1 : Pourcentages de locuteurs évoquant les comportements discriminatoires

Refus de soins

Les praticiens libéraux (n = 6, soit 50 % des libéraux interrogés) évoquent en premier lieu que les refus de soins directs sont la manifestation principale de la discrimination. Ils considèrent ces comportements selon deux cas particuliers. Tout d'abord, les refus de soins motivés par des aspects économiques sont perçus comme provenant essentiellement de dentistes et de médecins spécialistes.

«*Y'a certains cabinets qui ne prenaient pas des CMU et ils les envoyaient, pour des prothèses je parle pas pour des soins, ils les envoyaient à la sécurité sociale* » (assistante dentaire, AD 17).

Un cas de figure particulier et inattendu est apparu : il s'agit du refus des infirmiers

libéraux de se déplacer dans des quartiers sensibles car craignant pour leur propre sécurité :

« *J'y suis allé, et j'ai pris des caillasses sur la voiture. Donc effectivement je mets plus les pieds à Borny*.» (infirmier libéral, IDE 07).

Mais le refus de soins n'est pas l'apanage du milieu libéral. Les acteurs hospitaliers le pratiquent également (évoqué par n = 4, soit 40 % des hospitaliers de notre population). A la différence des libéraux, ils l'évoquent en rapport avec la charge de travail que le patient génère, telle que pour les SDF qui viennent quasi-quotidiennement, sans besoin réel de soins, lassant les soignants :

« *On n'accepte plus de les soigner, c'est « Vous venez sans aucune raison, alors partez !* ». » (infirmière hospitalière, service d'urgences, IDE 9).

Retard aux soins

Les professionnels (n = 4, soit 33 % des libéraux et n = 7, soit 70 % des hospitaliers) ont également évoqué les différences des délais d'attente pour les soins, par exemple un libéral, qui attribue un rendez-vous tardif à un patient CMU. A l'hôpital, il s'agira de laisser un patient attendre, en espérant qu'un collègue le prenne en charge, ou qu'il s'en aille de lui-même :

« *Par rapport aux spécialités qui fonctionnent avec les systèmes on va dire de consultations privées et consultations publiques, ben là on a déjà deux façons de procéder, y'a ceux qui peuvent se payer la consultation privée, et ceux qui passent par la consultation publique et on voit que les délais sont beaucoup plus longs. Ou alors, ce qui se passe quelquefois c'est on vous dit voilà, vous avez rendez-vous en public dans deux mois, mais vous pouvez avoir un rendez-vous dans deux semaines si vous voulez* » (médecin généraliste, S 12).

« *La psychiatrie gêne souvent celui qui sait pas, qui aime pas, le médecin qui aime pas la psychiatrie, il le manifeste en laissant traîner le patient et en se débrouillant pour que ce soit un autre qui le voit*» (médecin hospitalier, service d'urgences, M 18).

Dans ce cas, la raison de retard aux soins pourra être le manque de motivation, et éventuellement de compétences, du soignant.

Manque relationnel

Enfin, un dernier comportement évoqué par les hospitaliers (n = 7, soit 70 % des hospitaliers de notre échantillon) et pouvant être *a priori* considéré comme de la discrimination, concerne le manque relationnel envers les patients, voire parfois de l'agressivité à l'égard de certains :

« *Mais on sent une différence dans l'attitude, par exemple une personne d'une race différente que celle du soignant ou de la soignante, on voit dans la réponse, dans le rapport à la demande d'un patient, on voit tout de suite une agressivité*. » (infirmier hospitalier service d'urgences, IDE 8).

Toutefois, ce comportement apparaît plutôt lorsque la charge de travail est élevée et non selon les caractéristiques du patient (CMU, étranger par exemple). En revanche, ce comportement est absent du discours des praticiens libéraux (seul un sujet l'a évoqué, en comparant notamment son ancienne activité aux urgences avec son activité actuelle en secteur libéral) pour qui la relation avec le patient permet une fidélisation de la clientèle, et donc la survie du cabinet :

« *Dans le libéral, c'est du business. On fait du soin, on est professionnel de santé, ok, mais 50 % de notre travail c'est quand même du business, on est des*

commerciaux en fait. » (infirmier libéral, ex-hospitalier service d'urgences, IDE 7).

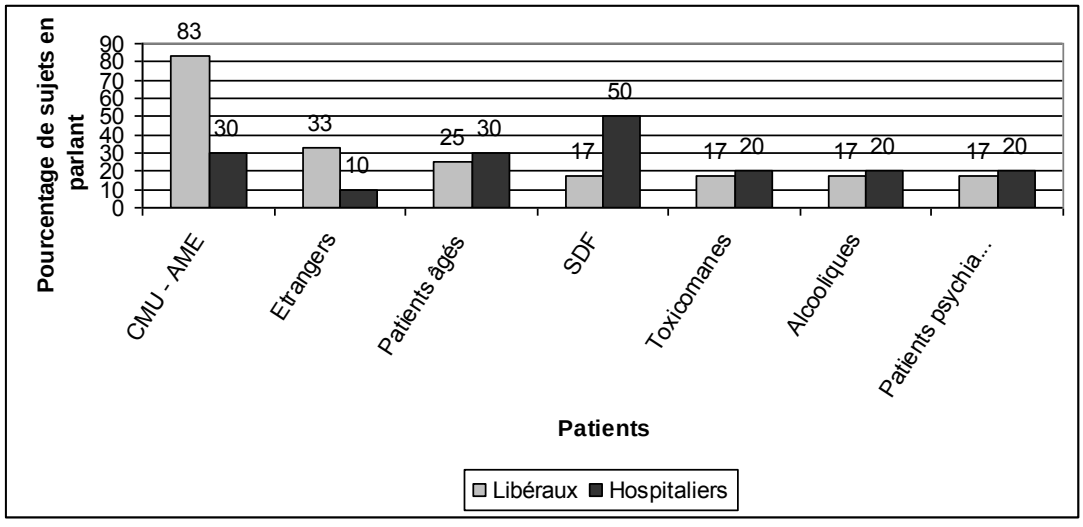
Conclusion sur les comportements discriminatoires

Le discours des soignants envers la discrimination se réfère à deux grandes catégories de traitement. D'un côté, la discrimination se base sur des critères économiques pour les libéraux, de l'autre il s'agira d'une conséquence de la charge de travail, ou pour prévenir une surcharge de travail chez les hospitaliers.

Les libéraux et les hospitaliers évoquent des refus de soins. Cela étant, les raisons et manifestations de ces refus de soins sont différentes selon le secteur d'activité.

Pour les libéraux, il s'agit de refus directs, essentiellement pour raisons économiques puis sécuritaires (refus de prendre en charge un patient CMU pour les soins de prothèse). Pour les hospitaliers, il s'agit de refus indirects tel que laisser attendre un patient plus longtemps en espérant qu'un collègue le prenne en charge. Les hospitaliers relient ces refus à des patients que les soignants n'aiment généralement pas prendre en charge, ou ne savent pas prendre en charge.

4.1.3.2 Les patients discriminés



Graphique 4.2 : Pourcentages de locuteurs évoquant les différents patients discriminés

CMU/AME

Pour la majorité des libéraux interrogés (n = 10, soit 83 %) et, dans une moindre mesure, les hospitaliers (n = 3, soit 30 %), les patients les plus discriminés sont les patients précaires, relevant de la CMU/AME, qui subissent, d'une part les refus de soins pour motif économique, notamment de la part des dentistes libéraux, et, d'autre part, des délais plus longs pour les médecins spécialistes appliquant le système de consultations publiques et privées à l'hôpital :

« *Par rapport aux spécialités qui fonctionnent avec les systèmes de consultations privées/publiques, on a déjà deux façons de procéder : y'a ceux qui peuvent se payer la consultation privée, et ceux qui passent par la consultation publique et on voit que les délais sont beaucoup plus longs* » (médecin généraliste, MG 12)

L'argument financier est privilégié dans le discours pour expliquer les discriminations envers ces patients. Elle paraît alors indirecte dans le discours des soignants : pour certains actes, ils estiment ne pas avoir le choix :

« *Pour les patients CMU, c'est-à-dire pour ceux qui ont pas trop de revenus c'est la sécurité sociale qui nous oblige par exemple pour des dents postérieures de faire du métal alors qu'il est possible de faire de la céramique pour les gens qui ont un peu plus de revenus, donc c'est vrai qu'ils ont pas trop le choix là-dessus soit ils font une couronne métal soit c'est pas accepté par la sécurité sociale, donc c'est vrai que par rapport à ça y'a un petit peu de discrimination je dirais* » (assistante dentaire, AS 17).

Patients étrangers

Ensuite, les patients étrangers sont régulièrement évoqués (n = 4, soit 33 % des libéraux et n = 1, soit 10 % des hospitaliers) pour les problèmes linguistiques qui rendent le diagnostic en milieu libéral plus compliqué, les cabinets ayant moins de moyens pour compenser cette difficulté que les hôpitaux (matériel, collègues parlant plusieurs langues, abonnement à des services de traduction par téléphone). Ces moyens mis en place à l'hôpital semblent contribuer à protéger ces patients de discrimination dans les soins :

« *Ils ont plus une population plus arabe je pense qu'ils ont plus de mal à avoir des rendez-vous, pourquoi c'est difficile à expliquer, y'en a beaucoup qui parlent pas du tout français. Donc dans l'accès aux soins, dans tout ce qu'on peut voir en contact avec les professionnels de santé, ça va être ça : la langue* » (médecin généraliste, MG 1).

Patients âgés

Les personnes âgées semblent discriminées d'après le discours des libéraux (n = 3, soit 25 % des sujets) et des hospitaliers (n = 3, soit 30 % des sujets). En libéral, les difficultés de ces patients sont liées au manque de personnel (infirmières, kinésithérapeutes) ne permettant pas une hospitalisation à domicile. A l'hôpital, ces patients se voient opposer des refus de soins de certains professionnels qui estiment qu'ils ont déjà vécu leur vie et que la priorité doit être donnée aux plus jeunes :

« *Y'a des chirurgiens qui décident qu'ils les opèrent pas, en les laissant mourir, le pronostic vital est mis en jeu. […] ils se disent c'est une personne âgée, elle a fait sa vie*.» (infirmière hospitalière, service d'urgences, IDE 9).

SDF

Les SDF constituent une population discriminée à l'hôpital (évoqués par n = 5, soit 50 % des hospitaliers vs n = 2, soit 17 % des libéraux ex-hospitaliers pour la moitié d'entre eux). Le comportement désocialisé de ces patients SDF augmente la charge de travail des professionnels de santé et rend désagréable l'attente des autres patients. Lorsqu'ils acceptent de les prendre en charge, les soignants vont les traiter différemment :

«*Ils vont aller pisser dans la salle d'attente devant tout le monde, des petits détails qui sont très fatigants pour nous. […] On refuse qu'ils aillent en salle d'attente, ils vont attendre sous le hall, c'est aussi par rapport au confort des autres patients parce qu'il y a quand même une odeur* » (infirmière hospitalière, service d'urgences, IDE 9).

Alcooliques et patients psychiatriques

Les soignants évoquent également des patients pour lesquels la prise en charge est difficile. Les toxicomanes, alcooliques et patients psychiatriques (évoqués chacun par n = 2, soit 17 % des libéraux et n = 2, soit 20 % des hospitaliers de notre échantillon), notamment lorsqu'ils sont en crise, risquent de ne pas être soignés par les professionnels, qui ne savent pas comment les prendre en charge :

« *Mettre quelqu'un qui est toxicomane et qui risque de dealer sur place ils vont dire*

non et ils ont raison » (Infirmière psychiatrique, service d'urgences, IDE 21).

« *Le toxicomane gêne beaucoup aussi quand il délire, quand il est pas bien […] il est pas facile à prendre en charge* » (Médecin hospitalier, service d'urgences, MH 18).

4.1.4 Discussion intermédiaire

Il est tout d'abord intéressant de noter que lorsqu'un soignant évoquait une discrimination, il parlait toujours en se référant à des collègues ou des propos rapportés par un patient :

« U*ne personne d'origine étrangère qui était voir un dentiste qui était, parce qu'à l'époque il était à la CMU, donc ben voilà quoi, il m'a demandée quand il est venu si il avait une différence de qualité dans les soins entre quelqu'un qui était en CMU et quelqu'un qui n'était pas en CMU. Mais ben chez moi non, je lui ai dit ben pourquoi vous me demandez ça. Il me dit ben parce que je suis allé ailleurs et voilà* » (assistante dentaire, AS 03).

« *c'était un mec bourré qu'on avait tout le temps, qui venait tout le temps, qui venait au moins deux fois par semaine et à chaque fois il cassait tout, il était violent, agressif, enfin tout ce que vous voulez, et y'a un copain qui lui a mis le gros cathéter* » (infirmier libéral, ex-urgentiste, IDE 07).

Les soignants attribuent à leurs collègues la responsabilité de telles pratiques.

Lorsqu'ils évoquent pouvoir en être auteurs eux-mêmes, ils l'expliquent et le justifient par des causes leur retirant la responsabilité de la possible discrimination qu'ils pratiquent. La charge de travail est alors utilisée pour justifier de laisser un SDF attendre à l'extérieur car il surcharge l'activité des soignants.

CMU/AME : système d'assurance

La grande majorité des soignants exerçant en secteur libéral évoque les patients CMU et AME. Le focus envers ces patients semble lié aux différences de prise en charge financière de leur système d'assurance (Desprès & Naiditch, 2006; Desprès et al., 2009 ; Softic & Fontaine, 2002).

Ces patients sont évoqués dans le discours des hospitaliers, mais dans ce cas ils le sont en rapport avec le système public/privé que l'on rencontre dans les hôpitaux. Dans ce système, les spécialistes ont la possibilité d'avoir une partie de leur activité en tant que libéraux, tout en bénéficiant de la structure hospitalière. En d'autres termes, lorsque le spécialiste consulte en public, il est praticien hospitalier et le patient règle les soins à l'hôpital. Lorsqu'il est dans une plage horaire privée, il devient comme un libéral, peut effectuer des dépassements d'honoraires, même si il est physiquement à l'hôpital. Dans ce second cas, la problématique des patients CMU/AME est identique à celle des soignants travaillant uniquement en secteur libéral.

Patients augmentant la charge de travail

D'autres patients, évoqués principalement par les hospitaliers, ont tendance à augmenter la charge de travail. Les soignants parlent alors des comportements désocialisés des SDF (Peneff, 1992 ; Vega, 2000), de leur manque de connaissances-compétences pour prendre en charge certains patients (patients toxicomanes, patients souffrant d'une pathologie psychiatrique, patients non francophones) (Ngo-Metzger et al., 2007), de la difficulté de trouver un lit pour un patient âgé.

Pour résumer, dès lors que le discours vient d'un praticien centré sur des considérations économiques (libéraux et hospitaliers dans le cas des consultations privées), les discriminations visent des patients dont le système d'assurance ne couvre pas les soins à la hauteur des honoraires facturés par le médecin. A l'inverse, lorsque le discours vient d'un praticien public (hospitalier), les discriminations concernent des patients qui augmentent la charge de travail des soignants (SDF, toxicomanes, alcooliques, patients psychiatriques). La problématique financière, rapportée comme une cause de discrimination dans les *testings* effectués, ne se limite donc pas au secteur libéral et s'observe aussi à l'hôpital.

Les manifestations de la discrimination sont également différentes selon le secteur d'exercice. Nous constatons peu de différences concernant le refus de soins : les libéraux et les hospitaliers en parlent. Toutefois, si le comportement est le même, son origine en est différente. Pour les libéraux, il s'agit de refus envers les patients dont le système d'assurance ne couvre pas tous les frais médicaux ainsi que le refus de se déplacer dans un quartier considéré comme dangereux. Pour les hospitaliers, il s'agit de refus envers des patients augmentant la charge de travail. Les autres comportements évoqués apparaissent principalement dans le discours des hospitaliers. Ils concernent des différences dans la qualité du soin : délais d'attente différents, manque relationnel.

Ces résultats nous indiquent que le refus de soins ne semble pas caractéristique et exclusif des soignants libéraux, les soignants hospitaliers manifestent également une discrimination dans l'accès aux soins. En revanche, une fois le soin accordé, les hospitaliers évoquent d'autres comportements discriminants comme le manque relationnel. Il semble dès lors que dans le secteur libéral, la discrimination ait lieu au moment de l'entrée dans le processus de soins, alors que dans le secteur hospitalier elle semble perdurer tout le long du soin.

Conclusion

Pour résumer, les libéraux considèrent que la discrimination consiste en des refus de soins à l'encontre des patients précaires, dont le système d'assurance ne permet pas une prise en charge financière à 100 %.

Pour les hospitaliers, la discrimination se manifeste à l'entrée dans le soin (refus de soins) mais également lorsque le soin est engagé (manque relationnel) ou au moins accordé (délai d'attente). Les soignants ont conscience de ces modifications dans la qualité des soins qu'ils fournissent, ils sont alors insatisfaits de leur travail (Estryn-Béhar, 2008). Les patients concernés sont ceux qui augmentent la charge de travail (SDF, toxicomanes, alcooliques, patients psychiatriques).

Ces résultats permettent de valider les hypothèses 1, 3 et 4. L'hypothèse 2 ne peut être validée car les hospitaliers évoquent également les refus dans les manifestations possibles de la discrimination.

Hypothèse	Thème	Hypothèse	Résultat	
H1	Précaires	Libéraux > hospitaliers	Libéraux > hospitaliers	Hypothèse validée
H2	Accès aux soins	Libéraux > hospitaliers	Libéraux ≈ hospitaliers	Hypothèse non validée
H3	Difficulté au travail	Libéraux < hospitaliers	Libéraux < hospitaliers	Hypothèse validée
H4	Système de remboursement	Libéraux > hospitaliers	Libéraux > hospitaliers	Hypothèse validée

Tableau 4.2 : Validation des hypothèses de l'étude 1

Nous étendons nos constatations du discours libéral au système privé dans le milieu hospitalier (schéma 4.1). D'après les soignants, la discrimination puise son origine dans les problématiques économiques lorsqu'il s'agit du point de vue des libéraux et hospitaliers dans la part privée de leur activité. Dès lors que le discours se réfère à une activité publique, la discrimination puise son origine dans des composantes de l'activité.

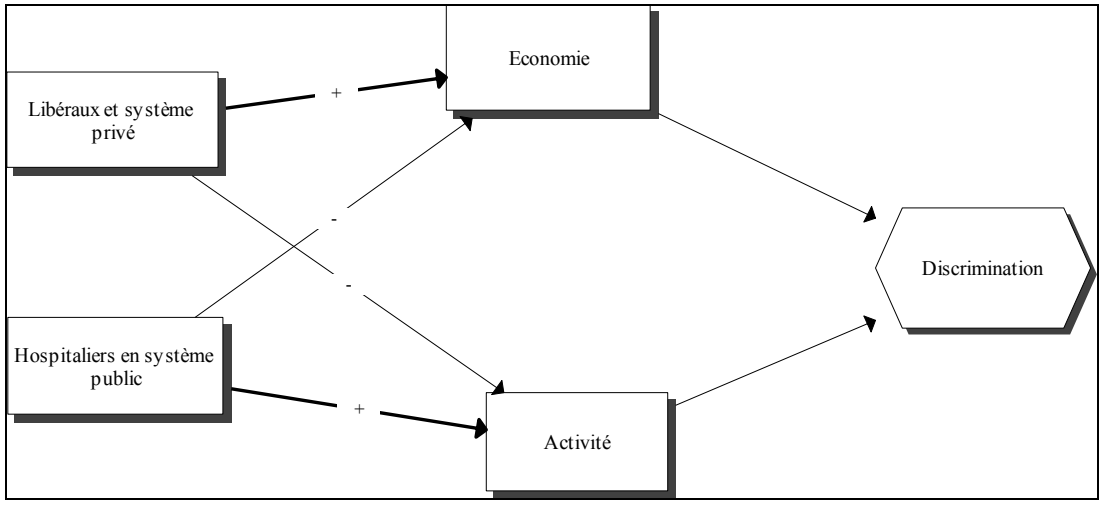


Schéma 4.1 : Schéma des discriminations selon les préoccupations et le secteur d'exercice

4.2. ETUDE 2 : DIFFICULTES PERÇUES DANS L'ACTIVITE

Nous commencerons par poser la problématique et la méthodologie de cette seconde étude. Le choix du contexte particulier des services d'urgences sera énoncé avant de présenter les outils et la population interrogée. Enfin, les résultats seront présentés puis discutés.

4.2.1 Problématique et hypothèses

Les résultats de l'étude 1 ont donné un premier aperçu de la discrimination dans les soins, basée sur le système privé/public, et non pas exclusivement libéral/hospitalier. L'origine financière de la discrimination en secteur privé a fait l'objet d'études françaises. Cet aspect du problème ressort principalement des travaux en sciences politiques et économiques, et non pas de la psychologie.

En revanche, le discours des praticiens en secteur public est centré autour de l'activité. Leur focus concerne notamment les difficultés induites par certains patients : désocialisés, gestion des lits qui augmentent les difficultés de placer un patient âgé, patients qu'ils n'apprécient pas ou ne savent pas prendre en charge.

Dans cette étude, ce point était privilégié. Quels sont les patients qui complexifient l'activité des soignants ? En quoi rendent-ils l'activité plus compliquée ? Comment les soignants s'y adaptent-ils ? Comment font-ils face ? Que ressentent-ils dans ces cas ? Les patients les plus "difficiles" le sont-ils selon certaines caractéristiques précises ou selon leur comportement calme vs agité ?

Ces questions nous semblent essentielles afin de déterminer si une différence dans la prise en charge relève de la discrimination ou au contraire d'une adaptation face à une difficulté de l'activité.

Pour rappel, l'hypothèse générale posée est :

H3 : les soignants évoqueront plus les comportements des patients que leurs caractéristiques psychosociales stigmatisées pour expliquer les difficultés au travail.

De manière plus précise, nous supposons que :

H1 : les patients agités augmentent plus la difficulté au travail que les patients calmes.

H2 : les patients CPS[5]+ augmentent plus la difficulté au travail que les patients CPS -.

[5] CPS : Caractéristiques psycho-sociologiques

H3 : le comportement agité du patient augmente plus la difficulté au travail que sa CPS.

<table>
<tr><th>Patients</th><th>Calme</th><th>Agité</th><th></th></tr>
<tr><td>CPS -</td><td colspan="2" rowspan="2">H3 : (agité-CPS+) > (agité -CPS-) > (calme-CPS+) > (calme-CPS-)</td><td rowspan="2">H2 : CPS+ > CPS-</td></tr>
<tr><td>CPS +</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">H1 : agité > calme</td><td></td></tr>
</table>

Tableau 4.3 : Tableau récapitulatif des hypothèses sur les facteurs de difficultés au travail venant des patients

4.2.2 Contexte de l'étude : axe sur les services d'urgences

Le discours des soignants obtenu lors de la première étude révèle une différenciation entre les praticiens en secteur privé et les praticiens en secteur public : les premiers ont une problématique financière, alors que les seconds ont une problématique centrée sur leur activité.

Cette étude se centre autour de la question de l'activité, des facteurs augmentant sa difficulté, et notamment les difficultés induites par les patients. Le secteur public est apparu particulièrement adapté.

Dans l'étude 1, les praticiens hospitaliers, médecins spécialistes notamment, expliquaient avoir une partie de leur activité considérée comme une activité privée. Dans ce cadre, leur intérêt rejoint celui des libéraux et les arguments financiers apparaissent.

L'objectif consiste ici dans l'étude des difficultés apportées par les patients dans le secteur public. Les praticiens ayant une part privée dans leur travail n'ont pas été retenus pour cette étude pour éviter le risque que leur discours sur leur activité ne soit affecté par les préoccupations financières.

Les praticiens dans les services d'urgences ne présentant pas cette particularité d'avoir une activité publique et privée, ce type de service fut choisi comme population d'étude.

Les services d'urgences présentent certaines particularités (cf partie 3.2.3) qui nous semblent justifier ce choix. Les éléments caractérisant les services d'urgences qui nous semblent les plus pertinents pour ce choix sont :

- l'accueil de tous les patients : le devoir de service public des services d'urgences leur impose de prendre en charge tous les patients s'y présentant,
- la diversité des patients : les services d'urgences ne peuvent sélectionner leurs patients, ceux-ci sont représentatifs de la société, du PDG en costume au SDF manquant d'hygiène, de la jeune sportive avec une cheville foulée à

l‘alcoolisé agité déambulant et criant dans le service,

- la non-planification de l‘activité : les patients se présentent aux urgences de manière spontanée, sans rendez-vous, la plupart du temps sans prévenir (les pompiers et ambulances qui amènent un patient préviennent généralement le service d‘urgences, surtout lors d‘un cas grave nécessitant une prise en charge médicale rapide, par exemple accident avec hémorragie),
- la diversité des pathologies : les patients viennent aussi bien pour de l‘orthopédie (jambe cassée, entorse), de la médecine (malaise) que pour un traumatisme grave (accident de voiture avec hémorragie, plaie par balle, AVC).

4.2.3 Méthodologie

4.2.3.1 Procédure

Les difficultés d‘accès dans les services hospitaliers mosellans, rencontrées lors de la première étude, nous ont menés à chercher des services dans d‘autres hôpitaux.

Grâce à des relations avec des praticiens hospitaliers, le chef d‘un service d‘urgences de la région parisienne s‘est montré favorable à cette étude. Lors d‘un premier séjour dans ce service, une rencontre avec la direction des soins eut lieu pour obtenir les autorisations pour réaliser cette étude. Un second séjour a permis de se familiariser avec le fonctionnement du service en y restant plusieurs heures et de réaliser les entretiens.

4.2.3.2 Outils

L‘objectif est d‘identifier les causes de difficultés dans le travail des soignants, notamment celles apportées par le patient, mais également la manière dont les soignants les ressentent et s‘y adaptent. Les soignants ont été interrogés au moyen d‘entretiens. Les retranscriptions intégrales des entretiens, qui étaient enregistrés, figure en annexe dans le CD joint.

Pour commencer l‘entretien, et afin de laisser la possibilité aux soignants d‘aborder les points qui leur semblent importants, une consigne initiale très large était donnée :

« Dites-moi les premiers mots qui vous viennent à l’esprit en parlant de votre travail »

Si le soignant n‘abordait pas spontanément les difficultés qu‘il ressentait dans son travail, une seconde consigne permettait d‘introduire le thème :

« Est-ce que vous pouvez me parler des difficultés de votre travail, pour vous, qu’est-ce qui est difficile dans le fait d’être infirmière aux urgences ? »

Les entretiens ont été traités à partir d‘une analyse thématique présentée en annexe (annexe étude 2 – arborescence étude 2).

4.2.3.3 Population

Six soignants (5 femmes, 1 homme) travaillant dans un service d'urgences en région parisienne ont été interrogés sur leur lieu de travail dans un bureau prêté par l'hôpital. Ils ont en moyenne 32 ans (σ = 4,18), sont soignants depuis 7,5 ans (σ = 3,9) et travaillent dans le service depuis 2,6 ans (σ = 1,88). Cet échantillon comprend 3 infirmiers, deux aides-soignants et un médecin.

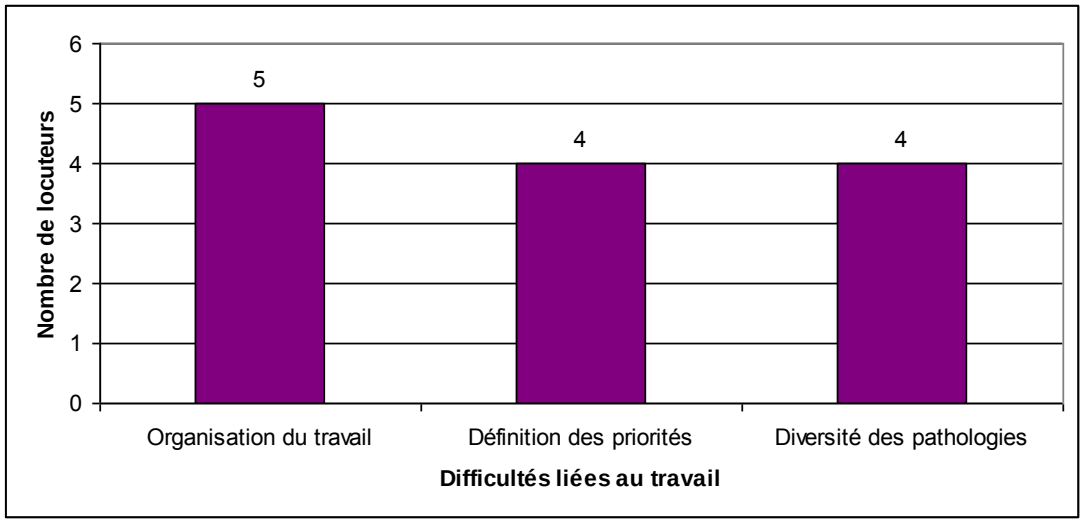
4.2.4 Résultats

Les interviewés évoquent les difficultés de leur travail selon deux dimensions : le facteur conditions de travail et le facteur patient.

Nous avons découpé les entretiens de manière thématique en relevant tous les facteurs de difficultés évoqués par les soignants. Dans un second temps, nous avons regroupé ces thèmes selon qu'il s'agisse de difficultés liées à l'activité ou aux patients.

Les grilles d'analyse de ces entretiens figurent en annexe.

4.2.4.1 Les difficultés liées à l'activité



Graphique 4.3 : Difficultés liées à l'activité selon les soignants

Les entretiens effectués indiquent que l'organisation du travail dans les services d'urgences est la difficulté liée au travail la plus évoquée par les soignants (N = 5). Ils parlent aussi bien de :

- l'organisation des tâches : « *le médecin vous demande trois choses à la fois, on peut pas arriver à faire ces trois choses, faut savoir s'organiser rapidement* » (S 01, infirmière),

- du flux non régulier des patients : « *aux urgences c'est de ne pas savoir ce qui arrive en fait. Voilà. On ne sait pas. C'est les urgences, voilà. Et ça génère, cela peut générer du stress* » (S 03, aide-soignante),
- du temps de travail : « *ça va être, on va pas gérer de la même manière si on a fait trois jours de suite à 12 heures et si on est dans le dernier, dans les dernières heures de la journée, donc on gère pas de la même manière, parce qu'on est plus fatigué, on est plus stressé* » (S 01, infirmière),
- de l'absentéisme des collègues qui désorganise un service déjà difficilement planifiable : « *s'il manque une aide-soignante parce qu'il y a un arrêt maladie etc c'est un canard qui a une patte en moins ça butte l'infirmière va faire le rôle de l'aide-soignante le brancardier va aussi faire un peu le travail de l'aide-soignante c'est moins fluide que quand toute l'équipe est là et que les choses s'enchaînent je dirais normalement* » (S 08, infirmière).

L'identification de la gravité de la pathologie augmente la difficulté du travail, d'après 4 soignants interrogés. Cette partie du travail est essentiellement rapportée par les infirmières (N= 2) et aides-soignantes (N = 1) et le médecin. L'évaluation de la gravité de chaque patient est une activité attribuée en premier lieu à la personne au poste d'accueil (IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation), occupé par un(e) infirmier(e) et parfois par un(e) aide-soignant(e) lorsque l'infirmier(e) est occupé(e) (pause repas par exemple). Plus un patient a une pathologie grave, plus il devra être vu rapidement par un médecin. Par exemple, un patient avec une douleur thoracique sera vu plus rapidement qu'un patient avec une entorse. La responsabilité de ce poste est importante, il s'agit d'un pré-diagnostic permettant la définition de l'ordre de passage des patients. Les soignants sont inquiets quant à l'exactitude de leur évaluation :

« *Ca c'est stressant parce que t'es à l'accueil, c'est toi qui doit gérer la personne qui arrive, faut pas se tromper, faut être sûr, tu poses pas de diagnostic, mais, il faut avoir l'œil et le bon et après tu vas gérer les actes qui vont derrière, c'est toi qui va décider celui-là il va pas bien il faut l'installer tout de suite. Voilà, ça c'est du stress (...) Quand il y a du monde à l'accueil, ouais, tu peux, ça peut devenir une difficulté parce que c'est stressant de voir qu'il y a la queue, à l'accueil y a la queue comme à la boulangerie. J'espère que celui qui est au fin fond là bas, il est pas en train de faire un malaise* » (S 03, aide-soignante).

Enfin, la diversité des pathologies constitue également une source de difficultés au travail. Ceci est d'autant plus marqué lorsque les soignants (N = 4) évoquent la rapidité de passage d'un patient à un autre, et donc d'une pathologie à une autre.

Le temps passé dans le service à se familiariser avec son fonctionnement a permis de constater comment les soignants gèrent plusieurs patients en même temps, en alternant des « morceaux » de soins, par exemple :

- installation du patient,
- auscultation,
- examens complémentaires : par exemple le patient va dans un

autre service passer une radio, le soignant peut alors s‘occuper d‘un autre patient

- analyse des résultats
- appel d‘un spécialiste
- soin
- orientation dans un autre service avec recherche d‘un lit
- préparation de la sortie du patient : ordonnance, dossier hospitalier de sortie.

Les patients sont traités alternativement, l‘ensemble de leur prise en charge (de l‘installation à leur sortie du service) est morcelée, permettant aux soignants de s‘occuper d‘un patient A en attendant les résultats du patient B. Ce « morcellement » suppose l‘alternance constante entre plusieurs pathologies, plus ou moins semblables ou au contraire très éloignées les unes des autres. Il permet une gestion la plus rapide possible de plusieurs patients en même temps, et donc de « vider » la salle d‘attente le plus rapidement possible.

Les soignants trouvent difficile ce passage d‘un cas à un autre, pourtant indispensable à l‘efficacité du service.

« *La capacité de pouvoir passer d'un patient à un autre et justement d'une pathologie à une autre, dans quasiment le même temps, donc c'est vrai que faut arriver à se libérer d'un patient pour pouvoir passer à un autre (...) se libérer physiquement forcément parce qu'on peut pas être avec une personne et avec une autre, mais aussi se libérer mentalement, faut qu'on arrive rapidement à passer d'une personne à une autre, et donc d'une pathologie à une autre et d'un problème à un autre, donc une adaptation assez rapide* » (S 01, infirmière).

L‘activité aux urgences paraît intense, l‘organisation fragile. Le moindre écart par rapport à l‘activité optimale (afflux de patients, personnel absent, stress, fatigue) se ressent immédiatement.

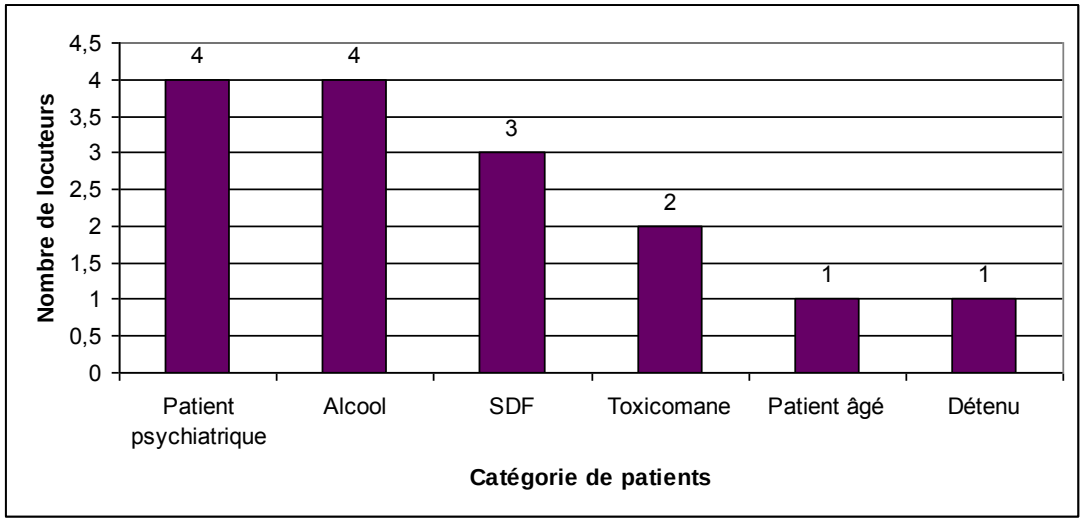
L‘évaluation du patient à son arrivée par le personnel d‘accueil (infirmier ou aide-soignant) est essentielle. Tout d‘abord pour le patient lorsque son état nécessite un soin très rapidement, mais également pour le service qui doit s‘organiser et s‘adapter rapidement lorsque la pathologie du patient nécessite une intervention ou une surveillance médicale urgente (par exemple : patient venant avec un AVC et dont les fonctions vitales semblent faiblir).

Les adaptations sont constantes et doivent être rapides pour rétablir au maximum une organisation efficace. Il va s‘agir d‘adaptation quant au nombre de patients en attente (accélérer les soins pour prendre un autre patient le plus rapidement possible), mais également une adaptation dans la simultanéité des examens/soins.

4.2.4.2 Les difficultés liées au patient

Les soignants font état de deux classes de patients difficiles, que nous présenterons successivement : une classe liée à la catégorie du patient (SDF, toxicomane par exemple), une classe liée au comportement du patient.

Difficultés liées aux catégories de patients



Graphique 4.4 : Catégories de patients augmentant la difficulté au travail d'après les soignants

Différentes catégories de patients augmentent les difficultés au travail perçues par les soignants. Sont alors évoqués :

- les patients psychiatriques (N = 4) : ces patients sont difficiles à gérer lorsqu'ils sont en état de crise : « *Alors s'il est pas décompensé, s'il est pas en crise, qu'il est bien équilibré, c'est comme un patient lambda, et s'il est décompensé ben d'abord il faut pouvoir le calmer avant de pouvoir l'examiner* » (S 07, médecin) ; « *Ben en fait les gens qui, on va dire, sont un peu psychiatriques, tout dépend, ils peuvent être très très psychiatriques, très très malades, mais complètement mélancoliques, donc ils prennent pas de temps, c'est pas une difficulté pour nous à gérer, c'est tous les gens qui vont faire, on va dire, beaucoup de bruit, qui vont vouloir se sauver, c'est ça qui nous prend du temps, alors que ce soient des troubles psychiatriques parce qu'ils sont en plein délire et il faut les calmer* » (S 02, infirmière),
- les patients alcoolisés (N = 4) : ils sont un facteur de difficulté selon leurs comportements : « *Quand ils sont bourrés soit ils ont l'alcool calme et tu fais ce que t'as à faire, soit ils ont l'alcool agité et dans ce cas là il faut peut-être les contentionner, j'aime pas trop le chimique dans ce cas là, je préfère le physique le temps de temporaliser" (S 07, médecin) ; "on en a marre de les voir, mais bon, dès qu'ils sont désalcoolisés on leur fait une petite morale, ils disent oui c'est vrai il faut, et une semaine après ils reviennent, et on recommence*. » (S 04, aide-soignante),
- les SDF (N = 3) : les soignants ressentent des difficultés face à leur comportement, mais également pour la répulsion due au manque d'hygiène : « *Ils ont une hygiène limite voire déplorable, et que c'est jamais très agréable d'aller examiner un gars qui sent pas bon et qui a des morpions,*

ou des poux, ou la gale, t'as pas envie forcément d'y aller de prime abord, mais bon, faut y aller donc on y va, c'est tout, parce que un patient, c'est un patient » (S 07, médecin). Toutefois, certains SDF génèrent de la sympathie chez les soignants : « *Il arrive, il veut juste une soupe. Tu lui donnes sa douche, tu le rases et tu lui trouves des fringues propres et après il dit "Merci, à demain", ok et il s'en va* » (S 03, aide-soignante),

- les toxicomanes (N = 2) : ils sont jugés agressifs, violents, manipulateurs : « *Quand ils se réveillent ils s'en vont ils arrachent la perfusion et ils s'en vont et si on les a réveillés de leus trip entre guillemets ils sont très fâchés par ce qu'ils ont payé très cher que on a interrompu leur plaisir* » (S 08, infirmière) ; « *C'est des patients qui sont, qui peuvent parfois être agressifs en période de manque, qui sont assez manipulateurs, c'est une catégorie de personnes qu'il faut bien connaître* » (S 03, aide-soignante),
- les patients âgés (N = 1) : ils nécessitent une attention supplémentaire, d'une part car ils présentent généralement plusieurs pathologies et un état physique relativement faible, et d'autre part car leur comportement peut être risqué pour eux-mêmes : « *Un petit papy qui est Alzheimer, qui vient pour une plaie qu'on pourra pas prendre tout de suite et qu'on va aller chercher dehors, ou qu'on va rattraper, des gens qui sont difficiles à gérer, ça nous prend du temps, on se dit je suis là mais faut pas qu'il se sauve, on les attache, ils se détachent* » (S 02, infirmière). Ces patients représentent également une difficulté particulière en raison du temps mis pour trouver un lit dans un service : « *C'est souvent les personnes âgées qu'on hospitalise plus fréquemment que des jeunes, parce qu'ils sont plus malades, ils ont des polypathologies, si vous visitez un petit peu les services de médecine, vous allez vous rendre compte qu'y a plus de personnes âgées que de jeunots de 20 ans en pleine forme* » (S 01, infirmière),
- les détenus (N = 1) : peuvent également être source de difficultés. Tout d'abord ils supposent la présence autour d'eux d'agents de police-gendarmerie. Mais également car ils sont souvent agités : « *Que la police amène alcoolisés, ils font un contrôle, des fois on les garde et on les mets au lit-porte, et sinon des fois on appelle un vigile pour qu'ils viennent nous aider, parce que y'en a ils arrivent vachement agités* » (S 04, aide-soignante).

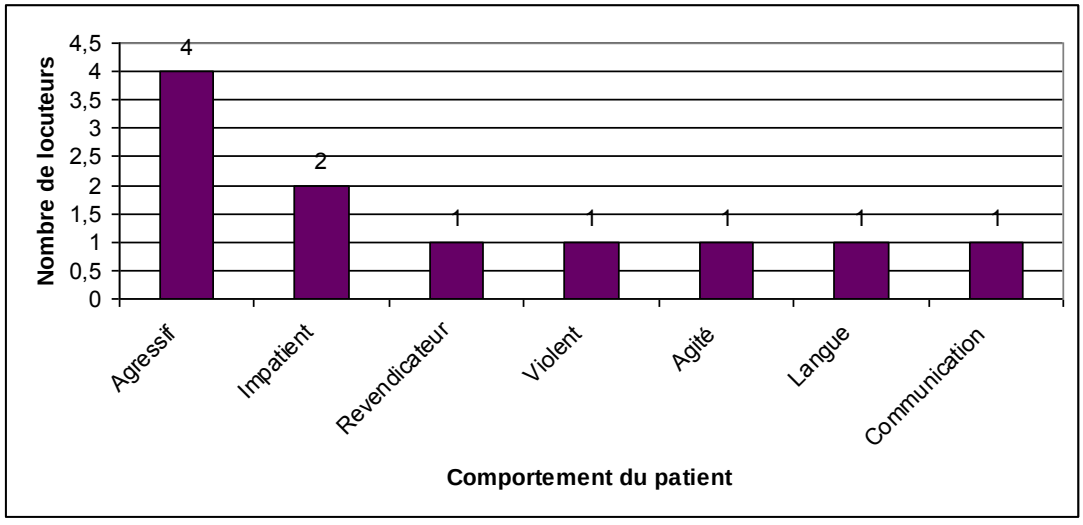
Au-delà de la charge supplémentaire que ces patients représentent en termes d'activité, les soignants se sentent également frustrés face à certains d'entre eux qui ne suivront pas les préconisations du médecin :

« *C'est que s'il faut un suivi ils ne l'auront pas, il faut être réaliste, ils n'iront pas voir un médecin en ville s'ils doivent revenir pour des soins ils ne reviendront pas forcément donc on sait que forcément la prise en charge qu'on fait là n'aura peut-être pas de suite* » (S 08, infirmière).

Les catégories de patients évoquées par les soignants semblent rendre leur travail difficile. Mais ce qui ressort des entretiens est que les soignants expliquent ces difficultés non pas vis-à-vis de patients précis, de groupes précis, mais selon

leurs comportements : les patients psychiatriques sont difficiles lorsqu'ils sont en crise, les patients alcoolisés sont difficiles lorsqu'ils sont agités. L'agitation, l'agressivité, la violence du patient expliquent la difficulté induite par le patient. Son appartenance à une catégorie précise semble moins importante.

Difficultés selon le comportement des patients



Graphique 4.5 : Comportements des patients augmentant la difficulté au travail d'après les soignants

Les comportements les plus évoqués sont liés à l'énervement des patients : agressivité (N = 4), impatience (N = 2), revendication (N = 1), violence (N = 1) et agitation (N = 1). Viennent ensuite les difficultés de communication (langue : N = 1 ; autre raison : N = 1).

Agitation du patient

Les soignants ont tous évoqué au moins un comportement lié à l'agitation du patient.

Le patient peut être agressif de par sa personnalité ou son contexte actuel :

« *Ca peut aller jusqu'à une réaction physique avec les gens qui comprennent pas et qui se mettent à être très menaçants, donc faut savoir gérer l'agressivité aussi* » (S 01, infirmière).

Parfois, face à certaines demandes « disproportionnées », le refus du soignant déclenche l'énervement du patient :

« *Et ça, ben ça se voit tous les jours, des gens qui disent "Vous pouvez appeler les pompiers pour qu'ils me ramènent à la maison ?", ben non c'est pas possible, alors du coup, ils s'énervent* » (S 07, médecin).

Ces comportements sont problématiques car ils sont lourds à gérer : charge de travail du soignant, désorganisation du service, risque de blessure (patient, soignant), mobilisation de ressources internes et externes lors de cas graves :

« *Ou on arrive à le gérer tout seul et ça se calme, ou on fait appel à d'autres collègues qui arrivent, ou ça peut aller jusqu'à on fait appel à l'agent de sécurité et ça peut aller jusqu'à la police* » (S 01, infirmière).

La mobilisation de ressources internes est coûteuse pour le service. Par exemple, lorsqu'il s'agit d'attacher et de sédater un patient agressif, plusieurs personnes

sont nécessaires, parfois 10 soignants sont autour du patient, pendant une demi-heure. Cela représente un frein à l'activité du service car durant cette demi-heure, 10 soignants sont mobilisés autour d'un seul patient et ne s'occupent pas des autres qui attendent. Les soignants devront ensuite travailler plus rapidement pour compenser le retard pris.

Difficultés de communication

La communication peut se trouver entravée, ce qui augmente la difficulté du travail : difficultés de communication liées à la langue du patient ou à d'autres facteurs comme la surdité, la pathologie physique (par exemple patient inconscient, prise de drogue) ou psychique :

« *La barrière de la langue c'est un problème aussi, oui c'est plus difficile effectivement. On a du mal à se faire comprendre, la personne ne comprend pas, c'est pas forcément évident* » (S 01, infirmière).

« *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* » (S 01, infirmière).

« *C'est plutôt avec des patients psy, qui sont un peu psy, le patient qui arrive qui discute pas du tout, on n'arrive pas à leur parler, une fois y'a un patient qui est venu qui fixait un truc comme ça, il bougeait pas du tout, alors lui y'avait pas de problème parce qu'il se laissait faire, et puis en général on sait pourquoi ils viennent* » (S 04, aide-soignante).

Toutefois, lorsque les difficultés de communication viennent de la langue, les soignants cherchent un employé de l'hôpital pouvant venir traduire. Dans ces cas, l'adaptation mise en place (demande d'interprète) réduit le sentiment de difficulté évoqué par les soignants. Parfois, si personne ne peut aider en prenant le rôle d'interprète, la communication sera effectuée en utilisant des sites de traductions. Les soignants trouvent alors un aspect amusant à l'interaction avec le patient :

« *Moi je vais sur internet, hop, hop, hop. J'ai trouvé un petit site très sympa, et à la fin j'ai communiqué avec un monsieur russe, à l'accueil, je tapais mes trucs en santé je traduisais, il est venu, il est passé de l'autre côté et on a communiqué comme ça via internet et c'était très marrant* » (S 03, aide-soignante).

Quatre types de difficultés selon le patient

Quatre groupes de patients peuvent être constitués, 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,
- difficultés liées à l'entretien majorées par le manque de compétences du professionnel : il s'agit ici des problèmes de communication (i.e. langue, surdité d'un patient),
- 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,
- difficultés liées aux comportements des patients : il

est ici question des patients revendicateurs, agressifs, mais également désocialisés tels que les SDF. Dès lors, l'activité du service est modifiée pour « évacuer » les patients gênants.

Les soignants regrettent un manque de compétences face à ce type de patients, ils se sentent inutiles car ils 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).

4.2.5. Discussion intermédiaire

De par l'ensemble des facteurs exposés afin de qualifier un patient, le schéma suivant propose une catégorisation des patients en trois facteurs :

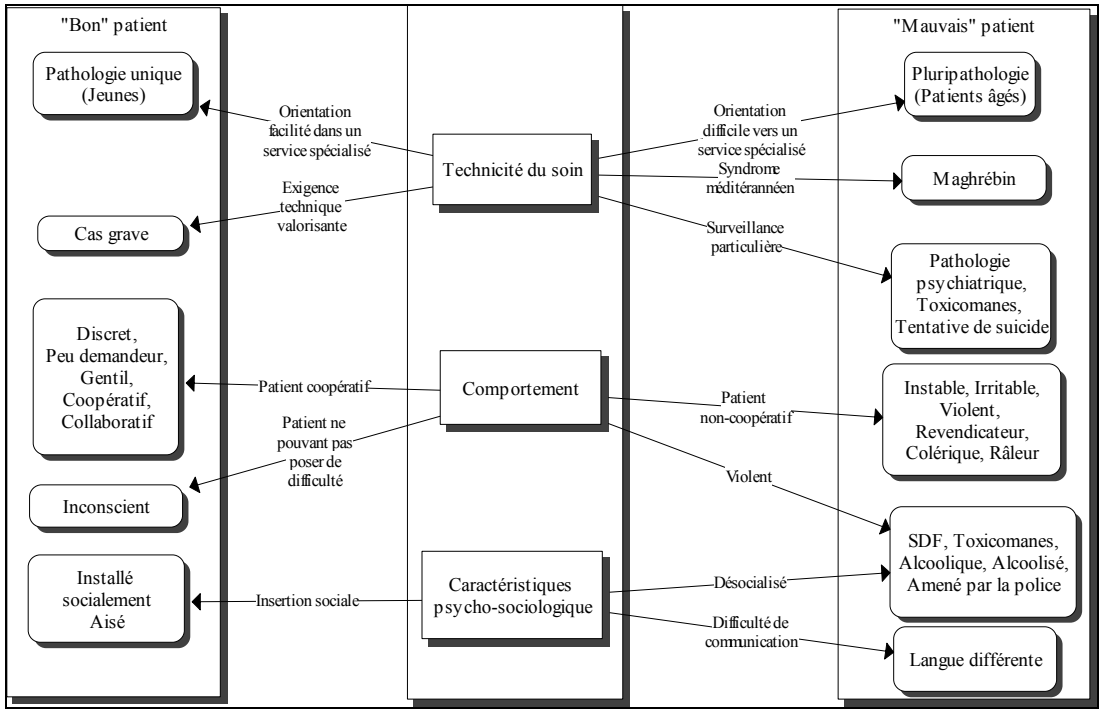


Schéma 4.2 : Bons et Mauvais patients selon la technicité du soin, leur comportement et leurs caractéristiques psychosociales stigmatisées

Les raisons de catégoriser un patient en « bon » ou « mauvais » proviennent de trois grands facteurs :

- la technicité du soin : un patient facile sera celui qui présentera une pathologie dont la prise en charge sera simple (par exemple : tibia cassé) et rapide à soigner (de l'accueil au départ du patient), ou une pathologie excessivement grave dont la prise en charge relève d'un

niveau technique très élevé (Dodier & Camus, 1997), rendant le patient valorisant à traiter car mobilisant les connaissances et compétences issues d'un long apprentissage. A l'opposé, les patients ayant une pathologie « peu claire », un tableau clinique confus seront qualifiés de ~~"m~~auvais" patients car longs à prendre en charge et, dans le cas particulier des urgences, difficiles à placer dans un service précis. Les patients maghrébins présentant le ~~"s~~yndrome méditerranéen" seront également qualifiés de ~~"m~~auvais" patients, de par les incompréhensions interculturelles que les soignants ont à l'égard de leurs comportements, et de par la difficulté de diagnostic qu'ils génèrent. Enfin, les patients présentant une pathologie psychiatrique, les toxicomanes et les patients ayant tenté de se suicider sont également jugés mauvais car ils nécessitent une surveillance particulière de la part des soignants, notamment lorsqu'ils sont sous l'influence de substances psychotropes et les soignants doivent veiller constamment aux fonctions vitales de ces patients en danger,

- le comportement du patient : le ~~"b~~on" patient est celui qui aura un comportement coopératif (gentil, discret, peu demandeur, collaboratif) ou un patient inconscient qui ne présentera aucune difficulté, ne se débattra pas, ne protestera pas. Par contraste, le ~~"m~~auvais" patient est alors non coopératif (instable, irritable, violent, revendicateur, colérique, râleur) ou pire, il est violent, comme peuvent parfois l'être les SDF, toxicomanes, alcooliques, alcoolisés, délinquants/suspects/prisonniers amenés par la police,
- les caractéristiques psychosociologiques : dans cette catégorie, les ~~"b~~ons" patients sont ceux qui sont insérés, installés socialement, aisés. A l'opposé, les ~~"m~~auvais" patients sont désocialisés (SDF, toxicomanes, alcooliques, alcoolisés, les délinquants/suspects/prisonniers amenés par la police), mais également les patients avec lesquels la communication est difficile, tels un patient étranger qui ne parle pas français.

Dans l'ensemble, un patient CPS+[6] génèrera certaines difficultés dans le travail des soignants : un patient non francophone nécessitera une adaptation de l'activité (chercher un traducteur par exemple). Ces patients seront plus lourds à gérer que les patients CPS-.

Les patients agités seront plus difficiles à traiter que les patients calmes : il faut d'abord les calmer pour pouvoir entrer dans le processus de soin. Parfois les contentions (physiques et ou chimiques) sont nécessaires et demandent également une adaptation de l'activité : plus de soignants auprès du patient pour le tenir, surveillance particulière. Même dans des cas moins extrêmes, un patient agité sera plus compliqué à gérer.

Ce qui ressort du discours des soignants, c'est la prépondérance du comportement du patient comme facteur de difficultés par rapport aux CPS. En effet, les soignants

[6] cf explication dans la partie 3.1.2.2

évoquent plus de difficultés avec un patient agité mais francophone, qu'avec un patient non francophone et calme.

Les résultats de cette étude confortent ceux de la première étude :

- dans la première étude : les soignants ont évoqué que les discriminations étaient à l'encontre de certains patients particuliers qui augmentent la charge de travail,
- dans la seconde étude : les soignants évoquent que certains patients augmentent les difficultés au travail.

Dans les deux études, il s'agit des mêmes patients. L'idée que les patients discriminés par les soignants sont ceux qui augmentent la charge de travail des soignants se trouve alors renforcée.

Le schéma 4.3 représente le niveau de difficulté selon le comportement du patient et ses CPS. Un patient calme et une CPS- ne présentera pas de difficulté particulière autre que sa pathologie. Un patient calme et une CPS + représentera une difficulté moyenne. En revanche, un patient agité, quelle que soit sa CPS représentera une difficulté élevée pour le soignant.

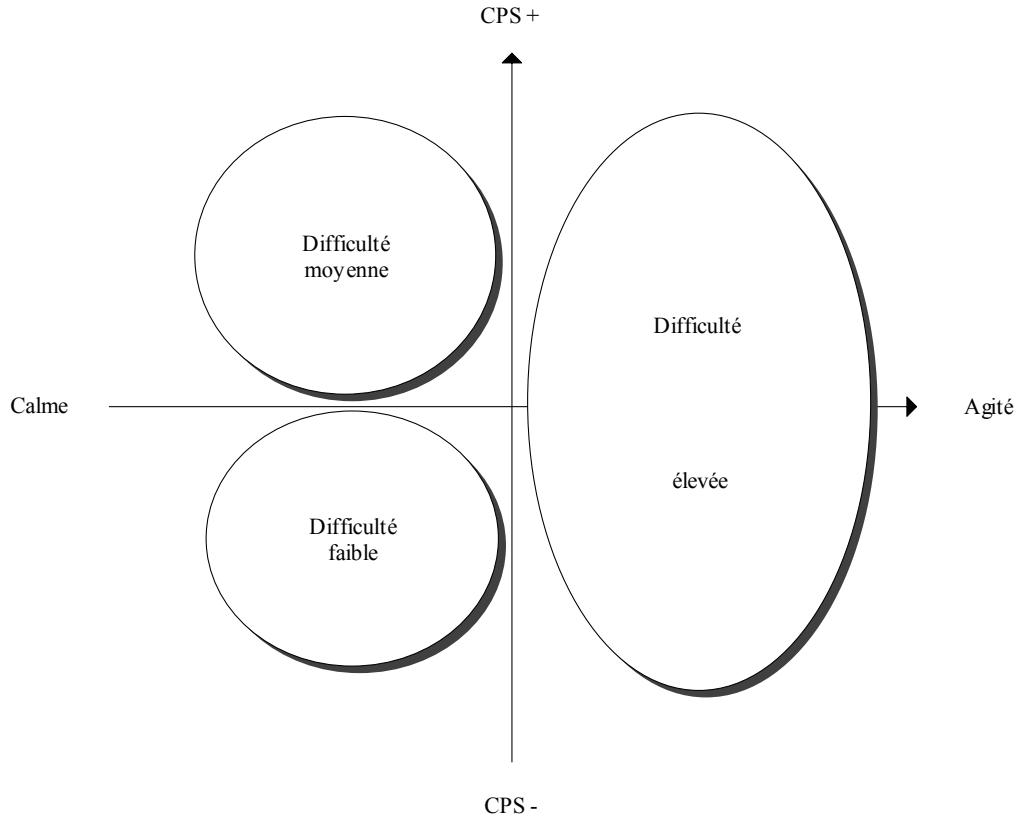


Schéma 4.3 : Niveaux de difficulté évoqués par les soignants selon les comportements et les CPS des patients

Ces résultats nous permettent de valider nos deux premières hypothèses. La

troisième ne peut être validée en l'état : pour les soignants, quelles que soient les CPS du patient, le comportement agité d'un patient sera le facteur rendant l'activité difficile.

<table>
<tr><th>Patient</th><th>Calme</th><th>Agité</th><th></th></tr>
<tr><td>CPS -</td><td colspan="2" rowspan="2">H3 : [(agité-CPS+) = (agité -CPS-)] > (calme-CPS+) > (calme-CPS-)</td><td rowspan="2">H2 : CPS+ > CPS-</td></tr>
<tr><td>CPS +</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">H1 : agité > calme</td><td></td></tr>
</table>

Tableau 4.4 : Validation des hypothèses de l'étude 2

4.3. ETUDE 3 : OBSERVATIONS DE SITUATIONS

Dans une première partie, nous présenterons la problématique de cette troisième étude ainsi que les hypothèses selon deux axes : la variation de charge de travail et la manifestation de la discrimination. Les terrains d'études observés seront introduits.

La méthodologie sera longuement décrite : procédure pour accéder aux services, outils de mesure utilisés et créés, population observée.

Enfin, les résultats seront analysés avant de conclure cette étude par une discussion intermédiaire.

4.3.1 Problématique et hypothèses

Nous avons vu dans l'étude 1 que les patients discriminés évoqués par les soignants dans le secteur hospitalier sont ceux qui augmentent la charge de travail et la difficulté de l'activité.

L'étude 2 a permis d'identifier que les patients perçus comme étant les plus difficiles sont ceux qui manifestent un comportement agité. L'agitation du patient est considérée plus difficile dans le travail que ses caractéristiques psychosociales stigmatisées.

Toutefois, ces éléments ont été étudiés sous l'angle du discours des soignants, de leur ressenti a posteriori.

Une étude de la réalité du terrain permettrait de confronter ces données : quels sont les déterminants de la discrimination ? Quelle contribution la charge de travail a sur ce phénomène ? Quelles variables modifient la charge de travail ?

Dans cette troisième étude, à partir d'une démarche basée sur des observations et des questionnaires, l'objectif est de compléter les données obtenues dans les études précédentes au moyen d'entretiens.

Cette étude se focalise spécifiquement sur les services d'urgences. Les patients augmentent-ils la charge de travail des soignants ? Dans quelle mesure la charge de travail génère ou augmente les discriminations ? Les discriminations seront observées envers les patients augmentant la charge ou envers d'autres catégories de patients ?

4.3.1.1 Etude des variations de la charge de travail

Pour identifier si les patients augmentant la charge de travail des soignants sont ceux qui seront discriminés en retour, il semble tout d'abord nécessaire d'identifier quels patients accentuent la charge de travail.

La littérature existante et les données de l'étude 2 permettent une définition du « mauvais » patient comme porteur de CPS (Caractéristiques Psychosociales Stigmatisées) précises, telles que SDF, toxicomanes. D'un autre côté, nous avons vu que la confusion mentale des patients, par exemple, augmente la charge de travail des soignants. Il en sera de même pour leur comportement plus ou moins facile à gérer et permettant ou non une prise en charge correcte et efficace (par exemple : facilité du patient qui se laisse faire vs difficulté de celui qui se débat).

Deux facteurs émergent pour expliquer les variations de charge de travail causées par le patient : d'un côté ses caractéristiques psychosociales stigmatisées, et de l'autre son comportement (comportement agité vs facile à gérer, difficultés de communication).

Ce second facteur pourrait être plus prégnant dans les variations de charge que le premier car il est source de difficultés dans l'activité : patient agressif à calmer par exemple.

La charge de travail dépend également de la tâche, des circonstances de l'activité. Ces facteurs ne doivent pas être négligés. Ils semblent même être des éléments importants de variation de charge de travail.

H1 : la charge de travail augmente plus selon l'activité, le comportement des patients et les difficultés de communication que selon leurs caractéristiques psychosociales stigmatisées.

Seront évalués ici :

- la charge de travail par le questionnaire NASA-TLX développé par Hart et Staveland en 1988 et traduit et validé en France par Maincent et al. (2005)
- l'activité par le nombre d'entrées dans le service, le nombre d'heures travaillées.
- le comportement des patients, les difficultés de communication et les caractéristiques psychosociales stigmatisées des patients par un questionnaire auprès des soignants, créé d'après les résultats des études 1 et 2.

4.3.1.2 Etude des manifestations de la discrimination

La discrimination s'exerce à l'encontre d'une personne (ici un patient) qui possède, ou donne l'impression de posséder, au moins une caractéristique dévalorisée par le discriminant (ici un soignant) dans le contexte où la discrimination apparaît. La discrimination s'exerce envers un membre de son exogroupe, liée aux processus de catégorisation « eux » vs. « nous ».

Il semble alors pertinent d'identifier des différences de comportements dans ces situations, qui seront alors la manifestation de discriminations :

H2 : le soignant sera discriminant envers un patient de son exogroupe par rapport à un patient appartenant à son endogroupe :

H2a : un soignant discriminera un patient de sexe opposé par rapport à un patient du même sexe que lui,

H2b : un soignant jeune discriminera un patient âgé et un soignant âgé discriminera un patient jeune,

H2c : un soignant discriminera un patient d'une origine ethnique différente de la sienne.

Au-delà des différences observées dans le contexte intergroupe de l'hypothèse précédente, les différences venant des caractéristiques psychosociales stigmatisées des patients et de leurs comportements plus ou moins difficiles à gérer sont à prendre en considération :

H3 : les soignants discriminent plus un patient agité et quand la communication est difficile que selon ses caractéristiques psychosociales stigmatisées.

Nous souhaitons également prendre en compte les différences de comportements selon l'activité des soignants :

H4 : plus l'activité est intense, plus les soignants discriminent :

H4a : plus les entrées aux urgences seront élevées plus les soignants discriminent,

H4b : plus les soignants travaillent depuis longtemps à leur poste plus ils discriminent.

Enfin, nous souhaitons examiner si les différences observées dans le contexte intergroupe, selon les caractéristiques psychosociales stigmatisées des patients et selon leur comportement difficile, seront accrues en fonction de la charge de travail perçue :

H5 : plus les soignants perçoivent une charge de travail élevée plus ils discriminent certains patients.

Pour l'ensemble de ces hypothèses, nous évaluerons :

- la discrimination en notant les actes et propos des soignants,
- le comportement des patients, les difficultés de communication, les caractéristiques psychosociales stigmatisées des patients par un questionnaire établi à partir des résultats des études 1 et 2,
- l'âge et le genre des patients en relevant cette information sur le dossier médical du patient,
- l'origine ethnique du patient en l'évaluant, à l'instar de Peneff (2000) par le patronyme, la langue, l'apparence du patient,

- l‘activité en relevant le nombre d‘entrées de patients dans le service, le nombre d‘heures travaillées,
- la charge de travail par le questionnaire NASA-TLX.

4.3.2 Contexte

Pour choisir le terrain d‘étude, les possibilités de régulation organisationnelle du service étaient un élément important. Les services d‘urgences ne peuvent pas réguler leur activité qui dépend des arrivées des patients. Ils sont obligés de les prendre tous en charge, même si leurs ressources (spatialess, temporelles, humaines, matérielles) sont saturées.

A l‘inverse, les services spécialisés ont la possibilité de gérer la plupart de leur activité. En dehors des cas d‘urgences qui perturbent le service, ils peuvent planifier les opérations, et donc planifier leur charge de travail (même si certains évènements, tels que l‘absentéisme du personnel, sont imprévisibles et augmentent la charge de travail).

Enfin, les praticiens libéraux fonctionnent désormais par prise de rendez-vous. Ils peuvent donc gérer et réguler en amont leur activité en les planifiant en fonction du temps disponible.

Notre étude a commencé par les demandes d‘autorisation pour accéder aux services. Des courriers furent envoyés courant mai 2009 aux chefs de service en expliquant la partie charge de travail de notre étude[7] et que nous souhaitions effectuer des observations directes au sein de leur service. Une fois leur accord de principe obtenu, il fallait ensuite obtenir les autorisations des cadres de santé, des chefs de pôle, de la direction des soins, des services des droits des patients. L‘ensemble de ces démarches a pris plusieurs mois, délai augmenté par les congés d‘été. Certains services sont restés fermés, malgré des appels téléphoniques réguliers aux différentes instances sollicitées. Au final, deux services ont accepté : un en Bourgogne au sein d‘un CHU et un dans la région parisienne au sein d‘un hôpital.

Les observations au sein de l‘hôpital bourguignon ont commencé en février 2010 et se sont terminées en octobre 2010. Il ne s‘agissait pas d‘observation continue mais de quelques heures par semaine.

Les observations au sein de l‘hôpital de la région parisienne ont eu lieu en novembre 2010, de manière continue et plus intense.

4.3.2.1 Le service d’urgences du centre hospitalier de Bourgogne

Ce service, établi au sein d‘un CHU, accueille environ 39 000 patients par an, soit 110 patients par jour en moyenne.

[7] Mentionner l‘objet discrimination de notre étude nous avait déjà conduits à des non-réponses de la part d‘institutions, nous avons alors tenté de tourner les choses de manière moins problématique pour les services.

Ce service comprend différentes zones de travail :

- une salle d‘attente pour les patients venant aux urgences par eux-mêmes ainsi que leurs accompagnants. Cette salle d‘attente est face à l‘accueil, tenu par des secrétaires qui s‘occupent de l‘enregistrement des patients arrivant dans le service,
- un sas permettant l‘attente des patients sur un brancard et des patients venant par les pompiers ou une ambulance, qu‘ils soient sur un brancard ou sur une chaise,
- une salle IAO (Infirmier d‘Accueil et d‘Orientation), située près de l‘accueil et ouverte sur le sas. A ce poste, le patient va être vu par un soignant (infirmier, interne, voire médecin) qui va effectuer un pré-diagnostic permettant d‘orienter le patient dans le service et de définir l‘ordre de passage des patients,
- une salle de SAUV (Service d‘Accueil des Urgences Vitales), également appelée salle de déchocage. Les patients orientés en SAUV souffrent d‘une pathologie mettant en jeu leur pronostic vital, tels que les patients ayant eu un accident de circulation et dont les fonctions vitales sont instables, les plaies par balles, les Accidents Vasculaires Cérébraux. Lorsqu‘un patient est orienté en SAUV, il y est mené, avant même la constitution du dossier administratif,
- une zone nommée ―attente brancard” où sont placés les patients en attente d‘un déplacement, vers un autre service notamment,
- 9 chambres permettant la prise en charge des patients, parmi lesquelles une chambre d‘isolement où sont placés les patients très agités ou risquant de fuguer, 7 chambres individuelles et une chambre pouvant accueillir deux patients.

Le personnel de ce service comprend :

- 15 médecins équivalent temps plein,
- 6 internes,
- 3 cadres de santé,
- 45 infirmières (IDE),
- 15 aides-soignantes (AS),
- 11 agents de service hospitalier (ASH),
- 2 secrétaires,
- 12 agents administratifs d'accueil,
- 3 agents de sécurité, ne travaillant qu'aux urgences,
- 1 agent de convivialité, permettant de créer un lien pour accompagner les personnes à la pharmacie, remplir des papiers entre autres.

L'organisation du service diffère selon les horaires. Le jour, le service est organisé en « circuit court » et « circuit long », la nuit, le service est organisé en « chirurgie » et « médecine ». L'organisation en est alors modifiée. Le jour, c'est la rapidité ou la lourdeur de la prise en charge qui déterminera l'orientation du patient : un patient nécessitant une suture sera orienté dans la partie ~~"c~~ircuit court" car le soin sera rapide. En revanche, la nuit, la rapidité du soin n'est pas prise en compte dans l'ordre de passage des patients, c'est la gravité de la pathologie qui motivera l'ordre de passage des patients.

Ce service d'urgences fonctionne en 2 x 12 h, le personnel travaille de jour ou de nuit. 5 infirmières travaillent le matin et 4 la nuit. Un aide-soignant travaille le jour, un autre la nuit. Le tableau 4.5 permet de mieux expliquer les différents horaires et postes du personnel soignant.

Heures	7H	8H	10H	12H	14H	17H	18H	19H	20H	24H	7H
	8H	10H	12H	14H	17H	18H	19H	20H	24H	7H	8H
IDE 1	SAUV et IAO	IAO									
IDE 2	Circuit court										
IDE 3	Circuit long										
IDE 4		IAO									
IDE 5		SAUV									
IDE 6								Circuit chirurgical			
IDE 7								Circuit médecine			
IDE 8								SAUV			
IDE 9								IAO			
AS 1	SRAU										
AS 2								SRAU			
Brancardier 1			SRAU								
Brancardier 2						SRAU					
Médecin 1		Circuit court									
Médecin 2		Circuit long									
Médecin 3		SAUV (jours de semaine)									
Médecin 4					Demi-garde en IAO						
Médecin 5							Garde de nuit				
Médecin 6		Médecin d'un autre service									

Tableau 4.5 : Répartition et emploi du temps pour une journée du personnel du service d‘urgences bourguignon

4.3.2.2 Le service d’urgences du centre hospitalier de la région parisienne

Le service d‘urgences de l‘hôpital en région parisienne étudié reçoit environ 22.000 patients par an. Il n‘y a pas de service pédiatrique sauf pour les cas graves. Le service fonctionne différemment selon qu‘il s‘agisse d‘un jour ouvrable ou d‘un jour férié ou de week-end.

Ce service comprend différentes zones de travail :

- une salle d‘attente pour les patients, face à l‘accueil tenu par une infirmière d‘accueil qui s‘occupe de l‘enregistrement des patients arrivant dans le service et du prédiagnostic du patient (symptôme, contexte d‘apparition du problème),
- une zone d‘attente brancard permettant l‘attente des patients amenés par les pompiers ou une ambulance,
- une salle IAO (Infirmier d‘Accueil et d‘Orientation), située près de l‘accueil, où sera placé un patient si son état nécessite des examens immédiats ou une surveillance continue,
- deux salles de SAUV (Service d‘Accueil des Urgences Vitales), également appelées « grande réa » ou « petite réa »,
- une salle de plâtre dédiée à des pathologies de traumatologie : entorse, fracture…,
- 5 chambres permettant la prise en charge des patients.

Les jours ouvrables, une infirmière d‘orientation et d‘accueil (IAO) gère l‘arrivée des patients, leur ordre de passage selon la gravité de leurs pathologies. Le service de soin est divisé en deux « unités » comprenant chacune un binôme médecin/infirmier. De plus, un aide-soignant et un brancardier travaillent sur ces deux unités en parallèle.

La nuit, les dimanches et jours fériés, le service fonctionne avec le médecin de garde de médecine, le médecin de garde de chirurgie, deux infirmières (une pour l‘accueil et une pour les soins) et un brancardier.

Le personnel de ce service comprend :

- 8 médecins équivalent temps plein,
- 1 cadre de santé,
- 20 infirmières (IDE),
- 5 aides-soignantes (AS),
- 10 agents de service hospitalier (ASH),
- 1 secrétaire.

Heures	7H	8H30	9H30	19H	20H30	21H30	2H	7H
	8H30	9H30	19H	20H30	21H30	2H	7H	8H30
IDE 1								
IDE 2								
IDE 3								
IDE 4								
IDE 5								
AS 1								
AS 2								
Brancardier 1								
Brancardier 2								
Médecin 1								
Médecin 2								
Médecin 3								

Tableau 4.6 : Répartition et emploi du temps pour une journée du personnel du service d'urgences parisien

Parallèlement aux soins, pendant les jours ouvrables le service comprend également une secrétaire, un cadre infirmier et le chef du service.

4.3.2.3 Modes opératoires d'accueil du patient

Les deux services observés ne présentent pas le même protocole d'accueil des patients.

4.3.2.3.1 Centre hospitalier de Bourgogne

Lorsqu'un patient arrive par ses propres moyens, il s'enregistre à l'accueil du service. Cet accueil est tenu par des agents administratifs qui complètent le dossier du patient : nom, prénom, adresse, date de naissance. Le patient se rend ensuite dans la salle d'attente. L'agent administratif dépose le dossier dans une bannette destinée aux soignants (infirmiers, externes, internes, médecins) gérant le poste d'IAO.

Lorsque ce soignant est disponible, il prend un dossier dans la bannette et va chercher le patient pour une première rencontre permettant un prédiagnostic. L'ordre de passage à ce moment dépend de l'ordre d'arrivée des patients : les agents administratifs ne relèvent pas les symptômes évoqués par le patient. Toutefois, si celui-ci saigne ou se plaint de douleur thoracique, l'agent administratif va prévenir l'infirmier d'accueil qui tente de voir ce patient plus rapidement.

Le prédiagnostic établi par le soignant à ce moment définira l'ordre de passage dans le service. Selon la place disponible, le patient est installé ou retourne en salle d'attente. Si besoin, il peut aller passer une radio avant de retourner en salle d'attente. De cette manière, lorsqu'une place se libère et que le patient est installé, la radio sera disponible pour le médecin. Le patient reste moins longtemps dans le service, ce qui libère une place plus rapidement et accélère d'autant le passage des autres patients.

Lorsque le patient arrive avec les pompiers ou une ambulance, il ne passe pas par l'accueil administratif mais arrive directement dans une zone d'attente pour les patients sur brancard, également appelée sas. Dans ce cas, il est directement vu par un soignant (infirmier en général) qui procède au prédiagnostic.

Dans les deux cas, le prédiagnostic consiste en :

- un interrogatoire : symptômes, durée, contexte d'apparition, antécédents,
- des examens : tension, saturation, température, puis si besoin prise de sang, ECG,
- des premiers soins si nécessaire : désinfection et nettoyage de plaie, administration d'un antidouleur.

Lorsqu'une place se libère, l'infirmier du service vient voir l'infirmier d'accueil qui définit le prochain patient.

Dans tous les lieux de soins (poste d'accueil, salles d'examen), le soignant dispose d'un ordinateur lui donnant accès au dossier du patient.

4.3.2.3.2 Hôpital parisien

Lorsque le patient arrive par ses propres moyens, il passe par l'accueil du service. Cet accueil est tenu par un infirmier qui interroge le patient sur sa pathologie : symptômes, contexte d'apparition, antécédents, médicaments quotidiens. Ensuite, le patient s'installe en salle d'attente. L'infirmier dispose alors les dossiers des patients par ordre d'arrivée, en les séparant selon le secteur de prise en charge (médecine vs chirurgie).

Lorsque le patient arrive par les pompiers ou une ambulance, il est placé dans une zone d'attente brancard. L'infirmier d'accueil vient pour créer le dossier administratif et poser également quelques questions visant à établir un prédiagnostic.

Dans les deux cas, l'infirmier propose éventuellement un antidouleur au patient.

Lorsqu'une place se libère dans le service, l'infirmier du secteur vient sélectionner le patient suivant selon les informations du dossier. En cas de doute sur la priorité à donner à un patient, il demande son avis à l'infirmier d'accueil.

Comme le service bourguignon, chaque salle du service parisien dispose d'un ordinateur pour les soignants.

A la différence du système bourguignon, le logiciel du service parisien indique en temps réel l'état du service (photo 4.1) : par exemple : nouveau patient entrant en salle d'attente, patient nouvellement installé dans une salle, patient "déplacé" en radiologie pour un examen, résultats disponibles pour un patient. Ces informations

permettent au soignant de s‘adapter en accélérant ou non le soin selon que la salle d‘attente soit vide ou que beaucoup de personnes attendent.

Photo 4.1 : Interface du logiciel du service d‘urgences parisien

4.3.2.3.3 Commun aux deux services

Dans les deux services, dès que le patient est installé dans une chambre, le médecin ou l‘interne vient l‘ausculter, accompagné de l‘infirmier. Il décide alors des examens supplémentaires, des soins et médicaments à prescrire, de la demande d‘avis d‘un spécialiste. Le patient est ensuite soigné et/ou orienté dans un service spécialisé.

4.3.3 Méthodologie

4.3.3.1 Procédure

Les observations se sont déroulées sur différentes périodes (de février à octobre 2010 pour le service bourguignon, et en novembre 2010 pour le service de la région parisienne), alternant les jours de la semaine, restant plusieurs heures dans les services, à différents horaires du jour et de la nuit, de manière à appréhender l‘activité des services dans leur ensemble et non concentrée sur les week-ends ou sur les journées. En arrivant, nous faisions le tour du service pour saluer les soignants, et se présenter à ceux rencontrés pour la première fois, en expliquant, lorsqu‘ils en avaient le temps, qu‘il s‘agit d‘une étude sur leur charge de travail et en indiquant brièvement la méthodologie utilisée pour obtenir leur accord pour être observé durant leur travail.

Ensuite, les situations observées étaient choisies en alternant entre autres :

- faible affluence des patients vs forte affluence des patients,
- patients francophones vs patients non francophones,
- patients de tranches d'âges différentes,
- patients d'origines différentes.

Pour certains critères, par exemple les situations avec un patient non francophone, ces cas étaient rares aux urgences en rapport au flux de patients dans le service. Nous surveillions alors l'arrivée de ce type de patients pour effectuer nos observations. L'objectif n'était pas de rendre compte de l'activité du service, mais de comparer les situations selon les caractéristiques des patients.

Pour chaque situation, le soignant devait accepter notre présence. Ils n'ont refusé que lorsque le contexte pouvait se révéler délicat pour le patient (par exemple pour une personne venant se plaindre de viol). L'observation consistait dans le suivi du soignant auprès du patient dans la chambre, de manière à voir le soignant, ses gestes et noter ses paroles et ses actes.

Dès que le soignant quittait le patient, il complétait l'échelle du NASA-TLX et le questionnaire reprenant le comportement du patient, les difficultés de communication, les caractéristiques du patient. Ensuite, il retournait à son travail.

Il nous était possible de suivre un soignant sur une période plus longue, en le suivant auprès de plusieurs patients. Toutefois, le temps nécessaire pour répondre au questionnaire ralentit le soignant dans son travail et peut le mettre en retard pour réaliser un soin. Nous avons dès lors choisit d'alterner les soignants observés, de manière à les protéger d'un retard important dans leur travail si ils avaient dû remplir le questionnaire plusieurs fois durant une courte période.

Les soignants n'étaient pas suivis durant de longues périodes, au contraire une alternance des soignants entre les observations fut mise en place. Le temps pour remplir le questionnaire représente autant de temps qui n'était pas consacré aux patients. Si cela ne posait pas de difficultés lorsque le service était pratiquement vide, lorsque l'activité était plus intense le soignant aurait alors pris du retard sur son travail, risquant de désorganiser l'ensemble du service.

Ensuite, nous voulions observer un maximum de situations avec des acteurs différents afin de rendre compte de l'ensemble le plus large de soignants.

Il arrivait de rester aux urgences plusieurs heures sans voir de patient : le service étant vide à notre arrivée et ne se « remplissait » pas durant la période observée. Toutefois, l'activité de ce type de service est très aléatoire, il était nécessaire de rester, au cas où des patients arriveraient. Ces moments, même si ils paraissaient être des instants « perdus » car sans situation à observer, étaient au contraire très importants car ils ont permis une intégration dans l'équipe, facilitant par la suite les accords des soignants pour être observés.

4.3.3.2 Outils de mesure

Dans cette étude, notre recueil de données allie :

- l'évaluation de la charge de travail (échelle du NASA-TLX),
- l'évaluation de la quantité de tâches du service,
- l'évaluation du patient par les soignants (comportement, difficultés de communication, caractéristiques psychosociales stigmatisées),
- les observations directes de situation.

4.3.3.2.1 Sur la charge de travail

4.3.3.2.1.1 Perception de charge : le NASA-TLX

Le NASA TLX (échelle en annexe « NASA-TLX » dans le dossier « annexes étude 3 ») est une échelle mise au point par Hart et Staveland en 1988. Largement répandue et utilisée (Chanquoy et al., 2007), elle permet une évaluation de la charge mentale sur six facteurs saillants :

- l'exigence mentale : quantité d'activité mentale et perceptuelle requise pour la tâche, par exemple les activités de réflexion, décision, calculs, mémorisation, regards, recherche,
- l'exigence physique : quantité d'activité physique requise pour la tâche, par exemple les activités telles que pousser, tirer une charge,
- l'exigence temporelle : pression temporelle perçue par l'opérateur durant la tâche, due au rythme demandé,
- la performance : manière dont l'opérateur estime avoir réussi la tâche demandée,
- l'effort : niveau de difficulté (mentale et/ou physique) perçu par l'opérateur pour exécuter son travail et atteindre le niveau de performance observé,
- la frustration : niveaux d'insécurité, de découragement, d'irritation, de stress, de contrariété, perçus par l'opérateur durant l'exécution de la tâche.

Chaque facteur de la charge de travail est évalué en pourcentage (0 : charge faible ; 100 charge élevée). Un score global est également calculé. A l'origine, c'est un outil développé par la NASA-TLX et l'un des outils le plus fort pour évaluer la perception de la charge de travail (Young, Zavelina & Hooper, 2008). Par exemple, dans le secteur médical, 85 % des médecins titulaires ont un score de charge temporelle supérieur au score global de charge, ce qui indique que l'exigence temporelle est très forte dans leur travail (France et al., 2005).

Le NASA-TLX possède un item d'évaluation de charge physique. Toutefois ce n'est une évaluation de la charge physique réelle mais une évaluation de l'influence de la

charge physique sur la perception de la charge mentale. C‘est un outil particulièrement bien adapté aux tâches ayant une exigence mentale élevée (DiDomenico & Nussbaum, 2008).

Le NASA-TLX comprend deux parties à remplir par le répondant.

La première partie consiste à évaluer pour chaque dimension le niveau de charge de Faible à Elevée. Selon les utilisateurs, cette partie peut consister en une échelle graduée de 1 à 10, ou encore un curseur à déplacer sur l‘échelle dans les versions informatiques. Ici, nous avons choisi de laisser une ligne vierge entre les deux pôles Faible – Elevé (schéma 4.4). Les sujets ont placé une croix sur cette ligne (en noir sur le schéma 4.4). Ensuite la distance entre le pôle Faible et la croix (en rouge sur le schéma 4.4) a été mesurée ; puis, par une règle de trois, cette distance a été transformée en un chiffre sur 100 (en noir sur le schéma 4.1), de manière à obtenir le pourcentage de charge de la dimension évaluée.

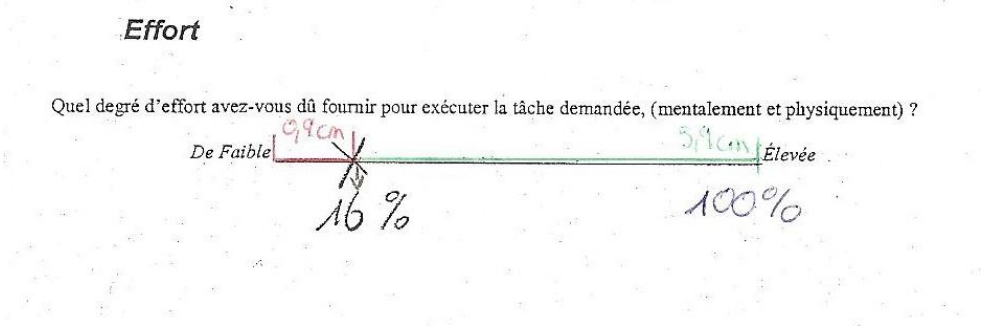


Schéma 4.4 : Exemple d‘un item du NASA rempli par un sujet et dont la valeur est transformée en pourcentages

Score moyen de charge

Une moyenne des pourcentages obtenus pour chaque dimension sera calculée pour obtenir un premier score moyen de charge de travail, que nous appellerons score moyen ou score total.

Score pondéré de charge

Un second score de charge globale, appelé score pondéré et permettant une évaluation plus sensible de la charge de travail (Hart, 2006), sera calculé à l‘aide de la seconde partie du questionnaire, présentée dans le tableau 4.7 ci-dessous, dans lequelle les sujets devront, pour chaque paire proposée, indiquer quelle dimension était la plus utilisée dans la tâche évaluée :

Exigence Mentale	Exigence Physique
Exigence Mentale	Exigence Temporelle
Exigence Mentale	Performance
Exigence Mentale	Effort
Exigence Mentale	Niveau de Frustration
Exigence Physique	Exigence Temporelle
Exigence Physique	Performance
Exigence Physique	Effort
Exigence Physique	Niveau de Frustration
Exigence Temporelle	Performance
Exigence Temporelle	Effort
Exigence Temporelle	Niveau de Frustration
Performance	Effort
Performance	Niveau de Frustration
Effort	Niveau de Frustration

Tableau 4.7 : Seconde parie du NASA-TLX, évaluation pairée des dimensions

Par exemple, si la tâche évaluée est plus exigeante mentalement que physiquement, le sujet coche la case « exigence mentale » sur la première ligne du tableau, qui oppose l'exigence mentale à l'exigence physique.

Une fois chaque paire évaluée, nous relevons le nombre de fois où chaque dimension est choisie. Par exemple, si le sujet a estimé que l'exigence mentale était plus importante dans sa tâche que l'exigence physique, la performance et la frustration, la dimension Exigence Mentale aura été choisie trois fois. Nous dénombrons pour chaque dimension le nombre de fois où elle a été choisie

Nous multiplions alors le pourcentage de charge d'une dimension avec le nombre de fois où la dimension est choisie dans cette partie du questionnaire, nous additionnons ces nouveaux scores obtenus pour chaque dimension puis nous divisons par 15 (nombre de paires proposées) pour obtenir un pourcentage de charge de travail pondéré par l'importance de chaque dimension (Hart & Staveland, 1988, p39).

Afin de clarifier le calcul du score pondéré, le tableau 4.8 représente les évaluations d'un sujet de sa charge de travail.

	Exigences mentales	Exigences physiques	Exigences temporelles	Performance	Effort	Frustration	Score global
Pourcentage de charge évaluée sur l'échelle	57	13	37	69	16	8	33.33
Nombre de fois où la dimension est choisie	4	2	3	5	1	0	
Pourcentage de charge X choix de la dimension	228	26	111	345	16	0	48,4

Tableau 4.8 : Exemple des scores d'un sujet au NASA-TLX

La première ligne « Pourcentage de charge » correspond au score obtenu pour chaque dimension dans la première partie du NASA-TLX.

La seconde ligne « Nombre de fois où la dimension est choisie » correspond aux réponses obtenues dans la seconde partie du NASA-TLX où les sujets évaluent les paires associant chaque dimension du NASA-TLX deux à deux.

La troisième ligne « Pourcentage de charge X choix de la dimension » correspond à la multiplication des deux précédents indicateurs. Ici, le répondant évalue une Exigence mentale à 57 % d'intensité et a choisi 4 fois la dimension Exigence mentale dans la seconde partie du NASA-TLX. Il obtient donc un score de 57 x 4 = 228 dans la troisième ligne du tableau.

Nous additionnons ensuite tous les scores de cette troisième ligne (ici on obtient 726) que nous divisons par 15 (nombre de paires à évaluer dans la seconde partie du NASA-TLX) et nous obtenons un score pondéré de la charge de travail de 48,4 %.

Ce score pondéré est différent du score obtenu en effectuant la simple moyenne des pourcentages de charge pour chaque dimension, ici 33,33 %. Le score pondéré permet de refléter la contribution de chaque facteur sur la charge de travail d'une activité spécifique.

Dans les recherches utilisant le NASA-TLX, le score pondéré est plus utilisé que le score moyen.

4.3.3.2.1.2 Mesure de l'activité

Pour avoir une mesure factuelle de l'activité des professionnels, nous relevions :

- le temps passé avec les patients,
- le nombre d'heures travaillées au moment de la prise en charge du patient,
- le nombre de patients entrés au service dans l'heure où la situation observée commençait. Pour ce dernier critère, nous souhaitions appréhender l'impact du flux des patients sur la prise en charge. Toutefois, il ne nous

était matériellement pas possible d'obtenir de critère plus fin que le nombre d'entrées par heure (cette information nous était fournie par l'administration des hôpitaux observées).

4.3.3.2.2 Sur les patients

Les résultats de l'étude 2 ont permis d'élaborer un questionnaire visant à mesurer :

- les caractéristiques psychosociales stigmatisées (CPS) du patient évaluées par les soignants,
- les difficultés que le soignant rencontre avec un patient (comportement, difficultés de communication).

Ce questionnaire figure en annexe (fichier « questionnaire pour soignant » dans le dossier « annexes étude 3 »).

4.3.3.2.2.1 Les caractéristiques psychosociales stigmatisées

Pour identifier au mieux la population de patients observée, et compte tenu qu'il n'était pas possible, pour des raisons d'autorisation administrative, d'interroger directement les patients à l'aide d'une fiche signalétique, nous avons appréhendé ces données en :

- relevant certaines informations à partir des dossiers des patients (utilisées pour l'âge et le sexe du patient),
- demandant aux soignants d'évaluer certaines caractéristiques du patient (SDF, toxicomane, alcoolique, handicap physique, handicap psychique) en trois points : par exemple : « Le patient est-il toxicomane : oui - non - je ne sais pas »
- demandant aux soignants d'indiquer si le patient était alcoolisé ou non,
- évaluant la présence de discrimination de type raciale, nous avons estimé l'origine des patients en fonction de différents critères (langue, nom, conversation, apparence). Cette méthode, déjà utilisée par Peneff (2000), reste imprécise. Toutefois, au vu de la législation française qui interdit de demander directement à une personne son origine, nous ne pouvons donc que nous satisfaire d'une méthode approximative.

4.3.3.2.2.2 Le comportement des patients

Pour ne pas surcharger le questionnaire, nous l'avons limité à cinq critères :

- l'agressivité du patient,
- le comportement revendicateur du patient,
- les problèmes d'hygiène du patient,
- les troubles du comportement,

- les problèmes psychiatriques.

Nous souhaitions que ce soit le soignant qui réponde car nous n'étions pas intéressés par la réalité du patient (souffre-t-il réellement de troubles psychiatriques par exemple) mais par le ressenti du soignant[8] : estimait-il que le patient avait des troubles psychiatriques, que ce soit ou non le cas.

Le soignant devait évaluer le comportement du patient selon une échelle de type Likert en 6 points : par exemple :

« Le patient était-il agressif ? » :

Pas du tout					Tout à fait
1	2	3	4	5	6

4.3.3.2.2.3 Les difficultés de communication

La communication étant un point essentiel dans les activités de soins, nous avons souhaité identifier la complexité de la communication pour chaque situation observée. Toutefois, se baser sur la francophonie du patient ne semblait pas pertinent ni suffisant pour aborder les difficultés de communication.

En effet, la communication peut être difficile pour d'autres raisons que la langue, surdité par exemple.

Ensuite, qu'un patient ne parle pas français ne suffit pas à convenir que la communication soit compliquée :

- le soignant parle la même langue que le patient (par exemple un soignant d'origine maghrébine prenant en charge un touriste algérien, les deux pourront communiquer en arabe),
- le patient et le soignant pourraient connaître une langue commune, telle que l'anglais peut ainsi permettre à un soignant français de communiquer avec un patient russe.

Pour ces raisons, nous avons choisi d'interroger les soignants sur leur ressenti de la difficulté de communication avec le patient et de décomposer les difficultés de communication en trois items : difficulté liée à un problème linguistique, difficulté liée à un handicap (surdité par exemple) et difficulté liée à un problème psychologique.

[8] Carde (2006) rappelle que la discrimination se base sur la perception d'une différence avec le discriminé et non sur la réalité de cette différence.

Nous avons conservé le même type de mesure que précédemment, à savoir une échelle de type Likert en 6 points :

« Dans quelle mesure avez-vous eu des difficultés pour communiquer avec le patient lui-même du fait d'un problème linguistique ? » :

Difficulté minimale					Difficulté maximale
1	2	3	4	5	6

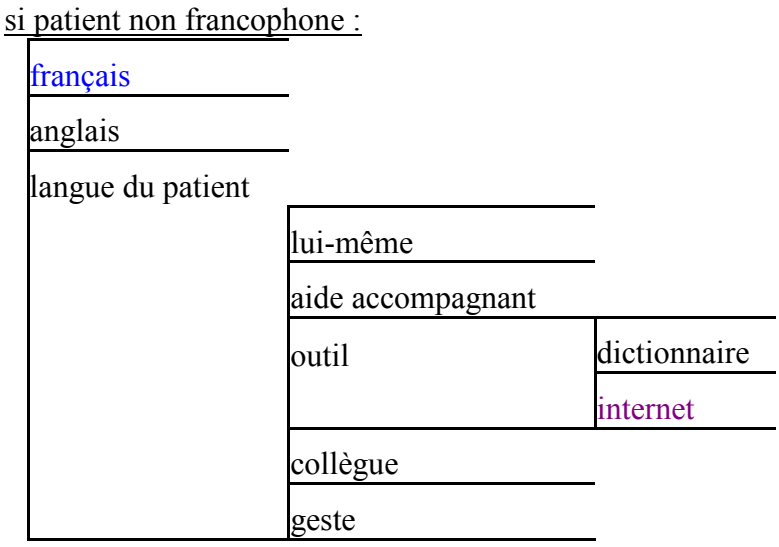
4.3.3.2.3 Sur la discrimination

La mesure des comportements discriminatoires fut réalisée par des observations directes des rencontres soignant - soigné. Nous évaluions la situation, à savoir les propos et actes des soignants, sur la base d'une grille d'observation qui nous permettait de quantifier et comparer les situations. Cette grille figure en annexe : fichier « grille d'observation étude 3 » dans le dossier « annexes étude 3 ».

Pour créer cette grille, nous nous sommes inspirés :

- du recensement de tous les actes effectués et les propos des soignants,
- de questionnaires déjà existant sur l'évaluation de comportements discriminatoires (Brondolo et al., 2005 ; Controda et al., 2001 ; Long, Li & Kim, 2004 ; Paradies & Cunningham, 2008). Nous avons listé les items des différents questionnaires, puis éliminé ceux qui ne pouvaient être applicables dans le contexte médical. Par exemple l'item « être traité de manière injuste par les collègues » (Brondolo et al., 2005) vient du contexte professionnel du répondant, ce qui n'est pas ici notre objet d'étude.

Nous présentons ci-dessous une partie de cette grille. Cette partie identifie la manière dont le soignant communique avec un patient non-francophone. Si le soignant s'adressait au patient en français, nous entourions ou cochions la case « français ». Si le soignant utilisait internet pour traduire dans la langue du patient, nous entourions ou cochions « internet » :



Pour chaque situation observée, les comportements (verbaux ou gestuels) étaient évalués selon qu'ils avaient été réalisés ou non.

La grille d'observation comprend 191 items recouvrant l'ensemble des observables dans un service d'urgences et d'items issus d'échelles existantes de discrimination. Toutefois, certains de ces items ont été observés dans trop peu de situations pour effectuer des analyses statistiques. Selon les conventions exposées par Howell (2004), un item sera étudié dès que l'effectif observé de chaque modalité sera supérieur ou égal à 5.

Nous avons également choisi de traiter nos observations en séparant les items potentiellement observables face à tous les patients des items soumis à condition. Par exemple, l'item « le soignant utilise un dictionnaire pour traduire ses propos » ne peut s'observer que face à un patient non francophone.

54 items sont conservés et répartis dans 5 grands domaines thématiques : les caractéristiques de la relation, l'interrogatoire, les examens, les soins et enfin l'installation.

Les items conservés se répartissent de la manière suivante :

Caractéristiques de la relation (16 items) :

Comportement	Non-discrimination	Discrimination
soignant interagit avec le patient	le soignant interagit avec le patient et un accompagnant (patient inconscient, enfant, patient non francophone)	le soignant interagit avec uniquement un accompagnant, sans s'adresser au patient
soignant salue le patient	le soignant salue le patient	le soignant ne salue pas le patient
mode d'adresse	le soignant utilise "vous" (patient adulte, patient qu'il ne connaît pas) ou "tu" (patient enfant, patient qu'il connaît)	le soignant utilise "tu" (patient adulte qu'il ne connaît pas), "il" ou aucune marque d'adresse
soignant utilise le nom du patient	le soignant utilise au moins le nom ou le prénom du patient, il lui demande s'il ne le connait pas	le soignant n'utilise ni le nom, ni le prénom du patient, et ne lui demande pas si il ne le connait pas
soignant utilise le prénom atient		
soignant demande son nom au patient		
soignant utilise M. Mme Mlle	le soignant utilise un titre de civilité envers le patient	le soignant n'utilise pas de titre de civilité envers le patient
soignant indique son métier	le soignant indique son métier	le soignant ne se présente pas, n'indique aucun élément pour l'identifier
soignant indique sa fonction	le soignant indique sa fonction (accueil)	
soignant se présente sur au moins un élément	le soignant se présente au patient sur au moins un élément possible : prénom – nom – métier – fonction	
soignant discute avec le patient	le soignant discute avec le patient de choses non liées à la pathologie : famille, travail par exemple	le soignant ne parle au patient que du soin et de la pathologie ou ne parle pas du tout au patient
soignant sourit au patient	le soignant sourit au patient	le soignant ne sourit pas au patient
contact non médical	le soignant touche le patient pour autre chose qu'un soin – examen (serrer la main, main sur l'épaule par exemple)	le soignant évite tout contact avec le patient, hors contact nécessaire à l'activité (installation, auscultation, soin)
soignant regarde le patient	le soignant regarde le patient (hors regard pour des examens, soins)	le soignant ne regarde pas le patient
soignant adapte son discours	le soignant adapte son mode d'expression au patient : parler plus fort, plus lentement	le soignant n'adapte pas son discours
soignant insiste face au refus du patient	lorsque le patient manifeste un refus, le soignant accepte	lorsque le patient manifeste un refus, le soignant insiste.

Interrogatoire (11 items) :

Comportement	Non-discrimination	Discrimination
antécédents du patient	le soignant demande au patient ses antécédents	le soignant ne demande pas au patient ses antécédents
comment va le patient	le soignant demande au patient comment il va	le soignant ne demande pas au patient comment il va
question sur la durée	le soignant interroge le patient sur la durée de la pathologie (par exemple : « *depuis quand* ? »)	le soignant n'interroge pas le patient sur la durée de la pathologie
objet de la visite	le soignant demande l'objet explicite de la présence du patient (par exemple : « *c'est la grippe ?* »)	le soignant ne demande pas l'objet explicite de la présence du patient
symptômes	le soignant demande au patient ses symptômes	le soignant ne demande pas au patient ses symptômes,
contexte du problème	le soignant pose des questions sur le contexte d'apparition du problème (par exemple : « *c'est une guêpe, c'est sûr ?* »	le soignant ne pose pas de questions sur le contexte d'apparition du problème
état général	le soignant interroge le patient sur une modification de son état général (par exemple : « *vous avez perdu du poids ?* »)	le soignant n'interroge pas le patient sur une modification de son état général
mouvement pour préciser son diagnostic	le soignant demande au patient d'effectuer un mouvement pour préciser son diagnostic (exemple bouger le bras)	le soignant ne demande pas au patient d'effectuer un mouvement pour préciser son diagnostic
allergies	le soignant demande au patient si il a des allergies	le soignant ne demande pas au patient si il a des allergies
traitement quotidien	le soignant demande au patient s'il a un traitement quotidien (exemple diabète)	le soignant ne demande pas au patient s'il a un traitement quotidien
prise de médicaments	le soignant demande au patient si il a pris chez lui un médicament pour le problème le menant aux urgences (par exemple : « *vous avez pris quelque chose pour la douleur ?* »)	le soignant demande au patient si il a pris chez lui un médicament pour le problème le menant aux urgences

Examen (13 items) :

Comportement	Non-discrimination	Discrimination
fait une prise de sang	le soignant fait une prise de sang	le soignant ne fait pas de prise de sang
explique la prise de sang	le soignant explique la prise de sang effectuée	le soignant n‘explique pas la prise de sang effectuée
prend la tension	le soignant prend la tension	le soignant ne prend pas la tension
explique la prise de tension	le soignant explique la prise de tension	le soignant n‘explique pas la prise de tension
prend la température	le soignant prend la température	le soignant ne prend pas la température
prend la saturation	le soignant prend la saturation	le soignant ne prend pas la saturation
fait un dextro*	le soignant fait un dextro	le soignant ne fait pas de dextro
explique le dextro	le soignant explique le dextro	le soignant explique le dextro
fait un ECG	le soignant fait un ECG	le soignant fait un ECG
ausculte le patient	le soignant ausculte le patient	le soignant ausculte le patient
au moins un examen fait	le soignant fait au moins un examen	le soignant ne fait aucun examen
explique les examens faits	le soignant explique au moins un examen qu‘il pratique	le soignant n‘explique aucun des examens qu‘il pratique
annonce le résultat d'un examen	le soignant annonce le résultat des examens	le soignant n‘annonce pas les résultats des examens

Soin (5 items) :

Comportement	Non-discrimination	Discrimination
médicament	le soignant donne un médicament	le soignant ne donne pas de médicament
effets secondaires des médicaments	le soignant explique les effets secondaires possibles des médicaments donnés	le soignant n‘explique pas les effets secondaires possibles des médicaments donnés
soin effectué	le soignant réalise au moins un soin	le soignant ne réalise aucun soin
soin expliqué	le soignant explique les soins qu‘il pratique	le soignant n‘explique aucun des soins qu‘il pratique
suite des soins, de la prise en charge	le soignant explique la suite (par exemple : « le médecin va venir vous examiner »)	le soignant n‘explique pas la suite (par exemple il quitte la chambre sans un mot)

Installation (9 items) :

Comportement	Non-discrimination	Discrimination
soignant déshabille le patient	le soignant déshabille le patient	le soignant ne participe pas à l'installation du patient
soignant demande au patient de se déshabiller	le soignant demande au patient de se déshabiller	
soignant explique au patient qu'il doit se déshabiller	le soignant explique au patient qu'il doit se déshabiller	
soignant bouge le patient pour l'installer	le soignant bouge le patient pour l'installer	Le soignant ne participe pas aux déplacements du patient
soignant accompagne le patient dans un déplacement	le soignant accompagne le patient dans un déplacement	
soignant demande au patient un déplacement	le soignant demande au patient un déplacement	
soignant déplace le patient	le soignant déplace le patient	
bien-être du patient	le soignant questionne le patient sur son bien-être (exemple : "vous avez froid ?")	le soignant ne questionne pas le patient sur son bien-être
attente aux urgences	le soignant explique l'attente aux urgences	le soignant n'explique pas l'attente aux urgences

4.3.3.3 Population étudiée

121 observations ont été effectuées, 57 soignants ont été observés, représentant une moyenne de 2,12 observations par soignant.

4.3.3.3.1 Description des soignants observés

Le tableau 4.9 suivant résume l'ensemble des caractéristiques des soignants observés :

	Total (N = 57)	
Démographiques		
Age (m, σ)	31,7	8,06
Age (mini, maxi)	21	55
Genre (n, %)		
Homme	12	21,1
Femme	45	78,9
Profession (n, %)		
Aide-soignant-e	4	7
Brancardier	1	1,8
Infirmier-e	39	68,4
Interne	6	10,5
Médecin	7	12,3
Expérience (m, σ)		
Professionnelle	8,37	7,85
Poste actuel	3,77	4,15
Origine éthnique (n, %)		
Europeén (Caucasien)	41	86
Afrique du nord (Arabe)	3	5,3
Afrique (Sub-Saharien)	1	1,8

Tableau 4.9 : Description de l'échantillon de soignants

Notre échantillon de 57 soignants se compose de 12 hommes (21.1 %) et 45

femmes (78.9 %), leur âge moyen est de 31,71 ans (σ = 8,06). 36 soignants (63,2 %) travaillent au centre hospitalier bourguignon et 21 soignants (36,8 %) travaillent dans l'hôpital de la région parisienne. Les soignants observés étaient infirmiers (N = 39 ; 68,4 % de l'échantillon), aides-soignants (N = 4 ; 7 %), internes (N = 6 ; 10,5 %), médecins (N = 7 ; 12,3 %), brancardiers (N = 1 ; 1,8 %). Ils ont en moyenne 8,37 ans (σ = 7,85) d'expérience dans leur profession et 3,77 ans (σ = 4,15) d'ancienneté dans le service actuel. Dans l'ensemble, les soignants aux urgences sont jeunes, en début de carrière.

Ils sont de nationalité française pour 55 d'entre eux (95,5 %), un est de nationalité marocaine et un n'a pas répondu à cet item. Ils sont d'origine française pour 47 (82,5 %) d'entre eux, 6 sont d'origine étrangère (10,5 %) et 4 n'ont pas répondu à cet item. Parmi les soignants d'origine étrangère, nous dénombrons un Turc, deux Marocains, un Italien, un Sénégalais, un Belge.

Pour les analyses ultérieures, les soignants étaient répartis en trois groupes : européens (avec les soignants français, italiens, belges ; N = 49 soit 86 % de l'échantillon) ; méditerranéens (avec les soignants turcs, marocains ; N = 3 soit 5,3 % de l'échantillon) ; africain (avec le soignant sénégalais ; N = 1 soit 1,8 % de l'échantillon).

Les compétences linguistiques des soignants observés étaient évaluées en distinguant les langues parlées dans leur famille et les langues acquises autrement (école, durant des voyages à l'étranger).

Concernant les langues parlées dans leur famille, 53 soignants déclarent parler français, 2 anglais, 2 allemand, 2 arabe, 1 turc, 2 espagnol. 1 soignant n'a pas répondu à cet item. Certains soignants évoquent deux langues utilisées dans leur famille, ce qui justifie plus de 57 sujets dénombrés.

Pour les langues étrangères acquises, 18 soignants n'ont pas répondu à cet item. 4 soignants déclarent parler anglais, 12 espagnol, 6 allemand, 3 arabe, 1 sénégalais et 1 russe. Là encore, les soignants pouvaient évoquer plusieurs langues, c'est pourquoi nous obtenons plus de 57 réponses.

Les membres de notre échantillon sont tous francophones. Certains (N = 6) ont deux langues maternelles. A l'opposé, 17 soignants ne parlent que français. Ce qui représente près du tiers de notre échantillon (31,6 %).

Pour la suite des analyses utilisant les variables signalétiques des soignants, nous avons tout d'abord observé si les distributions suivent une loi normale. Nous avons pour cela effectué les histogrammes avec courbes gaussiennes révélant que l'âge des soignants, l'expérience dans la profession et l'ancienneté dans le service ne suivent pas une loi normale. Les tests impliquant ces variables seront alors non paramétriques.

4.3.3.3.2 Description des situations observées

Le tableau 4.10 décrit les situations observées :

Lieu	Effectif		Durée	
	N	%	m	σ
IAO	65	53,7	8	6,628
SAUV	8	6,6	23,25	20,19
ISO	2	1,7	7	4,243
Chambre	46	38	8,91	7,369
Total	121	100	9,35	9,05

Tableau 4.10 : Descriptif des situations observées

Les 121 observations ont duré en moyenne 9,35 minutes (σ = 9,05). Une observation particulière augmente cette moyenne, il s'agissait d'une réanimation sur un patient qui a duré 70 minutes. La plupart des interactions observées ne duraient pas plus de 10 minutes (N = 91 ; 75,8 %) et la moitié durait moins de 7 minutes (N = 69 ; 57,5 %). Dans les services d'urgences, les rencontres semblent donc de courte durée. Ceci correspond à l'activité du service où un soignant gère plusieurs patients en même temps. Il morcelle son travail envers un patient. Il alterne ses temps avec chaque patient. Il va par exemple effectuer des examens auprès du patient A, prescrire des radiographies, aller voir le patient B et reviendra auprès du patient A lorsque les radios auront été effectuées et seront disponibles pour le soignant. Ce morcellement de la prise en charge permet de rentabiliser son temps et ainsi d'augmenter le flux des patients dans le service. Les durées mesurées des différentes situations ne suivent pas une loi normale, nous utiliserons alors des tests non paramétriques lorsque cette variable sera étudiée.

Soixante-cinq observations ont été effectuées en IAO (53,7 % de l'ensemble des observations). Il s'agit du poste « Infirmière d'Accueil et d'Orientation ». Ce poste correspond à la première rencontre entre le patient et un soignant. C'est là que le soignant (généralement un infirmier, parfois doublé d'un interne et sous la supervision d'un médecin) va évaluer la gravité de la pathologie, critère qui déterminera l'ordre de passage du patient dans le reste du service. C'est également la première rencontre entre l'équipe soignante et le patient, et donc le moment où certaines difficultés apparaissent à l'équipe, telles que des problèmes linguistiques, un patient agité. Ces difficultés éventuelles seront transmises au reste de l'équipe, qui adaptera sa prise en charge en fonction de ses informations. Par exemple, un patient non francophone dont la pathologie nécessite une prise en charge dans la partie médecine du service pourra être suivi par un soignant de la partie chirurgicale du service car celui-ci parle la langue du patient. Les informations recueillies au poste IAO sont donc essentielles pour la prise en charge, y compris pour une

éventuelle modification de l'activité qu'elles vont générer.

Huit observations ont été réalisées en SAUV (6,6 % de l'ensemble des observations). Il s'agit du Service d'Accueil des Urgences Vitales, parfois appelé salle de déchocage ou salle de réa. A ce poste, les soignants traitent des urgences vitales, telles que des arrêts cardiaques, des difficultés respiratoires. Les interactions soignant patient sont plus longues en SAUV que dans le reste du service : $m_{SAUV} = 23,25$; $\sigma = 20,19$; $m_{non\text{-}SAUV} = 8,36$; $\sigma = 6,88$ (test de Mann-Whitney : $U = 158$, $p = .002$). Ce qui est lié aux pathologies qui nécessitent une surveillance accrue et des soins plus importants de la part des soignants.
Deux observations ont eu lieu en ISO (1,7 % de l'ensemble des observations). Il s'agit de la chambre d'isolement consacrée aux patients très agités, voire dangereux. Les soignants ne sont jamais seuls lorsqu'ils doivent interagir avec un patient qui s'y trouve. Ils préviennent leurs collègues, font généralement appel à un agent de sécurité ou des brancardiers pour rester à proximité, voire venir avec eux dans la chambre pour examiner le patient, le déshabiller, le soigner. Parfois le patient est attaché, et/ou sédaté, lorsqu'il devient trop violent et dangereux pour lui et/ou l'équipe soignante.

Enfin, 46 observations ont été effectuées dans les salles de soins « classiques » (« classiques » pour les distinguer des autres postes de soins présentés ci-dessus) (38 % de l'ensemble des observations). C'est là que les patients sont installés (déshabillés et vêtus d'une chemise d'hôpital), examinés et soignés lorsque c'est du ressort du service des urgences (désinfection de plaie, suture, pose de plâtre par exemple), mais également que les spécialistes viennent sur demande d'un urgentiste pour décider si le patient doit être admis ou non dans un service hospitalier (fracture nécessitant une opération par exemple).

Au moment des observations, les soignants travaillaient depuis 6,83 heures en moyenne ($\sigma = 2,8$). La répartition des valeurs ne suivant pas une distribution normale, nous utiliserons des tests non paramétriques dans la suite des analyses.

En moyenne 4,78 patients ($\sigma = 2,39$) arrivaient aux urgences dans l'heure durant laquelle l'observation était effectuée.

4.3.3.3.3 Description des patients observés

Le tableau 4.11 suivant résume l'ensemble des caractéristiques des patients observés :

	Total (N = 116)	
Démographiques		
Age (m, σ)	48,60	22,89
Age (mini, maxi)	7	99
Genre (n, %)		
Homme	66	56,9
Femme	50	43,1
Origine ethnique (n, %)		
Europe	82	70,7
Afrique du Nord	22	19
Afrique	12	10,3
Non francophone (n, %)	11	9,1
SDF (n, %)	7	5,8
Handicap physique (n, %)	8	6,6
Handicap psychique (n, %)	16	13,2
Toxicomane (n, %)	5	4,1
Alcoolique (n, %)	20	16,5
Alcoolisé (n, %)	19	16,4

Tableau 4.11 : Description de l'échantillon de patients

116 patients ont été observés, la plupart ont été rencontrés une seule fois. Deux patients ont été observés deux fois et un autre a été observé 4 fois, il s'agissait d'un SDF qui venait tous les soirs dans le service.

66 (56,9 %) étaient des hommes et 50 (43,1 %) des femmes. Ils ont en moyenne 48,69 ans (σ = 22,89). 82 sont d'origine européenne (70,7 %), 22 sont d'origine arabe (19 %) et 12 sont d'origine d'Afrique noire (10,3 %). 11 patients (9,1 %) ne parlent pas français.

19 sont arrivés aux urgences en état alcoolisé (16,4 %).

Les soignants ont estimé que 22 patients étaient étrangers (18,2 % des cas),

40 d'origine étrangère (33,1 % des cas), 7 SDF (5,8 % des cas), 8 souffrent d'un handicap physique (6,6 % des cas), 16 d'un handicap psychique (13,2 % des cas), 5 toxicomanes (4,1 % des cas) et 20 alcooliques (16,5 % des cas).

L'âge des patients suivant une distribution normale, nous pourrons dans les analyses suivantes utiliser des tests paramétriques.

Concernant les pathologies, nous n'avons pas eu l'information concernant tous les patients. Parmi ceux dont nous avons pu relever les pathologies, nous observons une grande diversité des motifs de venue aux urgences : 14 patients sont venus pour des chutes, 13 pour des douleurs (hors thoraciques et abdominales), 12 pour une plaie, 6 pour une entorse, 6 pour un trauma, 4 pour un accident. Ensuite, 3 patients sont venus pour les pathologies suivantes : fracture, altération de l'état général, agression, douleur à l'œil, SDF cherchant un hébergement pour la nuit ; alcoolisé ; 2 patients pour les pathologies douleur thoracique, douleur abdominale, accident vasculaire cérébral, personne en garde à vue, malaise, luxation et tentative de suicide. Enfin, certaines pathologies ont été observées une seule fois chacune : fièvre, démangeaison, crise d'angoisse, faiblesse, piqûre d'abeille, hypoglycémie, démence, paludisme, difficultés respiratoires, défenestration, renouvellement d'ordonnance de psychotrope, poils de chat avalés, hémorroïdes, perte de connaissance, amaigrissement.

Les pathologies observées aux urgences sont très variées, allant de l'accident vasculaire cérébral (spécialité neurologique) à la fracture (spécialité orthopédique), mais aussi de patients psychiatriques (renouvellement d'ordonnance de psychotrope) à des patientes relevant de gynécologie (douleur adbominale chez une femme). Par conséquent, il est impossible ici de cartographier les pathologies traitées dans les services d'urgences tant elles sont variées par rapport au nombre d'observations effectuées.

4.3.3.4. Synthèse

Cette étude vise à étudier si les augmentations de la charge de travail entraînent des augmentations de comportements discriminatoires de la part des soignants.

Pour cela, la méthodologie mise en place consiste en des observations in situ, l'échelle du NASA-TLX et un questionnaire demandant au soignant d'évaluer les caractéristiques du patient et son comportement.

L'échantillon comprend 57 soignants, majoritairement des infirmiers, et 116 patients. Au cours du recueil de données, 121 situations ont été observées, majoritairement en IAO, poste le plus sensible aux variations de flux des patients.

4.3.4 Résultats

Nous commencerons par étudier les variations de la charge de travail perçue par les soignants. Dans une seconde partie, nous étudierons les manifestations de la discrimination et l'impact que peut jouer la charge de travail.

Pour chaque partie une conclusion spécifique résumera les résultats confirmant ou infirmant les hypothèses.

Lors des analyses, nous avons vérifié la répartition des valeurs de chaque item afin de vérifier que nous pouvions utiliser un test paramétrique. Lorsque les conditions n'étaient pas remplies, nous utilisions un test non paramétrique.

4.3.4.1 Etude de la charge de travail perçue

Le premier point de cette étude est d'étudier les facteurs influençant le plus la charge de travail perçue par les soignants.

Dans une première partie, nous allons étudier la charge de travail perçue par les soignants. Nous allons tout d'abord présenter les scores moyens obtenus aux différentes dimensions du NASA-TLX. Nous comparerons ces scores aux résultats obtenus dans d'autres domaines.

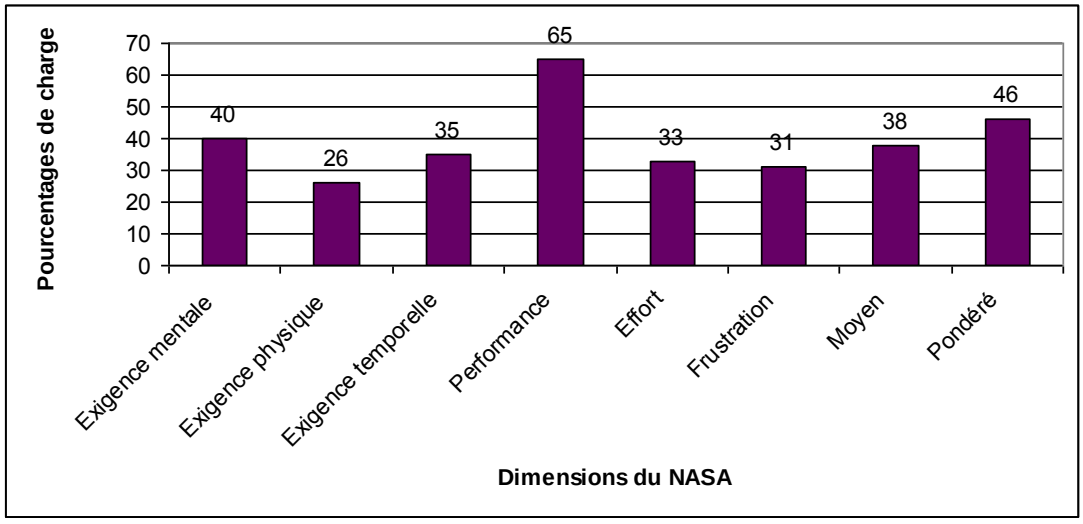
Dans une seconde partie, nous étudierons les variations de charge selon les quatre catégories de facteurs pris en compte : l'activité, les CPS des patients, leurs comportements et enfin les difficultés de communication.

Enfin, nous comparerons la part de ces facteurs dans la variation de la charge de travail perçue.

4.3.4.1.1. Analyse de la charge de travail

4.3.4.1.1.1 Mesure de la charge des soignants avec le NASA-TLX

Les scores moyens de charge pour chaque dimension sont représentés dans le graphique 4.6 :



Graphique 4.6 : Moyenne des scores de charge de travail, sur les 6 dimensions du NASA-TLX, la charge moyenne et le niveau pondéré de la charge.

Les données recueillies et présentées dans le graphique 5.1 indiquent que la charge de travail des soignants est caractérisée par une Performance élevée (65,43 % en moyenne). Cette dimension est la plus élevée des 6 dimensions du NASA-TLX, il semble que l'atteinte des objectifs est l'une des caractéristiques principales de l'activité des soignants.

L'Exigence Mentale, l'Exigence Temporelle, l'Effort et la Frustration suivent avec des scores respectifs de 39,98 %, 35,39 %, 33,29 % et 31,05 %. Enfin, la dimension

que les soignants estiment le moins solliciter est l'Exigence Physique, avec seulement 25,63 % de charge.

Le score moyen de charge est de 38,4 % et le score pondéré est de 45,68 %, ce qui indique une charge de travail relativement moyenne pour l'ensemble des situations observées.

A l'exception de la dimension performance, tous les autres indicateurs de charge présentent des niveaux moyens voire faibles. En effet, aucune dimension de la charge de travail évaluée ne dépasse une intensité de 50 %.

Pour la suite des analyses utilisant les variables de la charge de travail, nous avons tout d'abord observé si les distributions suivent une loi normale. Les scores à l'Exigence mentale, l'Exigence physique, l'Exigence temporelle, la Performance, l'Effort et la Frustration ne suivent pas une loi normale. Les tests impliquant ces variables seront alors non-paramétriques. En revanche, les scores moyens de charge et les scores pondérés de charge suivent une distribution normale. Nous utiliserons alors des tests paramétriques dans nos prochaines analyses impliquant ces variables.

4.3.4.1.1.2. Comparaison avec d'autres domaines

Nous avons répertorié les scores de charges obtenus dans d'autres recherches, dans d'autres domaines (graphique 4.7). Nous avons identifié 12 recherches publiant les scores de charges recueillis (présentation détaillées en annexe).

Parmi ces recherches :

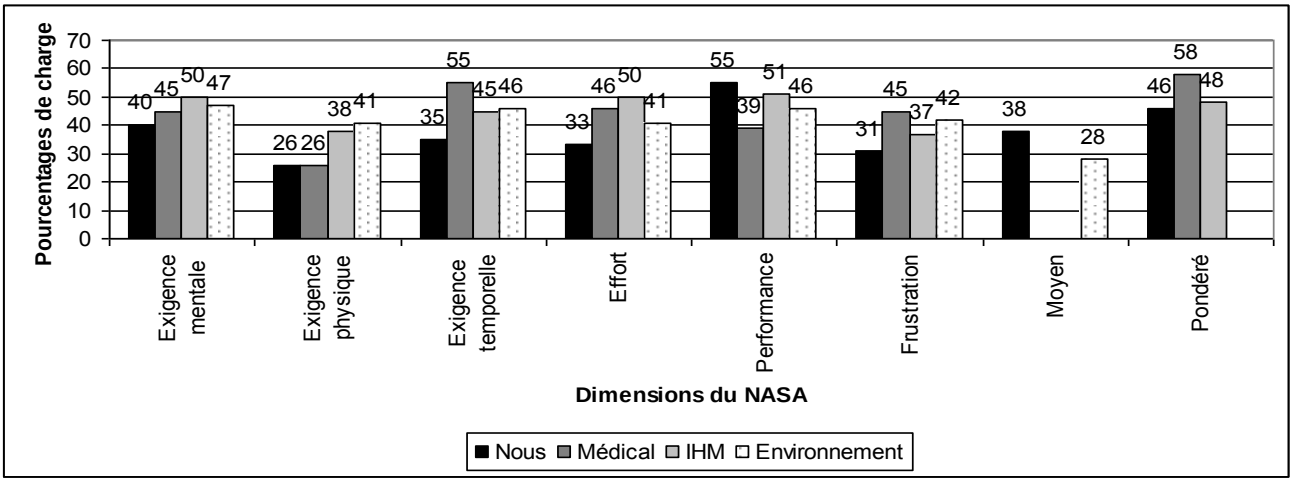
- 2 s'intéressent au domaine médical (utilisation d'un tableau : France et al., 2005 ; impact d'un système électronique d'enregistrement de données: Hertzum et Simonsen, 2008,
- 8 s'intéressent aux Interactions Hommes-Machines (effet de tâches cognitives et physiques sur la pression sanguine : Fredericks, Choi, Hart, Butt & Mital, 2005 ; comparaison de la charge de travail selon deux systèmes de simulation de navigation : Gould et al., 2009 ; étude de l'utilisabilité d'un système d'alarme dans les centrales nucléaires : Huang et al., 2007 ; impact de l'âge selon l'outil technologique : Kang & Yoon, 2008 ; saisie sur PDA selon le rythme de marche : Lin, Goldman, Price, Sears & Jacko, 2007 ; étude des cockpits d'hélicoptères : Miller & Hannen, 1999 ; évaluation d'un nouveau système d'interaction homme-homme basé sur la télé : Ryu & Wong, 2008 ; réussite à une tâche principale dans un test de double tâche : Shinohara, Miura & Usui, 2002),
- 2 s'intéressent aux variations de l'environnement de travail (performance selon l'environnement : Adam et al., 2008 ; impact de la température et du temps d'exposition : Lan, Wargocki, Wyon & Lian, 2011).

Le premier point saillant est l'importance de la dimension Performance pour les soignants de notre étude. Les autres recherches recensées présentent des scores inférieurs. La différence est encore plus importante si l'on compare avec les autres études en milieu médical : 26 % de différences de ressenti de la part des soignants. Les soignants aux urgences estiment atteindre un niveau élevé dans leur performance. La particularité de leur activité (soigner des patients parfois avec une pathologie grave) suppose un engagement supérieur à celui demandé

dans une expérience sur l'utilisation d'un PDA en marchant (Lin et al., 2007), par exemple. Une défaillance de leur part pouvant réduire le pronostic vital du patient, les soignants vont mobiliser leurs ressources au maximum pour soigner le patient et atteindre un niveau maximum de performance.

Seule la dimension Performance est plus élevée dans notre contexte que dans les autres recherches. Pour les autres dimensions de charge, les scores obtenus dans notre étude sont inférieurs aux scores des recherches recensées. Les écarts étant moins importants que pour la dimension Performance, les autres dimensions de charge de travail semblent plus stables selon le contexte.

Toutefois, les autres études recensées dans le secteur médical s'intéressent à l'interaction entre le médecin et un dispositif technique. Elles ne traitent pas de l'activité de soin en tant que telle, ce qui pourrait expliquer les différences constatées comparativement à nos résultats, alors que le milieu professionnel est équivalent. Les études montrent des niveaux d'Exigence Temporelle, d'Effort et de Frustration plus élevés que ceux que nous avons obtenus. La différence observée sur le score d'exigence temporelle s'explique car dans les études recensées les soignants devaient interagir avec un nouveau dispositif. Cette interaction nécessite un temps d'apprentissage et d'adaptation, et donc une activité supplémentaire qui doit être réalisée dans le même temps, qui demande un effort supplémentaire. Dans notre étude, les soignants évaluaient leur activité quotidienne, dans les conditions habituelles de leur réalisation (sauf pour la présence de l'observateur, mais cela n'ajoutait pas de tâche supplémentaire dans leur travail de soignant).



Graphique 4.7 : Comparaison des niveaux de charge par dimension avec les résultats de recherches dans d'autres domaines

* certaines études utilisent le score moyen de charge, d'autres le score pondéré, nous avons choisi de conserver la distinction entre les deux modes de calcul.

4.3.4.1.1.3 Conclusion

Les évaluations des soignants concernant leur charge de travail indiquent que la dimension Performance est la plus élevée. Ce résultat indique que les soignants estiment atteindre les objectifs déterminés par la tâche. Plus surprenant sont les scores obtenus aux dimensions Exigence Mentale et Exigence

Temporelle. De par les caractéristiques de l'activité des services d'urgences (pression temporelle, variété des pathologies par exemple), il nous semblait que ces dimensions pouvaient être évaluées de manière plus importante. Peut-être les soignants ont-ils tellement l'habitude de ces variations dans leur activité qu'ils ne les ressentent plus comme une charge de travail ?

4.3.4.1.2. Variation de la charge de travail

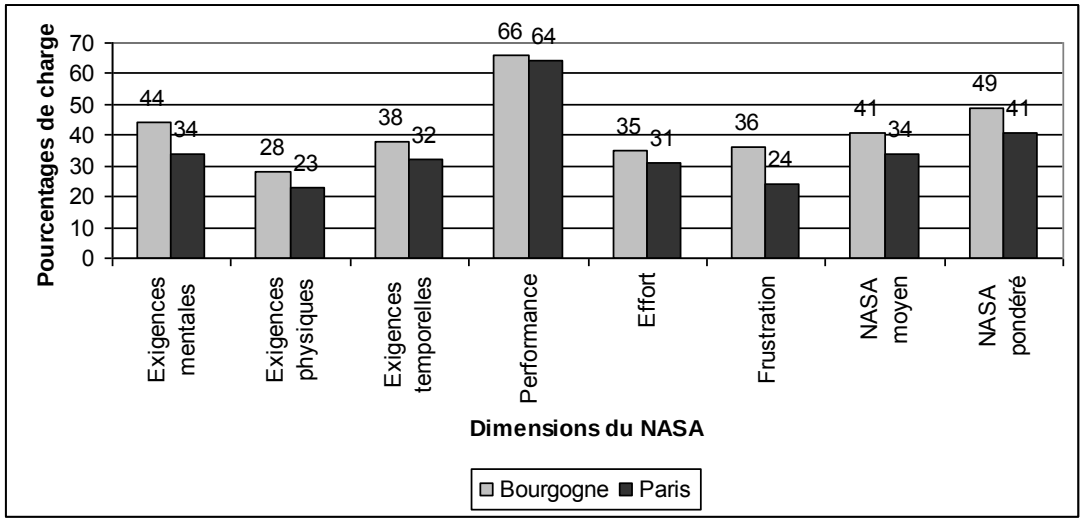
4.3.4.1.2.1 Variation de la charge de travail selon le travail

Nous souhaitons comparer ici l'impact de l'organisation sur la charge de travail. Pour cela, nous comparerons les scores de charge des soignants des deux hôpitaux.

Dans un second temps, nous examinerons l'impact du temps de travail et du flux des patients sur les scores de charge

4.3.4.1.2.1.1. Variation de la charge selon l'hôpital

Nous constatons que les scores de charge aux différentes dimensions selon l'hôpital suivent un profil similaire (graphique 4.8). Dans les deux structures, la dimension performance est la plus élevée, suivie par l'exigence mentale, l'exigence temporelle, l'effort, la frustration et enfin l'exigence physique qui présente les taux les plus bas. Même si les niveaux de charge ressentie varient, les mêmes dimensions sont les plus mobilisées.



Graphique 4.8 : Niveaux de charge de travail perçue sur chaque dimension selon l'hôpital

Les comparaisons de moyennes effectuées nous indiquent que les scores aux dimensions Exigence Temporelle, Performance et Effort ne sont pas significativement différents selon l'hôpital. La charge de travail perçue sur ces dimensions semble alors stable d'une structure à une autre, d'une population de patients à une autre.

Pour les autres dimensions, les soignants de l'hôpital bourguignon ressentent une charge significativement plus élevée que les scores de l'hôpital parisien : Exigence Mentale : U = 1336, p -=.021 ; Exigence Physique : U = 1380, p = .038 ; Frustration : U = 1271, p = .008).

4.3.4.1.2.1.2. Variation de la charge selon l'activité

Nous avons relevé pour chaque observation depuis combien de temps les soignants étaient à leur poste ainsi que le nombre de patients entrés dans le service durant l'heure de l'observation. Ces mesures sont toutes deux numériques, de même que les scores aux dimensions du NASA-TLX. Selon la normalité de la distribution de chaque variable, nous avons effectué des tests de corrélation de Spearman ou de Pearson

	Nombre d'heures travaillées	Nombre d'entrées dans le service dans l'heure observée
Exigence Mentale	Ns[a]	Ns[a]
Exigence Physique	Ns[a]	Ns[a]
Exigence Temporelle	Ns[a]	Ns[a]
Performance	**-0,195*[a]**	Ns[a]
Effort	Ns[a]	Ns[a]
Frustration	Ns[a]	Ns[a]
Score moyen	Ns[a]	Ns[b]
Score pondéré	Ns[a]	Ns[b]

Tableau 4.12 : Variation aux scores de charge de travail selon l'activité

[a] : Coeficient de corrélation de Spearman

[b] : Coeficient de corrélation de Pearson

* : $p < .05$ ** : $p < .01$ *** : $p < .001$

Nous constatons un lien, même relativement faible, entre le nombre d'heures travaillées et le niveau de Performance ($r_S = -0,195$, $p = .036$) : plus les soignants travaillent depuis longtemps à leur poste, moins ils ressentent atteindre les objectifs de la tâche.

Aucune corrélation significative entre les dimensions du NASA et le nombre d'entrées dans le service dans l'heure où une observation est effectuée n'est constatée. Il semble surprenant ici que le flux d'entrées dans le service ne modifie pas la charge de travail. Toutefois, il est possible que l'indicateur « nombre de patients entrés dans l'heure » ne soit pas suffisamment précis. Malheureusement, il ne nous était pas possible d'obtenir un indicateur plus précis pour le recueil effectué.

4.3.4.1.2.1.3. Synthèse sur les variations de la charge selon le travail

La charge de travail varie peu selon les indicateurs d'activité pris en compte.

Les soignants de l'hôpital bourguignon perçoivent que leur activité est plus exigeante mentalement, physiquement et plus frustrante que les soignants de l'hôpital parisien. Le service bourguignon étant au sein d'un CHU, les soignants ont régulièrement des étudiants (internes, externes, élèves infirmiers) à former.

Lorsqu‘ils doivent gérer un patient, pratiquer un examen, réaliser un soin, ils doivent également enseigner régulièrement ces actes, ce qui peut entraîner une charge supplémentaire sur certaines dimensions.

Plus un soignant travaille longtemps à son poste, moins il ressent atteindre une performance optimale. Au moment de remplir le questionnaire, certains soignants demandaient si le temps du service était pris en compte car entre le début et la fin de leur journée de travail, la fatigue s‘accumulait et leur patience diminuait. Ces ressentis peuvent également jouer sur la perception de leur performance.

Le flux d‘entrée des patients paraît ne pas modifier le sentiment de charge. L‘acroissement d‘activité lors d‘un aflux important de patients ne se traduit pas par une augmentation du sentiment de charge lorsqu‘un soignant s‘occupe d‘un patient. Ce résultat peut indiquer :

- une abstraction du reste de l‘activité du service : lorsque le soignant réalise un soin ou un examen, il se concentre sur ce soin et ne prend pas en considération le nombre de patients en salle d‘attente : par exemple, pour une prise de sang, il prendra le temps nécessaire pour préparer son matériel, trouver une veine, désinfecter, piquer, prélever le sang, nettoyer la plaie, étiqueter les tubes contenant le sang,
- une régulation de l‘activité : le soignant peut modifier ses protocoles opératoires pour accélérer le passage des patients dans le service : par exemple, lorsqu‘il n‘y a pas de patient en attente, les soignants discutent, plaisantent avec les patients présents dans le service, en revanche, lorsque plusieurs patients arrivent en même temps, les soignants ne discutent pas avec eux, ils se contentent de l‘interrogatoire médical et de pratiquer les premiers examens.

4.3.4.1.2.2 Variation de la charge de travail selon le patient

Nous étudierons ici en quoi la charge de travail évolue selon le comportement du patient, selon les difficultés de communication et enfin selon les CPS du patient.

4.3.4.1.2.2.1. Variation selon le comportement du patient

Les soignants devaient évaluer les patients selon différents comportements, en estimant sur une échelle de 1 à 6 si le patient possédait le comportement (6) ou non (1). Les distributions des variables des comportements des patients ne suivant pas une loi normale, nous utilisons le coefficient de corrélation de Spearman.

L‘alcoolisation du patient était évaluée de manière binaire : alcoolisé vs non alcoolisé. Nous avons utilisé un test t de Student pour les scores moyens et pondérés de charge dont les scores suivent une courbe normale. Pour les autres dimensions du NASA-TLX, nous avons utilisé le test de comparaison de moyenne de Mann-Whitney.

	Alcoolisé	Agressif	Revendicateur	Problèmes d'hygiène	Troubles du comportement	Troubles psychiatriques
Exigence Mentale	Ns[a]	Ns [c]	Ns [c]	Ns [c]	Ns [c]	Ns [c]
Exigence Physique	**786*[a]**	**,348**c**	**,382**[c]**	**,228*[c]**	**,278**[c]**	**.214*[c]**
Exigence Temporelle	Ns[a]	Ns [c]	Ns [c]	Ns [c]	Ns [c]	Ns [c]
Performance	Ns[a]	Ns [c]	**-,190*[c]**	Ns [c]	Ns [c]	Ns [c]
Effort	Ns[a]	**,232*[c]**	**,308**[c]**	**,182*[c]**	Ns [c]	Ns [c]
Frustration	Ns[a]	**,190*[c]**	**,257**[c]**	**,273**[c]**	Ns [c]	**,201*[c]**
Score moyen	Ns[b]	**,223*[c]**	**,261**[c]**	**,221*[c]**	Ns [c]	**,189*[c]**
Score pondéré	Ns[b]	**,234*[c]**	**,264**[c]**	**,229*[c]**	**,200*[c]**	**,221*[c]**

Tableau 4.13 : Lien entre les dimensions du NASA et les évaluations des soignants concernant le comportement des patients

[a] : Test de Mann-Whitney

[b] : Test de Student

[c] : Corrélation de Spearman

* : $p < .05$ ** : $p < .01$ *** : $p < .001$

Les scores aux dimensions Exigence mentale et Exigence temporelle ne semblent pas liés avec les comportements des patients. Par exemple, s'occuper d'un patient agressif n'augmente pas l'investissement intellectuel que le soignant doit investir dans la tâche.

En revanche, les autres dimensions du NASA semblent varier selon le patient :

L'Exigence physique de la situation semble plus importante dès que le patient est alcoolisé ($U = 786$, $p = .042$), présente des troubles psychiatriques ($r_S = 0{,}214$, $p = .018$), a des problèmes d'hygiène ($r_S = 0{,}228$, $p = .012$), manifeste des troubles du comportement ($r_S = 0{,}278$, $p = .002$) et surtout lorsque le patient se montre agressif ($r_S = 0{,}348$, $p = .000$) et/ou revendicateur ($r_S = 0{,}382$, $p = .000$).

La Performance semble diminuer à mesure que le patient est plus revendicateur ($rs = -0{,}190$, $p = .039$).

La dimension Effort du NASA est liée avec les problèmes d'hygiène du patient ($r_S = 0{,}182$, $p = .045$), le comportement agressif du patient ($r_S = 0{,}232$, $p = .014$) et son comportement revendicateur ($r_S = 0{,}308$, $p = .001$).

La dimension Frustration semble varier selon le comportement agressif du patient ($r_S = 0{,}190$, $p = .037$), lorsque le patient présente des troubles psychiatriques

(r_S = 0,201, p = .027), lorsqu'il a un comportement revendicateur (r_S = 0,257, p = .004) ou des problèmes d'hygiène (r_S= 0,273, p = .002).

En toute logique, de par l'ensemble des dimensions de la charge qui varient selon le patient, les scores moyens et pondérés de charge varient également, indiquant que plus un patient sera « difficile » (agressif, revendicateur, problème d'hygiène, trouble du comportement) plus la charge de travail perçue durant sa prise en charge sera élevée.

Un patient plus difficile à gérer semble donc augmenter l'effort physique des soignants. Il est vrai que certains patients agressifs nécessitent une surveillance pour limiter les risques de fugues, de blessures. Cette surveillance oblige le soignant à modifier son activité soit en déplaçant son travail pour garder le patient à portée de vue (déplacer ses dossiers pour les remplir dans la zone d'attente brancard), soit en allant fréquemment voir le patient dans sa chambre. Dans certains cas extrêmes, la contention devient impérative, ce qui est un exercice plutôt « sportif » pour l'équipe qui doit immobiliser et attacher un patient qui se débat.

Les variations de la dimension Performance pourraient être une réponse au comportement revendicateur du patient. Les soignants s'impliquent moins et n'atteignent pas le niveau de performance qu'ils obtiennent pour les autres patients. De plus, la performance étant évaluée de manière subjective, il est possible que ce soit le jugement du soignant et non sa performance réelle qui soit modifié par le comportement du patient : face à un comportement revendicateur et pour un soin effectué comme il le réalise d'habitude, le soignant pourrait s'interroger sur son activité et se dire que les revendications du patient indiquent une faible performance du soignant.

Les variations de la dimension Effort indiquent que face à ce type de patients, les soignants estiment devoir fournir plus d'efforts pour exécuter leur tâche. Il est normal que face à un patient agressif et pour atteindre ses objectifs, le soignant doive s'adapter et mobiliser plus de ressources (par exemple patience, négociation, argumentation du soin) que face à un patient calme qui n'entrave pas le travail du soignant.

Lorsque les soignants remplissaient l'item Frustration, régulièrement ils commentaient en expliquant qu'ils se sentent frustrés face à ces patients : « *on n'a pas l'impression de faire du soin* ».

De par l'ensemble de ces données, le comportement du patient est un facteur important de variation de charge de travail.

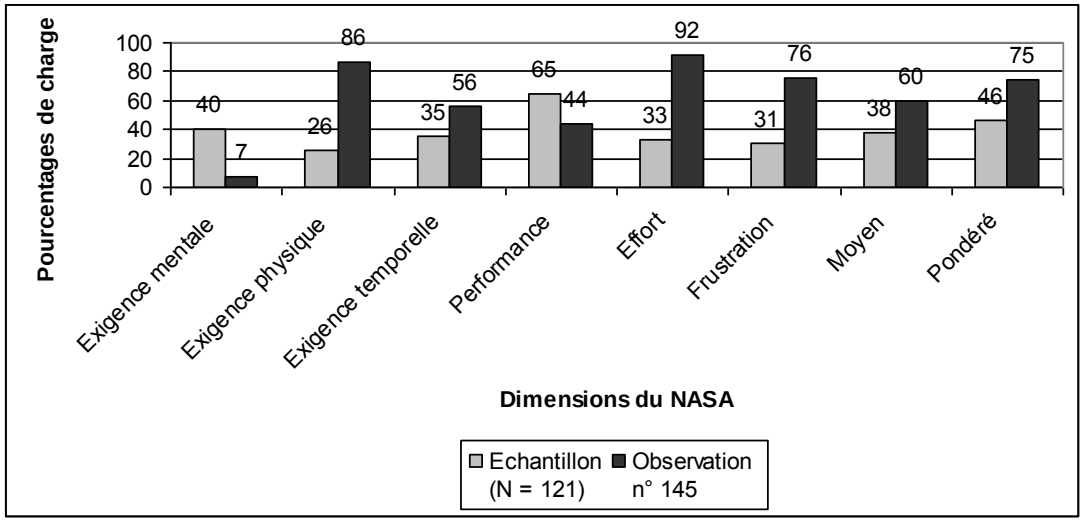
Illustration : situation observée

Lors d'une observation (observation n° 145), l'infirmière suivie devait participer à la mise sous contention physique et chimique d'une patiente. Celle-ci était placée dans la chambre d'isolement mais restait agitée. Elle exigeait de voir le médecin qui a ensuite préconisé la contention. Pour gérer la patiente à ce moment, l'ensemble du service s'est mobilisé autour d'elle, ce qui représentait 2 médecins, 2 infirmières, un aide-soignant, un brancardier. Deux soignants d'un autre service sont venus aider. La patiente était entourée de 8 personnes, occupant l'espace de la chambre d'isolement. Le médecin a tenté plusieurs minutes de la raisonner. Il lui a ensuite expliqué qu'ils allaient l'attacher. La patiente a contesté, le ton a monté jusqu'à ce que le médecin décide de mettre fin au débat. A ce moment, toute l'équipe s'est approchée de la patiente pour la tenir, permettant à une infirmière de sédater chimiquement la

patiente. Ensuite, certains ont tenu la patiente qui se débattait pendant que d'autres l'attachaient à des sangles préalablement préparées. L'ensemble de ces actes a duré 10 minutes, temps qu'ils n'ont pas mis à disposition d'autres patients.

La perception de la patiente par l'infirmière montre bien les difficultés ressenties. Elle a estimé que la patiente était : agressive, revendicative, présentant des troubles comportementaux et psychiatriques.

Les scores au NASA-TLX montrent d'ailleurs la particularité de cette situation (Graphique 4.9).



Graphique 4.9 : Comparaison des scores aux dimensions du NASA entre l'ensemble des observations et les scores de la situation 145, arrondis au point le plus proche

Le score de la dimension Exigence Mentale est faible (7 % de charge, rappel de la moyenne de charge de l'ensemble des observations : 39,98 %), révélant le faible effort mental de cette situation : toute la "négociation" avec la patiente venait du médecin, l'infirmière restait à côté, prête à attacher la patiente.

En revanche, le score de l'Exigence Physique est élevé : 86 % de charge (rappel de la moyenne de l'ensemble des observations : 25,63 %). Ce score illustre l'effort physique nécessaire pour attacher la patiente, qui ne se laissait pas faire.

La dimension Effort est également révélatrice de la difficulté de cette situation, l'infirmière ayant évalué à 92 % sa charge (rappel de la moyenne de l'ensemble des observations : 33,29 %).

En outre, ce type de situation n'est pas satisfaisant pour les soignants qui perdent le sens « aide » de leur travail. Dans cet exemple, les scores des dimensions Performance et Frustration montrent bien ce vécu :

- Performance : 44 % (rappel de la moyenne de l'ensemble des observations : 65,43 %) : attacher une patient donne un ressenti d'une faible performance,
- Frustration : 76 % (rappel de la moyenne de l'ensemble des observations : 31,05 %) : l'importance du score de cette dimension révèle le sentiment de fournir un soin déshumanisé.

En considérant l'ensemble des difficultés de cette situation, et les scores de charge plus élevés, il est logique d'observer que la charge de travail est plus élevée ici que dans l'ensemble des autres situations observées.

Sur l‘ensemble des comportements mesurés, tous ont un impact sur au moins une dimension de la charge de travail. La dimension Exigence Physique est la dimension de charge de travail la plus touchée par le comportement des patients. A l‘inverse, les dimensions Exigence Mentale et Exigence Temporelle ne semblent pas influencées par le comportement des patients. Il semble alors qu‘un patient difficile à gérer mobilise peu l‘activité mentale des soignants et n‘augmente par leur sentiment de pression temporelle. En revanche, ils nécessitent un investissement physique plus intense. On peut l‘illustrer par le patient agité qu‘il faudra calmer et empêcher de bouger, voire attacher au lit, ce qui augmente l‘activité physique du soin.

Envers ces patients difficiles à gérer, les soignants ressentent qu‘ils ont dû fournir plus d‘efforts et se sentent plus frustrés qu‘envers les autres patients. Outre les exigences accrues de l‘activité envers ces patients, la perception que les soignants ont de leur travail est également modifiée. Le niveau de frustration supérieur avec les patients difficiles indique que les soignants comparent la qualité de leur prise en charge par rapport aux autres patients et sont frustrés de ne pouvoir accorder aux patients difficiles la même qualité de soins qu‘envers des patients plus calmes à prendre en charge. Ils ont une vision de la qualité des soins qui ne peut s‘appliquer avec les patients difficiles, ils semblent ne pas faire abstraction de ces difficultés pour relativiser le soin effectué. On assiste à un décalage entre le soin optimal que le soignant donne d‘habitude et le soin optimal qu‘il peut fournir à un patient difficile à gérer. Ils ont conscience de ce décalage mais ne peuvent le relativiser au regard des difficultés apportées par le patient qui modifient leur prise en charge.

4.3.4.1.2.2.2. Variation selon les difficultés de communication

Les soignants devaient évaluer les causes des difficultés de communication, en estimant sur une échelle de 1 à 6 si la communication était difficile selon la cause proposée (6) ou non (1). Les trois causes de difficultés de communication proposées étaient la langue, un handicap et un problème psychologique. Les distributions des difficultés de communication ne suivant pas une loi normale, nous utilisons le coefficient de corrélation de Spearman.

Nous avons également relevé si le patient était francophone ou non. Nous avons utilisé le test t de Student pour les comparaisons des scores moyens et pondérés de charge qui ne suivent pas une distribution normale.

	Francophonie du patient	Langue	Handicap	Problème psychologique
Exigence Mentale	Ns[a]	NS[c]	**,328**[c]**	NS[c]
Exigence Physique	Ns[a]	NS[c]	**,187*[c]**	**,291**[c]**
Exigence Temporelle	Ns[a]	NS[c]	**,227*[c]**	NS[c]
Performance	Ns[a]	NS[c]	NS[c]	NS[c]
Effort	Ns[a]	NS[c]	**,208*[c]**	NS[c]
Frustration	Ns[a]	NS[c]	**,253**[c]**	**,205*[c]**
Score moyen	Ns[b]	NS[c]	**,321**[c]**	**,202*[c]**
Score pondéré	Ns[b]	NS[c]	**,281**[c]**	**,206*[c]**

Tableau 4.13 : Lien entre les dimensions du NASA et les évaluations des soignants concernant la difficulté de la communication avec le patient

[a] : Test de Mann-Whitney

[b] : Test de Student

[c] : corrélation de Spearman

* : $p < .05$ ** : $p < .01$ *** : $p < .001$

Les résultats obtenus indiquent que les dimensions du NASA ne sont pas liées à la difficulté de communication à cause d'un problème linguistique.

A l'inverse, lorsque la communication est difficile à cause d'un handicap, toutes les dimensions de charge, à l'exception de la dimension Performance, sont plus élevées.

De la même manière, certaines dimensions de charge augmentent lorsque la communication est difficile à cause d'un problème psychologique : la Frustration (r_S = 0,205, p = .024), l'Exigence Physique (r_S = 0,291, p = .001), ainsi que les scores moyens (r_S = 0,202, p = .027) et pondérés de charge (r_S = 0,206, p = .026).

Aucune différence sur les scores de charge de travail selon la francophonie du patient n'est constatée. Un patient non francophone ne modifie pas directement la charge de travail des soignants. En effet, certains outils pourraient aider le soignant à communiquer (par exemple : dictionnaire, internet, collègue) et compenser les difficultés rencontrées.

A l'exception d'une raison linguistique, les scores aux dimensions du NASA ont tendance à augmenter avec les problèmes de communication. Les soignants ayant besoin du langage pour effectuer un diagnostic, expliquer au patient qu'ils risquent de lui faire mal (prise de sang, pose de plâtre par exemple), la communication verbale est essentielle dans leur activité. Il est alors logique que lorsque cette communication soit entravée, leur activité s'en trouve complexifiée, augmentant ainsi leur charge de travail perçue.

Illustration : situation observée

L‘observation 43 concerne un patient russe, sourd, communiquant en écrivant en langue allemande. Ce patient venait aux urgences pour un renouvellement d‘ordonnance pour des psychotropes. Il s‘est rendu aux urgences car son psychiatre habituel était en congé. L‘interne observée dans cette situation ne parlait pas allemand. Un collègue lui écrit quelques questions sur une feuille, qu‘elle montre alors au patient. Celui répond en utilisant le langage des signes. Le médecin du service tente de communiquer en utilisant un dictionnaire avant de laisser l‘interne. Celle-ci se montre souriante et calme vis-à-vis du patient. Elle tente, sans succès, de joindre le psychiatre habituel du patient pour identifier le traitement dont celui-ci a besoin. Elle appelle alors le service psychiatrique pour avoir des conseils. Elle va alors chercher les médicaments que le service lui a conseillés et laisse le patient à un autre interne qui parle un peu allemand.

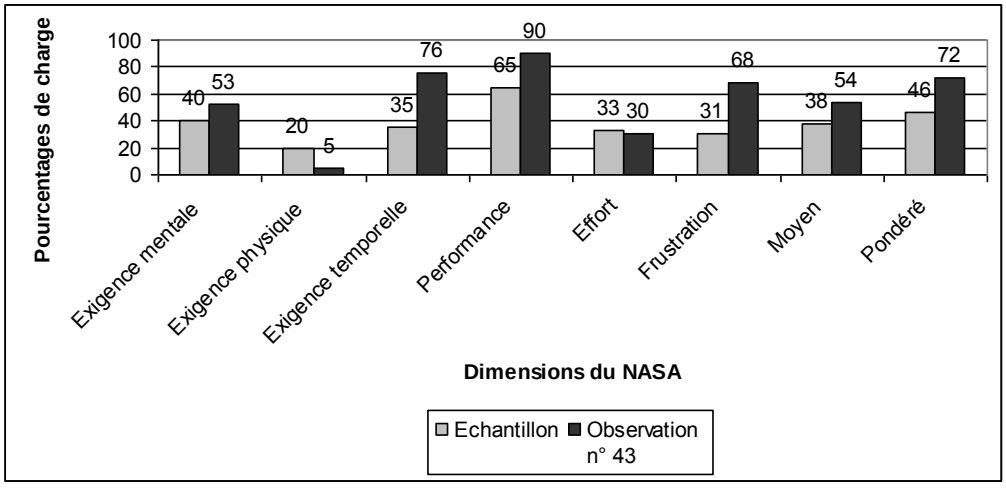
Cette situation a duré 27 minutes, alors qu‘il s‘agissait d‘un simple renouvellement d‘ordonnance. Les difficultés de cette situation étaient nombreuses pour l‘interne.

Tout d‘abord, il a fallu à l‘interne du temps pour comprendre les problèmes du patient et trouver un moyen de communication avec lui. Le fait que celui-ci soit russe, sourd et s‘exprime par écrit en allemand a suscité une surprise dans l‘équipe présente.

L‘interne a dû ensuite comprendre l‘objet de la demande : au début de l‘interaction, elle pensait que le patient voulait consulter un psychiatre. Après plusieurs minutes d‘échanges plus ou moins efficaces, elle comprend qu‘il s‘agit d‘une simple demande de renouvellement d‘ordonnance.

Enfin, il lui a fallu trouver le traitement du patient. Celui-ci était venu avec un mot de son médecin. Malheureusement, l‘interne et les autres soignants présents n‘arrivaient pas à lire ce mot. Ils ont alors mobilisé du temps pour tenter de déchiffrer le mot, mais également pour trouver l‘information par un autre moyen : appel auprès du psychiatre, demande d‘aide auprès du service psychiatrique de l‘hôpital.

Les scores du NASA sont d‘ailleurs relativement différents de ceux de l‘ensemble de la population (graphique 4.10).



Graphique 4.10 : Comparaison des scores aux dimensions du NASA entre l‘ensemble des observations et les scores de la situation 43, arrondis au point le plus proche

Le score de l‘Exigence Mentale est plus élevé que la moyenne de nos observations : 53 % vs 39,98 %. Malgré la simplicité technique de la demande (renouvellement d‘ordonnance), la difficulté de communication nécessite une forte mobilisation des ressources cognitives, plaçant cette situation à un niveau bien supérieur de la moyenne des observations, parfois plus technique médicalement (exemple observation 107 : patient avec un AVC, intubation difficile, réanimation cardiaque nécessaire avec la participation de 3 médecins des urgences et d‘un réanimateur d‘un autre service).

Le score de l‘Exigence Physique est de 5 fois inférieur au score moyen à cette dimension : 5 % vs 25,63 %. Cette situation ne nécessitait aucun effort physique de l‘interne qui restait derrière son bureau, partagée entre écrire des mots en allemand sur une feuille, lire ce que le patient écrivait et téléphoner au psychiatre du patient puis au service psychiatrique de l‘hôpital.

Le score de l‘Exigence Temporelle est plus élevé que pour le reste des observations : 76 % vs 35,39 %. Ce score rend compte de la durée importante de cette situation pour une demande qui, si le patient était francophone et entendant, aurait été résolue en quelques minutes.

Le score de la dimension Performance est également supérieur à la moyenne de l‘échantillon : 90 % vs 65,43 %. Nous avons déjà évoqué que les soignants ont tendance à se mobiliser pour atteindre un niveau de performance maximum. Ici, l‘interne évalue la Performance de manière encore plus importante que dans les autres situations. Par exemple, lors de l‘observation 107 évoquée plus haut, le médecin indique un score de 93 % sur la dimension Performance, alors que l‘exigence technique était plus importante et que le pronostic vital du patient était plus incertain. La difficulté de communication perçue dans la situation 43 semble augmenter la performance perçue lorsque le soignant réussit à comprendre et satisfaire la demande du patient.

L‘Effort perçu correspond au score moyen de cette dimension pour le reste de l‘échantillon : 30 % vs 33,29 %. Les efforts fournis dans cette situation sont donc comparables à l‘ensemble des situations observées aux urgences.

La dimension Frustration du NASA est ici supérieure aux autres observations : 68 % vs 31,05 %. Le temps nécessaire pour comprendre le patient et satisfaire une demande techniquement simple semble frustrer l‘interne.

L‘ensemble des difficultés de cette situation contribue à augmenter la charge de travail, moyenne et pondérée, perçue par l‘interne suivie ici.

Les difficultés linguistiques ne paraissent pas contribuer à augmenter la charge de travail des soignants. Ce résultat nous surprend dans la mesure où l‘activité de soin nécessite une interaction pour établir le diagnostic, expliquer les actes effectués, le traitement. Toutefois, la vie actuelle permet une communication minimale dans les cas où le soignant et le patient n‘ont pas de langue commune. Par exemple l‘utilisation d‘un dictionnaire, de sites de traductions en ligne sur internet permettent un minimum d‘échanges. En revanche, lorsque la communication est difficile du fait d‘un handicap, physique ou psychologique, les soignants n‘ont plus de possibilité de compenser ces difficultés. Ils se trouvent démunis dans de telles situations, ce qui s‘observe de par les scores aux dimensions de charge qui augmentent.

4.3.4.1.2.2.3. Variation selon les CPS du patient

Les soignants devaient évaluer les caractéristiques psychosociales stigmatisées des patients selon trois possibilités de réponse. Par exemple, pour l'item « *Le patient que vous venez de rencontrer est-il étranger* », le soignant pouvait choisir parmi les trois réponses suivantes : oui – non – ne sais pas.

Les items présentés ici étaient construits sur ces modalités et interrogeaientle soignant sur la perception qu'il a du patient : étranger, origine étrangère, SDF, handicap physique, handicap psychologique, alcoolique et toxicomane. Nous avons alors effectué des ANOVA pour les scores moyens et pondérés de charge qui ont une distribution normale, et des tests de Kruskal-Wallis pour les autres dimensions de la charge de travail qui n'ont pas une distribution normale. Le même traitement statistique fut appliqué concernant l'origine ethnique du patient car cet item se présente également selon trois modalités : européens, maghrébins, Afrique noire.

Pour tester l'influence du genre du patient sur la charge de travail perçue par le soignant, nous avons utilisé des test-T de Student pour échantillons indépendants avec le score moyen de charge et le score pondéré de charge car les distributions de ces scores de charge suivent une loi normale. Concernant les autres dimensions du NASA dont les distributions ne suivent pas une loi normale, nous avons effectué le test de Mann-Whitney.

L'âge suivant une distribution normale, nous utiliserons le coefficient de corrélation de Pearson avec les scores moyens et pondérés du NASA, et le coefficient de corrélation de Spearman avec les autres dimensions du NASA.

	Genre	Origine ethnique	Age	Etranger	Origine étrangère	SDF	Handicap physique	Handicap psychologique	Alcoolique	Toxicomane
Exigence Mentale	Ns[c]	Ns[a]	Ns[e]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]
Exigence Physique	Ns[c]	Ns[a]	**0,212*[e]**	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	**7,987 *[a]**
Exigence Temporelle	Ns[c]	Ns[a]	Ns[e]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]
Performance	Ns[c]	Ns[a]	Ns[e]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]
Effort	Ns[c]	Ns[a]	Ns[e]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]
Frustration	Ns[c]	Ns[a]	Ns[e]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]	Ns[a]
Score moyen	Ns[d]	**3,402 *[b]**	Ns[f]	Ns[b]	Ns[b]	Ns[b]	Ns[b]	Ns[b]	Ns[b]	**3,638 *[b]**
Score pondéré	Ns[d]	Ns[b]	Ns[f]	Ns[b]	Ns[b]	Ns[b]	Ns[b]	Ns[b]	Ns[b]	Ns[b]

Tableau 4.15 : Variations de charge de travail selon les caractéristiques psychosociales stigmatisées des patients évaluées par l'observateur

[a] : Test de Kruskal-Wallis

[b] : ANOVA

[c] : Test t de Mann-Whitney

[d] : Test t de Student

[e] : corrélation de Spearman

[f] : corrélation de Pearson

* : $p < .05$ ** : $p < .01$ *** : $p < .001$

Aucune différence significative n'est constatée sur les scores de charge de travail selon le genre du patient, que le soignant estime que le patient soit étranger, d'origine étrangère, SDF, alcoolique ou souffre d'un handicap physique ou psychologique.

Les dimensions du NASA et le score pondéré du NASA ne varient pas significativement selon l'origine du patient. En revanche, le score moyen de charge diffère selon l'origine du patient ($F(2,118) = 3,402$; $p = .037$). En comparant, à l'aide d'un test de Student, chaque groupe d'origine deux à deux, seule la comparaison européen Vs Afrique noire est significative ($m_{européen} = 40,58$, $\sigma = 19,601$; $m_{afrique\ noire} = 25,63$, $\sigma = 12,187$; $t_{(118)} = 2,569$; $p = .011$). Les soignants estiment une charge de travail plus importante en s'occupant d'un patient d'origine européenne que d'un patient originaire d'Afrique noire. La charge de travail perçue ne concerne pas uniquement la quantité de travail. Elle prend en compte l'opérateur : ses compétences, son état de fatigue, mais également sa motivation et son

investissement. Il est alors possible que les soignants ressentent une charge de travail plus élevée envers un patient européen qu'envers un patient africain, non pas à cause de l'activité qui serait plus difficile, mais car son investissement dans le soin et la relation peuvent être différents.

Les corrélations effectuées indiquent que seule la dimension Exigence physique du NASA varie selon l'âge du patient (r_S = 0,212, p = .019). Ainsi, plus le patient est âgé, plus le soignant estime important l'effort physique qu'il a dû fournir en s'en occupant. Il semble logique d'observer ce résultat car les patients âgés ont plus de difficultés pour se déplacer que les patients jeunes, ils ont besoin d'aide pour se déshabiller. Durant nos observations, les soignants laissent les patients seuls dans leur chambre pour se déshabiller et mettre la chemise d'hôpital. En revanche, dès que le patient a des difficultés pour bouger, notamment s'agissant de patients âgés dont les capacités de mouvements sont réduites, le soignant aide le patient à ôter ses vêtements, voire parfois il le déshabille totalement. Nous avons également constaté que lorsqu'un patient demande à se rendre aux toilettes, si il s'agit d'un patient jeune avec une bonne mobilité, le soignant lui indiquera le chemin. si il s'agit d'un patient âgé, le soignant l'accompagnera ou lui amènera un bassin. Ces actes supplémentaires se traduisent donc logiquement par une augmentation de la dimension Exigence Physique de la charge de travail.

Concernant les patients toxicomanes, nous constatons une différence sur le score moyen du NASA (F(2 ;106) = 3,638 ; p = .030) et l'Exigence physique (χ^2 (2) = 7,987 ; p = .018). En comparant chaque modalité deux à deux, il est apparu que les soignants ressentent des niveaux plus élevés sur ces dimensions de charge de travail envers les patients toxicomanes :

- Exigence Physique : $m_{patient\ toxicomane}$ = 53,78, σ = 30,896 ; $m_{patient\ non\text{-}toxicomane}$ = 24,75, σ = 25,351 ; U = 91, p = .030 ; $m_{patient\ toxicomane}$ = 53,78, σ = 30,896 ; $m_{ne\ sait\ pas}$ = 16,86, σ = 21,837 ; U = 16, p = .015
- Score moyen : $m_{patient\ toxicomane}$ = 58,36, σ = 25,558 ; $m_{patient\ non\text{-}toxicomane}$ = 38,43, σ = 18,648 ; $t_{(106)}$ = 2,284, p = .024 ; $m_{patient\ toxicomane}$ = 58,36, σ = 25,558 ; $m_{ne\ sait\ pas}$ = 32,96, σ = 19,149 ; $t_{(106)}$ = 2,694, p = .008

Ces patients arrivent parfois inconscients et les soignants doivent être particulièrement attentifs à leur état de santé, ce qui suppose qu'ils aillent les voir régulièrement ce qui augmente leurs déplacements.

Dans d'autres cas, ils arrivent agités et les soignants doivent alors les calmer. Ils ont parfois recours aux contentions (physiques et/ou chimiques), ce qui représente un effort physique : les patients se débattant.

Ces situations, rares, sont demandeuses en termes de charge physique pour les soignants : déplacement pour chercher le patient, force pour le retenir, déshabillage.

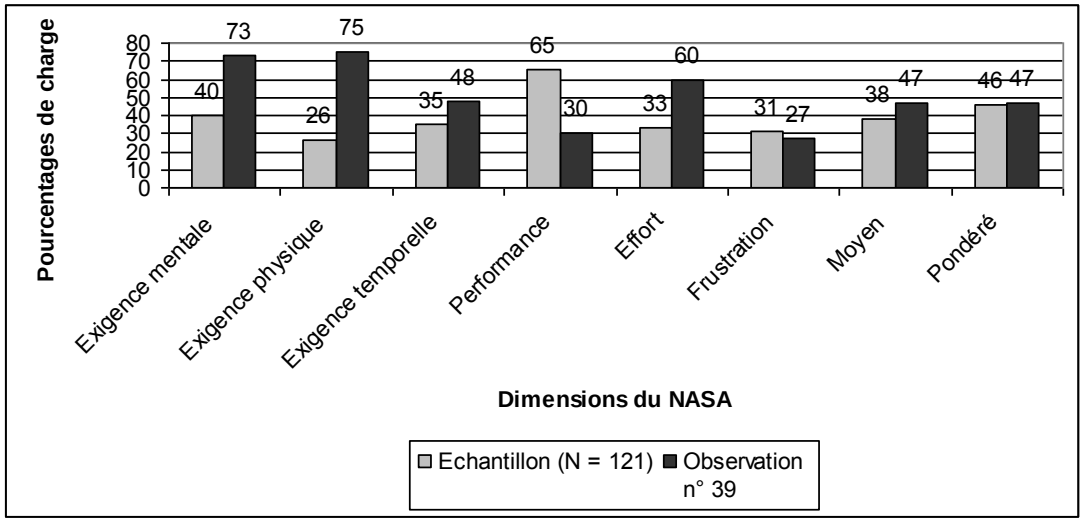
Illustration : situation observée

Lors d'une situation particulière (observation n° 39), le brancardier suivi a tenté de retenir le patient, jugé toxicomane, qui cherchait à partir. Le patient réussit à sortir de sa chambre. Le brancardier le ramène avec l'aide d'un infirmier. Le médecin vient expliquer au patient qu'il doit rester. Celui-ci donne alors un coup de poing dans le mur. Le brancardier essaye de le calmer tout en barrant le chemin de la porte pour l'empêcher de sortir. Il demande encore de l'aide à un infirmier passant dans le

couloir. Après plusieurs tentatives pour raisonner le patient, le médecin décide de le placer dans la chambre d'isolement. Celui-ci se débat. D'autres soignants viennent aider. Le patient est alors entouré de 6 soignants (infirmiers, médecin, aide-soignant, brancardier, ambulanciers) : un infirmier se charge de la sédation, un ambulancier, un infirmier et le brancardier le déshabillent. Le médecin examine le patient sous la surveillance des autres soignants prêts à intervenir en cas de besoin.

L'ensemble de cette situation a duré 26 minutes et avait pour seul objectif de convaincre un patient d'attendre et de rester dans le service pour être soigné.

Les scores du soignant concernant le comportement du patient sont également révélateurs de la situation. Le soignant a estimé que le patient était un peu agressif (évaluation à 2 sur un maximum de 6), totalement revendicateur (évaluation à 6 sur un maximum de 6), qu'il a des problèmes d'hygiène (évaluation à 5 sur un maximum de 6), qu'il a des troubles du comportement (évaluation à 4 sur un maximum de 6) et des problèmes psychiatriques (évaluation à 6 sur un maximum de 6). Le patient est donc évalué très difficile.



Graphique 4.11 : Comparaison des scores aux dimensions du NASA entre l'ensemble des observations et les scores de la situation 39, arrondis au point le plus proche

Les scores de charge perçue au cours de cette situation sont différents des scores obtenus sur le reste de l'échantillon.

Ici, les scores d'Exigence Mentale, d'Exigence Physique et d'Effort sont plus élevés que pour le reste de l'échantillon :

- Exigence Mentale : 73 % vs 39,98 %,
- Exigence Physique : 75 % vs 25,63 %,
- Effort : 60 % vs 33,29 %.

La situation nécessite donc un investissement cognitif et physique plus important que l'ensemble des situations observées : le brancardier tente de négocier avec le patient, de le convaincre de rester dans sa chambre, il cherche le patient dans le service pour le ramener dans sa chambre.

L‘exigence temporelle est également plus importante : 48 % vs 35,39 % pour le reste des observations. En considérant la faible difficulté technique de la situation, sa durée, 26 minutes, est élevée. La plupart des patients attendent leur tour, ne cherchent pas à s‘enfuir du service. Ici, il s‘agit d‘une perte de temps pour le brancardier qui sait avoir d‘autres tâches à réaliser, telles qu‘amener des patients en radiologie par exemple. Rester auprès d‘un patient cherchant à fuir retarde alors les examens pour d‘autres patients. Le brancardier ressent alors une pression temporelle importante car il sait que chaque minute passée auprès de ce patient difficile est autant de retard à combler vis-à-vis des autres patients.

La Performance est plus faible que pour le reste de l‘échantillon : 30 % vs 65,43 %. Même si le patient reste dans le service, avoir été obligé de le mettre dans la chambre d‘isolement donne au brancardier le sentiment de ne pas atteindre un niveau idéal de performance dans la gestion du patient.

Enfin, les scores de Frustration, de charge moyenne et de charge pondérée ne sont pas très éloignés du reste de nos observations :

- Frustration : 27 % vs 31,05 %
- Score moyen : 47 % vs 38,4 %
- Score pondéré : 46,6 % vs 45,68 %.

Malgré des scores parfois bien différents en comparaison de l‘ensemble de l‘échantillon, les scores moyens et pondérés de charge ne sont pas si éloignés de ceux de la population étudiée. Même si cette situation mobilise fortement certaines dimensions, dans l‘ensemble, elle génère une charge de travail équivalente au reste de l‘activité du service.

Certaines caractéristiques des patients influent sur la charge de travail, et d‘autres non. Ces influences prennent les formes suivantes (schéma 4.5) :

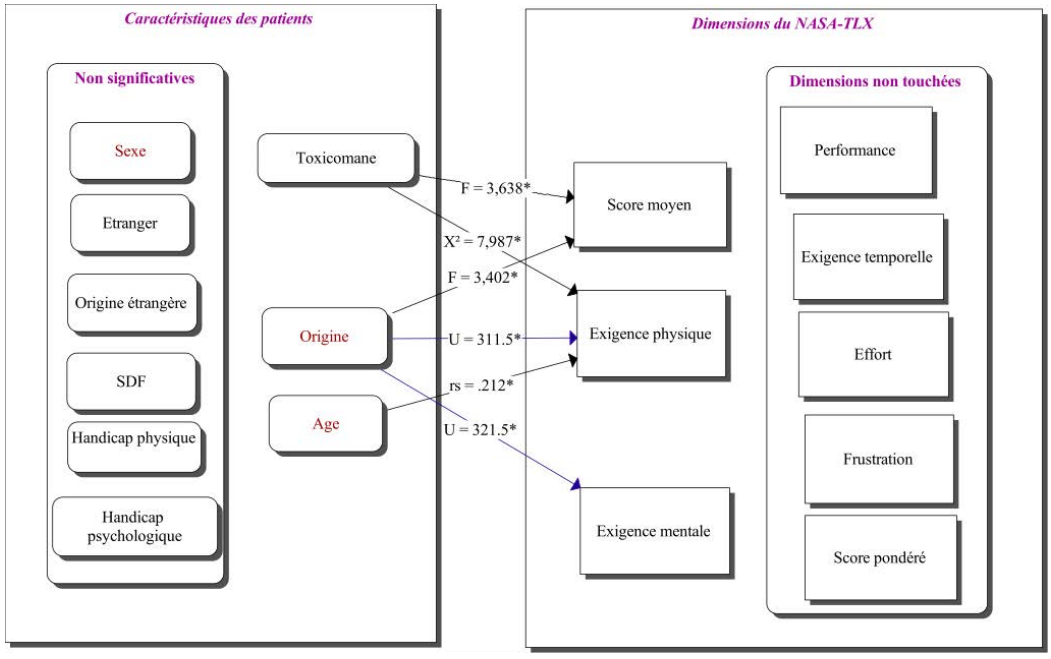


Schéma 4.5 : Synthèse de l'impact des caractéristiques des patients sur la charge de travail perçue par les soignants.

* : $p < .05$ ** : $p < .01$ *** : $p < .001$

Le genre du patient, et le fait pour un soignant d'estimer le patient étranger, d'origine étrangère, SDF, alcoolique, souffrant d'un handicap physique ou psychologique ne semblent pas avoir d'impact sur l'évaluation que les soignants ont de leur charge de travail.

A l'inverse, l'âge du patient, le fait qu'il soit toxicomane et son origine ethnique influent sur l'exigence physique et le score moyen de charge :

- plus un patient est âgé, plus l'Exigence Physique sera élevée,
- lorsqu'un patient est toxicomane, l'Exigence Physique et le score moyen de charge seront plus élevés,
- lorsque le patient est Européen, le score moyen est plus élevé que lorsque le patient est Africain.

Seuls l'Exigence Physique et le score moyen de charge semblent touchés par des caractéristiques du patient.

L'Exigence Temporelle, l'Exigence Mentale, les dimensions Effort et Frustration et le score pondéré de charge ne paraissent pas différents selon les caractéristiques des patients.

4.3.4.1.3. Facteurs modifiant le plus la charge de travail

La quatrième hypothèse générale concerne l'importance sur la charge de travail de chaque facteur : activité, caractéristiques du patient, comportement du patient et difficultés de communication.

Pour identifier si ces variables ont un effet sur la charge de travail, nous avons choisi d'effectuer des régressions linéaires multiples. Ce test permet de décrire l'effet de plusieurs variables indépendantes numériques sur une autre variable dépendante numérique mais également de comparer les VI et comparer les variations de la VD (Dancey & Reidy, 2007). Nous avons dans un premier temps calculé des scores globaux pour chaque dimension mesurée ou utilisé les indicateurs directement mesurés lorsqu'ils pouvaient être utilisés directement dans la régression :

- comportement du patient : nous avons calculé un score global à partir des 5 items du questionnaire : agressif, revendicateur, problèmes d'hygiène, troubles du comportement, troubles psychiatriques. Plus un patient a un score élevé sur la variable comportement, plus le soignant a estimé qu'il était difficile à gérer. Plus un patient a un score faible plus le soignant estime qu'il est facile à gérer,
- difficultés de communication : nous avons également calculé un score global à partir des 3 items du questionnaire sur les difficultés de communication : liées à la langue, à un handicap physique, à un handicap psychologique. Plus un patient a un score élevé sur la variable communication, plus le soignant a estimé que la communication était difficile. Plus un patient a un score faible, plus le soignant estime que la communication est facile,
- caractéristiques du patient : nous avons calculé un score résumant l'appartenance du patient à un ou plusieurs groupes : étranger, origine étrangère, SDF, toxicomane, alcoolique, patient psychiatrique, handicap physique, handicap psychiatrique. Plus un patient présente un score élevé sur la variable caractéristiques, plus le soignant estime qu'il appartient à différents groupes plus ou moins stigmatisés ou « mauvais » (selon le schéma 4.2). Plus un patient a un score faible, plus le soignant estime qu'il s'agit d'un « bon » patient (selon le schéma 4.2),
- âge du patient,
- nombre d'heures travaillées : nous avons utilisé l'item mesuré concernant le nombre d'heures en poste du soignant au moment de la situation observée,
- nombre d'entrées dans le service : l'item mesuré était ici utilisé directement.

Pour chaque dimension de la charge de travail, nous interprèterons le modèle le plus explicatif de la dimension. Nous avons choisi les modèles selon les R-deux ajustés : le modèle le plus explicatif est celui dont le R-deux ajusté est le plus élevé (Dancey & Reidy, 2007). Dans un souci de lisibilité, nous n'indiquerons que le modèle le plus contributif.

4.3.4.1.3.1 Dimension Exigence Mentale

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
4	.229	.054	.027	28,357

Tableau 4.16 : Part de variance expliquée par le modèle le plus prédictif de la dimension Exigence Mentale

Valeurs prédites : (constantes), nombre d'entrées dans le service, caractéristiques du patient, difficultés de communication

Le modèle expliquant le plus les variations de la dimension Exigence Mentale n'explique que 3,1 % de la variance[9]. Ce modèle comprend les variables : nombre d'entrées dans le service, caractéristiques du patient, difficultés de communication

	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification	Intervalle de confiance à 95% de B	
	B	Erreur standard	Bêta			Borne inférieure	Borne supérieure
(constante)	3,536	21,304		,166	,868	-38,671	45,743
com	1,725	1,026	,158	1,681	,096	-,308	3,758
ccqpat	2,290	2,211	,098	1,036	,302	-2,090	6,670
nombre d'entrées dans le service dans l'heure observée	1,306	1,108	,110	1,179	,241	-,888	3,501

a Variable dépendante : NASAEM

Tableau 4.17 : Coefficients de régression par item dans le modèle le plus explicatif des variations de la dimension Exigence Mentale

Toutefois, les variables de ce modèle ne peuvent être considérées comme explicatives de la dimension Exigence Mentale car les résultats ne sont pas significatifs, $p > .05$.

4.3.4.1.3.2 Dimension Exigence Physique

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
5	.434	.188	.174	22,826

Tableau 4.18 : Part de variance expliquée par le modèle le plus prédictif de la dimension Exigence Physique

Valeurs prédites : (constantes), comportement du patient, difficultés de communication

[9] pour les arguments en faveur de l'utilisation de l'indice R-deux ajusté, nous nous sommes référés à l'ouvrage de Dancey & Reidy (2007)

Le modèle basé sur les variables comportements du patient et difficultés de communication explique 17,4 % de la variance de la dimension Exigence Physique. Parmi l'ensemble des modèles testés, celui-ci est le plus explicatif des variations de cette dimension.

	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification	Intervalle de confiance à 95 % de B	
	B	Erreur standard	Bêta			Borne inférieure	Borne supérieure
(constante)	2,953	4,976		.563	.554	-6,904	12,809
comportement du patient	1,948	.485	.364	4,019	.000	.988	2,909
difficultés de communication	1,318	.864	.138	1,527	.130	-.392	3,029

Tableau 4.19 : Coefficients de régression par item dans le modèle le plus explicatif des variations de la dimension Exigence Physique

La variable comportement est la plus contributive des variations de la dimension Exigence Physique avec un $\beta = .364$: plus le soignant estime que le patient est difficile à gérer, plus il estime que l'Exigence Physique est importante.

Les observations 145 et 39 exposées plus haut montrent deux cas de patients présentant des comportements agités et difficiles à gérer pour les soignants. Lors de ces deux observations particulières, les scores d'Exigence Physique sont bien plus élevés que la moyenne des situations observées :

- moyenne des situations : 25,63 %
- score de la situation 39 : 75 %,
- score de la situation 145 : 86 %.

D'ailleurs, la dimension Exigence Physique est corrélée avec tous les items évaluant le comportement des patients (Tableau 4.13). L'importance de la contribution de la variable comportement des patients sur le score d'Exigence Physique paraît normale au vu des résultats évoqués dans les parties précédentes.

La seconde variable du modèle, difficulté de communication, ne peut être considérée comme explicative des variations de l'Exigence Physique car $p > .05$

4.3.4.1.3.3 Dimension Exigence Temporelle

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
5	.219	.048	.031	28,059

Tableau 4.20 : Part de variance expliquée par le modèle le plus prédictif de la dimension Exigence Temporelle

Valeurs prédites : (constantes), comportement du patient, caractéristiques psychosociales stigmatisées

Le modèle le plus explicatif des variations de l'Exigence Temporelle explique 3,1 % de la variance. Il comprend les variables comportement du patient et caractéristiques psychosociales stigmatisées.

	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification	Intervalle de confiance à 95 % de B	
	B	Erreur standard	Bêta			Borne inférieure	Borne supérieure
(constante)	3,955	19,689		,201	.841	-35,048	42,958
comportement du patient	.931	.599	.153	1.555	.123	-.255	2.116
caractéristiques psychosociales stigmatisées	2,526	2,282	.109	1,107	.271	-1,995	7,047

Tableau 4.21 : Coefficients de régression par item dans le modèle le plus explicatif des variations de la dimension Exigence Temporelle

Les variables du modèle ne peuvent être considérées comme prédictives des vairations de l'Exigence Temporelle car $p > .05$.

Les indicateurs de l'activité et les difficultés de communication sont absents, ils ne semblent pas contribuer aux variation de l'Exigence Temporelle.

4.3.4.1.3.4 Dimension Performance

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
6	.145	.021	.012	25,675

Tableau 4.22 : Part de variance expliquée par le modèle le plus prédictif de la dimension Performance

Valeurs prédites : (constantes), nombre d'heures travaillées

Le modèle le plus contributif des variations de la dimension Performance explique à peine 1,2 % de la variance. Il semble que l'ensemble des variables utilisées ici ne permette pas de prédire l'évolution des scores de la dimension Performance.

4.3.4.1.3.5 Dimension Effort

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
6	.276	.076	.068	25,529

Tableau 4.23 : Part de variance expliquée par le modèle le plus prédictif de la dimension Effort

Valeurs prédites : (constantes), comportement du patient

Le modèle reprenant les variables comportement et genre du patient explique 7,6 % de la variance. Ce modèle est le plus explicatif de la dimension Effort

Coefficients(a)

	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification	Intervalle de confiance à 95% de B	
	B	Erreur standard	Bêta			Borne inférieure	Borne supérieure
(constante)	19,807	4,698		4,216	,000	10,501	29,113
attitu	1,554	,505	,276	3,075	,003	,553	2,555

a Variable dépendante : NASAEffort

Tableau 4.24 : Coefficients de régression par item dans le modèle le plus explicatif des variations de la dimension Effort

Le comportement du patient contribue le plus aux variations de la dimension Effort (β = .295). Plus un patient est difficile à gérer, plus le soignant ressent un Effort important. De la même manière que pour l'Exigence Physique, les situations 39 et 145 avec un patient difficile à gérer illustrent des scores importants à la dimension Effort, comparativement à l'ensemble des observations :

- moyenne de l'échantillon : 33,29 %,
- situation 39 : 60 %,
- situation 145 : 92 %.

Le genre du patient ne peut être considéré comme suffisament contributif du modèle, $p > .05$.

Les indicateurs, de l'activité, les difficultés de communication et les caractéristiques psychosociales stigmatisées des patients ne contribuent pas aux variations des scores de la dimension Effort.

4.3.4.1.3.6 Dimension Frustration

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
4	.327	.107	.084	28,775

Tableau 4.25 : Part de variance expliquée par le modèle le plus prédictif de la dimension Frustration

Valeurs prédites : (constantes), nombre d'entrées dans le service, comportement du patient, âge du patient

Le modèle le plus explicatif des variations de la dimension Frustration comprend les variables nombre d'entrées dans le service, comportement du patient, âge du patient et explique 8,4 % de la variance.

	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification	Intervalle de confiance à 95 % de B	
	B	Erreur standard	Bêta			Borne inférieure	Borne supérieure
(constante)	1,707	8,987		.190	.850	-16,097	19,511
comportement du patient	1,698	.573	.265	2,962	.004	.562	2,834
âge du patient	.191	.118	.145	1,609	.110	-.044	.425
nombre d'entrées dans le service	1,201	1,112	.097	1,08	.282	-1,002	3,404

Tableau 4.26 : Coefficients de régression par item dans le modèle le plus explicatif des variations de la dimension Frustration

Le comportement du patient est la variable la plus contributive de la dimension Frustration avec un $\beta = .265$. Plus le soignant estime que le patient est difficile à gérer, plus il se sent frustré dans son activité. Les résultats présentés dans la partie 4.3.4.1.2.2.1 montrent que la dimension Frustration est corrélée avec presque tous les items mesurant le comportement des patients : agressivité, revendication, problèmes d'hygiène, troubles psychiatriques. Nous avons évoqué à ce moment que les soignants se sentent frustrés face à ces patients car ceux-ci doivent d'abord être calmés, canalisés avant de pouvoir passer aux soins. Les soignants n'ont pas le sentiment de fournir un soin de qualité.

Les autres variables ont un $p > .05$, elles ne peuvent donc être considérées comme contributives du modèle.

Les variables de difficultés de compréhension et les caractéristiques psychosociales stigmatisées des patients ne semblent pas contributives de la dimension Frustration.

4.3.4.1.3.7 Score moyen de charge

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
5	,310	.096	.080	18,231

Tableau 4.27 : Part de variance expliquée par le modèle le plus prédictif de la charge de travail en utilisant le score moyen

Valeurs prédites : (constantes), comportement du patient, difficultés de communication

Le modèle retenu comprend les variables difficultés de communication et comportement des patients. Ces deux variables expliquent 8 % de la variance. Cette part de variance expliquée est faible, mais il s'agit du modèle le plus explicatif avec les variables retenues.

	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification	Intervalle de confiance à 95 % de B	
	B	Erreur standard	Bêta			Borne inférieure	Borne supérieure
(constante)	25,47	3,974		6,409	.000	17,598	33,342
comportement du patient	.959	.387	.237	2,477	.015	.192	1,726
difficultés de communication	.955	.690	.132	1.385	.169	-.411	3;321

Tableau 4.28 : Coefficients de régression par item dans le modèle le plus explicatif des variations de la charge de travail, en utilisant le score moyen

Le comportement du patient est la variable la plus contributive au modèle. Elle a un $\beta = .237$. Plus le patient est difficile à gérer, plus le soignant ressent une charge de travail moyenne élevée.

Les difficultés de communication ne contribuent pas au modèle ($p > .05$).

Les variables sur les caractéristiques psychosociales stigmatisées et sur les mesures de l'activité sont absentes.

Il semble donc que la charge de travail des soignants aux urgences dépend plus du comportement des patients et des difficultés de communication que des caractéristiques des patients et de l'activité (selon les indicateurs mesurés).

4.3.4.1.3.8 Score pondéré de charge

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
5	,345	0,119	0,103	19,43915

Tableau 4.29 : Part de variance expliquée par le modèle le plus prédictif de la charge de travail en utilisant le score pondéré

Valeurs prédites : (constantes), difficultés de communication, comportement du patient

Comme pour le score moyen de charge, le modèle le plus explicatif des variations du score pondéré comprend les difficultés de communication et le comportement du patient. Ce modèle permet d'expliquer 10,3 % de la variance.

	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification	Intervalle de confiance à 95 % de B	
	B	Erreur standard	Bêta			Borne inférieure	Borne supérieure
(constante)	30,974	4,324		7,164	0,000	22,405	39,542
comportement du patient	1,297	.414	.300	3,312	.002	.476	2,118
difficultés de communication	.737	.737	.096	.999	.320	-.725	2,198

Tableau 4.30 : Coefficients de régression par item dans le modèle le plus explicatif des variations de la charge de travail, en utilisant le score pondéré

Le comportement du patient contribue aux variations du score pondéré de charge avec un $\beta = .300$. Plus le soignant estime que le patient est difficile à gérer, plus son score pondéré de charge de travail est élevé.

Les difficultés de communication ne contribuent pas au modèle ($p > .05$).

Les variables caractéristiques du patient et les indicateurs de l'activité sont absentes, indiquant qu'elles ne contribuent pas à la variation du score pondéré de charge.

La charge globale de travail semble donc plus varier selon les difficultés de communication et le comportement des patients que selon leurs caractéristiques psychosociales stigmatisées et l'activité (d'après les indicateurs relevés).

4.3.4.1.3.9 Synthèse sur les facteurs de variations de charge de travail

Tout d'abord, les contributions des modèles testés et facteurs mesurés sur les scores de charge de travail sont faibles. Malgré ce constat, il est intéressant de regarder les contributions aux scores de charge pour chaque facteur, indicateur mesuré.

Le tableau 4.31 suivant reprend pour chaque dimension de charge de travail les contributions de chaque facteur testé. Nous indiquons les valeurs des β

obtenues par chaque variable dans le modèle le plus contributif des variations de chaque dimension :

	Difficultés de communication	**Comportement du patient**	**CPS**	**Age du patient**	**Nombre d'entrées**	**Nombre d'heures travaillées**
EM						
EP		.364***				
ET						
Performance						
Effort		.295***				
Frustration		.265***				
Score moyen		.237*				
Score pondéré		.300**				

* p > .05 ; ** p > .01 ; *** p > .001

Tableau 4.31 : Récapitulatif de la contribution (β) des variables pour chaque dimension du NASA

Le comportement du patient paraît être la variable la plus contributive des scores de charge de travail carelle contribue à 3 des 6 dimensions de charge : Exigence Physique, Exigence Temporelle, Effort et Frustration, ainsi qu'aux scores moyens et pondérés de charge.

Notre hypothèse pour cette étude était que « la charge de travail augmente plus selon l'activité, le comportement des patients et les difficultés de communication que selon leurs caractéristiques psychosociales stigmatisées ».

Nos résultats indiquent que l'activité ne contribue pas aux variations de charge de travail, les caractéristiques psychosociales stigmatisées et les difficultés de communications ne contribuent pas significativement aux variations de charge de travail perçue.

Nos données placent le comportement du patient comme étant le facteur ayant le plus d'impacts sur la charge de travail (schéma 4.6).

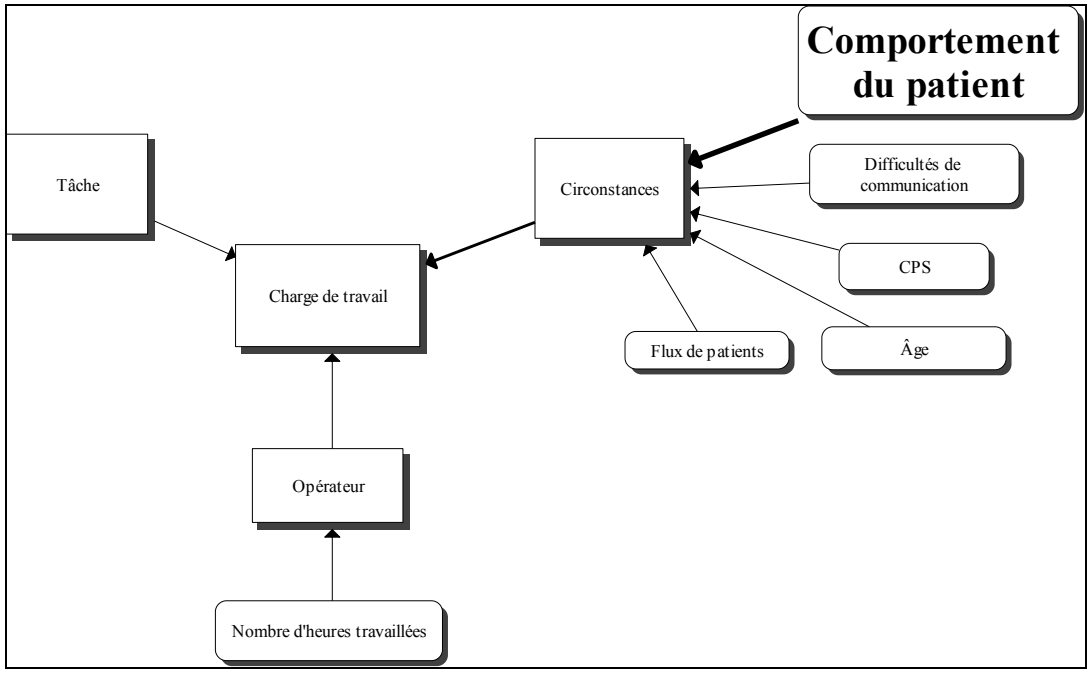


Schéma 4.6 : Facteurs explicatifs de la charge de travail, d'après nos observations

La dimension Exigence Physique semble la plus touchée par ce facteur. Estryhn-Béhar et Fouillot (1990a) étudiaient déjà la pénibilité physique comme un facteur important de la charge de travail des soignants. Ils analysaient la pénibilité physique en termes de :

- postures : manutention, station debout,
- déplacements : distance,
- environnement : température, humidité,
- caractéristiques des postes de travail : divergence entre les caractéristiques physiques des soignants (taille par exemple) et l'environnement physique du travail (rangement en hauteur par exemple).

Notre étude apporte un facteur supplémentaire impliqué dans les variations de la charge physique, à savoir le comportement du patient. Les observations effectuées montrent des situations où le soignant doit mobiliser une activité physique supplémentaire pour des patients qu'il juge difficiles par ailleurs : contention physique, retenir ou surveiller un patient fugueur, empêcher le patient d'ôter des électrodes par exemple.

Ce type de situation explique également que la dimension Effort varie selon le comportement du patient. Face à un patient agité le soignant ne pourra plus se contenter d'appliquer des processus automatiques. Il lui faudra tenir compte du comportement du patient et mobiliser des ressources cognitives (et/ou physiques) supplémentaires pour accomplir sa tâche.

La frustration des soignants augmente également selon le comportement du patient. Déjà dans l'étude 2 les soignants évoquaient un « ras-le-bol » envers certains

patients. Vega (2000) exposait que le mauvais patient est celui pour qui le soignant « *ne peut exercer son rôle de soignant curatif* » (p 113) ce que les soignants pourraient alors exprimer au travers de la dimension Frustration du NASA, qui évalue justement le niveau d'irritation, de contrariété, de découragement. Or, les entretiens réalisés (étude 1 et 2) indiquent le sentiment d'impuissance et de découragement envers les patients les plus difficiles à prendre en charge. Nos observations tendent à comprendre que cette frustration est ressentie envers les patients dont le comportement est difficile (Peneff, 1992).

A l'inverse, il ne semble pas que les CPS du patient aient un impact sur la charge de travail, alors même qu'il s'agit de critères évoqués comme en étant contributifs (Vega, 2000).

Nos résultats indiquent que le flux de patients ne contribue pas aux variations de charge. Le temps disponible pour réaliser la tâche est considéré comme un facteur important de la charge de travail (DiDomenico & Nussbaum, 2008). Alors même que les observations viennent d'un service où le facteur temporel est essentiel (Bertrand et al., 2000 ; Peneff, 1992 ; Pourriat & Kierzeck, 2006 ; Wears & Perry, 2007), le temps ne semble pas avoir d'impact sur la charge de travail perçue par les soignants. Nous pouvons supposer que ce résultat puisse s'interpréter au regard des théories sur les mécanismes de régulation de l'activité (Faverge, 2001 ; Leplat, 2000 ; Sperandio, 1972). Cette question trouvera une réponse dans les parties suivantes où les variations des comportements du soignant seront analysées.

Les difficultés de communication ne permettent pas d'expliquer les variations de la charge de travail. Or, comme nous l'avons évoqué dans l'étude 2, la communication avec le patient est un élément essentiel de l'activité de soignant. Malgré une situation où le soignant n'a pas (forcément) les compétences au niveau de la communication, la charge de travail ne varie pas. Les moyens utilisés pour résoudre ces difficultés, évoquées par les soignants lors de l'étude 2 (par exemple en utilisant des sites internet de traduction), semblent suffisants pour réaliser l'activité sans modification de la charge de travail.

4.3.4.2 Etude de la discrimination

Le second point de cette recherche est d'étudier les manifestations de la discrimination et les facteurs l'augmentant.

A cette fin, les discriminations seront tout d'abord identifiées en comparant les comportements des soignants dans des contextes intergroupes :

- genre : soignant et patient du même sexe vs soignant et patient de sexe différent,
- âge : soignant et patient de la même tranche d'âge vs soignant et patient de tranches d'âge différentes,
- origine : soignant et patient de la même origine vs soignant et patient d'origines différentes.

Dans une deuxième partie, les variations dans le processus de soin seront examinées selon les caractéristiques psychosociales stigmatisées du patient, ses comportements et les difficultés linguistiques. Ces variations seront comparées aux discriminations identifiées précédemment.

La troisième partie visera à identifier les variations dans le processus de soin en fonction des variations de l'activité et de la charge de travail perçue. Ici également ces variations seront rapprochées des discriminations identifiées.

L'impact de la charge de travail sur la discrimination sera ensuite étudié dans une quatrième partie : pour chaque cas de discrimination, la charge de travail est-elle plus importante que dans les cas de non-discrimination ?

Enfin, nous examinerons si les comportements discriminatoires sont associés à des niveaux élevés de charge de travail.

4.3.4.2.1 Identification des discriminations : interactions intergroupe

La seconde hypothèse initiale de cette étude consiste en :

H2 : le soignant sera discriminant envers un patient de son exogroupe par rapport à un patient appartenant à son endogroupe

Les indicateurs retenus et étudiés ici concernent le genre, l'âge et l'origine ethnique.

4.3.4.2.1.1. Variable genre

L'hypothèse était ici :

H2a : un soignant discriminera un patient de sexe opposé par rapport à un patient du même sexe que lui.

Dans les tableaux présentés ci-dessous, les valeurs significatives de χ^2[10] seront présentées selon le contexte :

- la première colonne de données représente le contexte endogroupe « soignant femme/patient femme »,
- la seconde colonne représente le contexte endogroupe « soignant homme/patient homme »,
- la troisième colonne représente le contexte exogroupe « soignant femme/patient homme »
- la quatrième colonne représente le contexte endogroupe « soignant homme/patient femme ».

[10] Les comportements des soignants étaient évalués de manière binaire : comportement effectué vs comportement non-effectué. Les analyses effectuées ici seront basées sur des χ^2 : selon le sexe du soignant. Une différence est-elle observée entre les patients et les patientes ? Lorsque cela était nécessaire, les résultats obtenus selon la correction de Fischer étaient pris en compte.

		Endogroupe		Exogroupe	
		S femme	S homme	S femme	S homme
Caractéristiques de la relation	soignant salue le patient	ns	ns	ns	**6,801***
	soignant utilise le nom du patient	ns	ns	**4,27***	ns
	soignant indique son métier	**4,059***	ns	ns	ns
	soignant sourit au patient	**4,311***	ns	ns	ns
	soignant adapte son discours	ns	ns	ns	**10,115****
Interrogatoire	soignant questionne sur la durée	**7,451****	ns	ns	ns
Examens	soignant fait un dextro	ns	ns	**4,191***	ns
Soins	soignant fait un soin	ns	ns	**4,191***	ns

Tableau 4.32 : Variations de comportement du soignant envers le patient selon les différences intergroupe de genre, χ^2 de Pearson

* : $p < .05$ ** : $p < .01$ *** : $p < .001$

Quelques différences dans l'aspect relationnel sont constatées de la part des soignants. Les femmes vont avoir tendance à

- être plus souriantes envers les femmes ($\chi^2 = 4{,}059$, $p = .042$),
- indiquer leur métier plus souvent aux femmes qu'aux hommes ($\chi^2 = 4{,}311$, $p = .032$),
- utiliser plus le nom du patient envers un homme ($\chi^2 = 4{,}27$, $p = .042$).

Les hommes en revanche :

- saluent plus les femmes ($\chi^2 = 6{,}801$, $p = .012$),
- adaptent plus leur discours (parler plus fort, plus lentement) envers les femmes ($\chi^2 = 10{,}115$, $p = .002$).

L'interrogatoire sera différent sur le seul indicateur de la durée de la pathologie où les femmes poseront cette question plus souvent à des femmes ($\chi^2 = 7{,}451$, $p = .009$).

Les femmes semblent faire plus de dextros aux hommes qu'aux femmes ($\chi^2 = 4{,}191$, $p = .038$). et paraissent dispenser plus de soins aux hommes qu'aux femmes ($\chi^2 = 4{,}191$, $p = .038$).

Concernant l'activité d'installation du patient, aucune différence soignant/soignante envers les patients selon leur genre n'est constatée.

Dans les cas de rencontres intergroupe liées au genre, les caractéristiques relationnelles correspondent au comportement qui présente le plus de variations : sourire, indication du métier, utilisation du nom de famille du patient, salutations et adaptation du discours.

Les patientes femmes semblent plus favorisées sur le plan relationnel, autant par les soignants femmes que hommes. En revanche, sur le plan des examens et des

soins, les soignantes femmes semblent favoriser les patients hommes.

Sur l'ensemble des autres dimensions, toutes liées au soin, seuls trois éléments semblent modifiés dans une rencontre intergroupe : les questions sur la durée de la pathologie, faire un dextro et réaliser un soin.

Concernant le dextro, il est possible que ce résultat soit dû au fait que face à un patient alcoolisé et/ou alcoolique les soignants effectuent systématiquement un dextro. Or, ces patients sont plus souvent des hommes que des femmes ($\chi^2 = 14{,}999$, $p = .000$).

Il semble donc que lors de contexte intergroupe lié au sexe, les quelques différences dans les comportements de la part des soignants apparaissent plus favorablement dans les caractéristiques de la relation que dans les actes médicaux (interrogatoire, examens, soins, installation du patient).

Lors d'interactions intergroupe liées au genre, les soignants manifestent des comportements différents dont la justification médicale n'apparaît pas pour l'instant. Ces différences peuvent alors être considérées en tant que manifestations de discrimination et concernent les items suivants :

- saluer le patient,
- utiliser le nom du patient,
- indiquer son métier,
- sourire au patient,
- adapter son discours,
- questionner sur la durée,
- faire un soin.

4.3.4.2.1.2. Variable âge

L'hypothèse était :

H2b : un soignant jeune discriminera un patient âgé et un soignant âgé discriminera un patient jeune.

Pour cela, les observations furent réparties en trois groupes selon la différence d'âge entre le soignant et le patient :

- patient plus jeune que le soignant (plus de 5[11] ans de moins que le soignant),
- patient de la même tranche d'âge que le soignant (de 5 ans de moins à 5 ans de plus),

[11] le seuil de 5 ans fut choisi arbitrairement : les études statistiques sur les populations réalisées par divers organismes (INSEE par exemple) n'utilisent pas les même tranches d'âge. Parfois la population est répartie en tranches d'âge de 5 ans, parfois en tranches d'âge de 25 ans. Aucune norme n'étant apparue sur ce point, nous avons choisi cette limite de 5 ans.

- patient plus vieux que le soignant (plus de 5 ans de plus que le soignant).

Dans les tableaux présentés ci-dessous, les valeurs de χ^2 significatifs[12] seront indiquées selon le contexte :

- la première colonne représente le contexte endogroupe « soignant et patient de même tranche d'âge »,
- la seconde colonne de données représente le contexte exogroupe « patient plus jeune que le soignant »,
- la troisième colonne représente le contexte exogroupe « patient plus âgé que le soignant».

		Endogroupe	Exogroupe	
		Soignant et patient même tranche d'âge	Patient plus jeune	Patient plus âgé
Caractéristiques de la relation	soignant interagit avec le patient	Ns	**10,309****	Ns
	soignant adapte son discours	Ns	Ns	**8,734***
	soignant insiste face au refus du patient	**7,630***	Ns	Ns
Interrogatoire	soignant demande l'état général	Ns	**6,396***	Ns
	soignant demande au patient s'il a des allergies	**18,636*****	Ns	Ns
Examens	Pas de variation			
Soins	soignant administre un médicament	Ns	**8,802***	Ns
Modalités d'installation	Pas de variation			

Tableau 4.33 : Variations de comportement du soignant envers le patient selon les différences intergroupe d'âge, test du χ^2

* : $p < .05$ ** : $p < .01$ *** : $p < .001$

Les dimensions de l'examen et de l'installation ne présentent pas de variations selon les différences d'âge entre soignants et patients.

Certains comportements du soignant sont différents selon qu'il s'agisse d'une situation face à un patient de la même tranche d'âge, un patient plus jeune ou un patient plus âgé. Toutefois, certaines de ces variations s'expliquent par les spécificités de l'un ou l'autre groupe et ne peuvent donc être considérées comme étant de la discrimination :

[12] Les comportements des soignants étaient évalués de manière binaire : comportement effectué vs comportement non-effectué et l'âge selon trois groupes : plus jeune que le soignant, même tranche d'âge, plus âgé que le soignant. Des tests de χ^2 ont été réalisés.

- les soignants parlent directement au patient lorsqu'il est de la même tranche d'âge ou plus âgé que lui. Face à un patient plus jeune, il discutera avec l'accompagnant (χ^2 = 10,309, p = .006). Ce résultat se comprend car face à un enfant, le soignant interrogera le parent accompagnateur. La présence d'enfants dans l'échantillon de patients favorise donc l'apparition de ce type de comportement de la part du soignant et qui ne peut être défini en tant que comportement discriminatoire,
- le soignant adapte plus son discours envers des patients plus âgés (χ^2 = 8,734, p = .013). Il s'agit ici de parler plus fort, plus lentement. Or, le soignant s'adapte à une perte auditive du patient âgé (que ces difficultés auditives soient réelles ou que le soignant suppose que le patient en souffre). Cet item ne peut se considérer ici comme de la discrimination.

En revanche, d'autres comportements ne trouvent pas d'explications selon les spécificités de chaque groupe, ils peuvent alors être considérés en tant qu'une discrimination potentielle :

- les soignants insistent plus souvent face à un patient de leur tranche d'âge (χ^2 = 7,630, p = .022),
- les soignants interrogent plus les patients de leur tranche d'âge sur une modification de leur état général (χ^2 = 6,396, p = .041),
- les soignants demandent plus souvent aux patients plus jeunes qu'eux s'ils ont des allergies (χ^2 = 18,636, p = .000),
- les soignants administrent plus souvent des médicaments à des patients plus jeunes qu'eux (χ^2 = 8,802, p = .012).

4.3.4.2.1.3. Variable origine

L'hypothèse était :

H2c : un soignant discriminera un patient d'une origine ethnique différente de la sienne.

Les observations en trois groupes selon l'origine du soignant : européen, maghrébin, Afrique Sub-saharienne. Toutefois, seules trois observations étaient réalisées avec un soignant d'origine africaine, ces observations ont été écartées.

Dans le tableau présenté ci-dessous, nous indiquons les valeurs de χ^2[13] significatives selon le contexte. Les trois premières colonnes de données correspondent aux observations avec un soignant européen, les trois suivantes avec un soignant

[13] Les comportements des soignants étaient évalués de manière binaire : comportement effectué vs comportement non-effectué. Les analyses effectuées ici seront basées sur des χ^2 où nous observons si une différence est observée selon l'origine du patient. Lorsque cela était nécessaire, nous avons pris en compte les résultats obtenus selon la correction de Fischer.

maghrébin. La première colonne correspond aux comportements sur-représentés envers un patient européen de la part d'un soignant européen, la seconde colonne un comportement sur-représenté envers un patient maghrébin de la part d'un soignant européen, la troisième colonne un comportement sur-représenté envers un patient africain de la part d'un soignant européen. La même lecture est à effectuer pour les trois colonnes suivantes, mais de la part d'un soignant maghrébin.

		Soignant Européen			Soignant Maghrébin		
		P Européen	P Maghrébin	P Africain	P Européen	P Maghrébin	P Africain
Caractéristiques de la relation	soignant indique son métier	ns	ns	ns	ns	**9,000 ***	ns
	soignant se présente sur au moins un élément	ns	ns	ns	ns	**9,000 ***	ns
	soignant discute avec le patient	**6,729***	ns	ns	ns	ns	ns
	soignant sourit au patient	**8,762***	ns	ns	ns	ns	ns
Soins	soignant fait un soin	ns	ns	ns	ns	**9,000 ***	ns
	soignant explique le soin	ns	ns	ns	ns	**9,000 ***	ns

Tableau 4.34 : Variations de comportement du soignant envers le patient selon les différences intergroupe d'origine, χ^2 de Pearson

* : $p < .05$ ** : $p < .01$ *** : $p < .001$

Le premier point à évoquer est que les résultats n'indiquent pas de favoritisme à l'égard de l'exogroupe. En revanche, des biais de favoritisme envers l'endogroupe apparaissent :

- envers un patient européen, les soignants européens : discutent (χ^2 = 6,729, p = .035) et sourient (χ^2 =8,762, p = .013) alors qu'ils ne parlent que de soins face aux patients maghrébins,
- envers un patient maghrébin, les soignants maghrébins : indiquent leur métier (χ^2 = 9,000, p = .011), expliquent le soin effectué (χ^2 = 9,000, p = .011).

A l'exception des soins administrés et expliqués envers les patients maghrébins par les soignants maghrébins, les différences de comportements selon l'origine s'observent dans l'aspect relationnel de la prise en charge et non dans l'aspect médical. Les soignants européens discutent plus avec un patient européen alors que leur discours est centré sur le soin avec un patient maghrébin et qu'ils sourient plus aux patients européens que maghrébins.

Les manifestations de discrimination envers les patients d‘une autre origine ethnique/culturelle pourraient alors s‘observer dans cet aspect relationnel des soins, notamment sur le type de discours et le sourire.

L‘hypothèse peut être validée : nous observons bien un biais de favoritisme à l‘égard des patients de la même culture que le soignant, du moins sur l‘aspect relationnel de la prise en charge.

4.3.4.2.1.4. Recensement des discriminations

Dans l‘ensemble des conditions intergroupe étudiées ici, la discrimination apparaît sur 17 comportements de la part des soignants :

Dimension du soin	Comportement révélant de la discrimination	Critère	Sens de la différence
Caractéristiques de la relation	soignant ne salue pas le patient	genre	soignant homme envers patient homme
	soignant n‘utilise pas le nom du patient	genre	soignante femme envers patiente femme
	soignant n‘indique pas son métier	genre	soignante femme envers patient homme
		origine ethnique	soignant maghrébin envers patient européen et africain
	soignant ne sourit pas au patient	genre	soignante femme envers patient homme
		origine ethnique	soignant européen envers patient maghrébin et africain
	soignant n‘adapte pas son discours	genre	soignant homme envers patient homme
	soignant interagit avec un accompagnateur	âge	soignant envers un patient plus jeune
	soignant ne se présente pas sur au moins un élément	origine ethnique	soignant maghrébin envers patient européen et africain
	soignant ne discute pas avec le patient	origine ethnique	soignant européen envers patient maghrébin et africain
	soignant insiste face au refus du patient	âge	soignant envers un patient de la même tranche d‘âge
Interrogatoire	soignant ne questionne pas sur la durée	genre	soignante femme envers patient homme
	soignant ne demande pas l‘état général	âge	soignant envers un patient plus âgé ou plus jeune
	soignant ne demande pas au patient s'il a des allergies	âge	soignant envers un patient de la même tranche d‘âge ou plus âgé
Examens	pas de différence dans les examens		
Soins	soignant ne fait pas de soin	genre	soignant homme envers patient femme
		origine ethnique	soignant européen envers patient maghrébin ou africain
	soignant n‘explique pas le soin	origine ethnique	soignant européen envers patient maghrébin ou africain
	soignant n‘administre pas de médicament	âge	soignant envers un patient de la même tranche d‘âge ou plus âgé
Modalités d‘installation	pas de différence dans les examens		

Tableau 4.35 : Recensement des discriminations observées dans les soins

Dans l‘ensemble des comportements discriminatoires observés, l‘aspect relationnel du soin est la dimension qui recense le plus de variations.

Viennent ensuite des discriminations dans l'interrogatoire où les soignants ne poseront pas les mêmes questions selon le patient.

Concernant le soin, les variations tiennent autant de la réalisation (ou non) d'un acte médical que de son explication.

En revanche, les soignants ne manifestent pas de comportements différents selon un contexte endogroupe/exogroupe sur les examens et l'installation du patient. Ces dimensions du soin ne paraissent pas refléter de discrimination.

4.3.4.2.2 Indicateurs de différences des soins selon le patient : discrimination ou régulation de l'activité

La troisième hypothèse initiale de cette étude consiste en :

H 3 : les soignants discriminent plus un patient agité et quand la communication est difficile que selon ses caractéristiques psychosociales stigmatisées

Les analyses vont identifier comment le soignant s'adapte, quels comportements changent, pour chacun de ces groupes de patients. Enfin, ces variations seront comparées aux discriminations recensées dans la partie précédente.

Il sera dès lors possible d'identifier si les variations de comportement des soignants envers ces patients sont des manifestations de discrimination ou dépendent d'autres causes, par exemple une régulation de la charge de travail supplémentaire.

4.3.4.2.2.1. Caractéristiques psychosociales stigmatisées des patients

Les caractéristiques psychosociales stigmatisées du patient retenues ici sont : patient étranger, d'origine étrangère, SDF, handicap physique, handicap psychologique, toxicomane, alcoolique, alcoolisé.

		Etranger	Origine étrangère	SDF	Handicap physique	Handicap psychologique	Toxico	Alcoolique	Alcoolisé
Caractéristiques de la relation	soignant interagit avec le patient	ns	**9,22****	ns	ns	ns	ns	ns	ns
	mode d'adresse	**9,91***	ns	**23,31 *****	ns	ns	ns	**9,56***	ns
	soignant utilise le nom du patient	ns	ns	**19,57 *****	ns	ns	ns	**8,29***	ns
	soignant utilise le prénom du patient	ns	**6,15***	**20,76 *****	ns	ns	ns	ns	ns
	soignant demande son nom au patient	**12,37****	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
	soignant utilise M. Mme Mlle	**11,575****	**6,896***	ns	ns	ns	ns	ns	ns
	soignant indique son métier	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	**3,95***
	soignant indique sa fonction	ns	ns	ns	ns	**9,85****	ns	ns	ns
	soignant se présente sur au moins un élément	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	**4,26***
	soignant discute avec le patient	ns	**8,89***	ns	ns	ns	ns	ns	ns
	soignant sourit au patient	ns	ns	ns	ns	**8,42***	ns	**11,74****	ns
	contact non-médical	ns	ns	ns	ns	ns	ns	**13,18*****	**10,77****[b]**
	soignant adapte son discours	ns	ns	**6,43***	**6,118***	ns	ns	ns	ns
	soignant insiste	ns	ns	**23,68 *****	ns	**13,64****	**24,84*** ***	**14,61****	**9,13****
Interrog	soignant demande le contexte du problème	ns	ns	ns	**6,53***	**6,8***	**6,44***	**6,82***	ns
Examens	soignant fait un dextro	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	**5,479**
	soignant explique le dextro	ns	ns	ns	ns	**7,16***	ns	ns	ns
	soignant annonce le résultat d'un examen	**9,60****	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Soins	soignant explique les effets secondaires	**14,92*****	**9,5****	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Moda-lités d'appell	soignant déplace le patient	ns	ns	ns	**8,95****	ns	ns	ns	ns
	soignant questionne le patient sur son bien-être	ns	ns	ns	ns	**7,44***	ns	ns	ns

Tableau 4.36 : Variations de comportement du soignant envers le patient selon les caractéristiques des patients, χ^2 de Pearson[14]

[14] Les comportements des soignants étaient évalués de manière binaire : comportement effectué vs comportement non-effectué. Les analyses effectuées ici seront basées sur des χ^2 où nous observons si

p < .05 ** : p < .01 *** : p < .001

b : correction de Fisher

Envers un patient qu'ils estiment étranger, les soignants manifesteront certaines différences :

- sur le plan relationnel :
  - interagir avec l'accompagnant plutôt que le patient directement (χ^2 = 9,222, p = .010),
  - vouvoyer le patient français (χ^2 = 9,913, p = .047). Toutefois, lorsque les soignants s'exprimaient en anglais avec un patient étranger, la différence « tu » - « vous » n'existant pas dans cette langue, ce résultat paraît à relativiser,
  - demander plus souvent le nom de famille au patient (χ^2 =12,378, p = .002),
  - utiliser plus souvent un titre (M., Mme, Mlle) (χ^2 = 11,575, p = .003),
- sur l'interrogatoire : pas de variation
- sur les examens :
  - annoncer plus souvent le résultat d'un examen (χ^2 = 9,603, p = .008),
- sur les soins :
  - expliquer plus souvent les effets secondaires des médicaments (χ^2 = 14,921, p = .001), peut-être s'agit-il là d'une différence liée à la culture où les soignants estiment que les patients français connaissent la plupart des médicaments usuels et donc les préconisations et effets secondaires qui leur sont attachés. A l'inverse, face à un patient étranger et d'origine étrangère, les soignants, manquant d'informations sur les connaissances de la population envers les soins et la santé, ne peuvent adopter ces présupposés,
- sur l'installation : pas de variation.

Envers un patient qu'ils estiment d'origine étrangère, les soignants vont :

- sur le plan relationnel :
  - utiliser le prénom du patient (χ^2 =6,154, p = .046),
  - utiliser plus souvent un titre (M. Mme Mlle) (χ^2 =6,896, p = .032),
  - centrer le discours sur les soins (χ^2 = 8,893, p = .012),
- sur l'interrogatoire : pas de variation,
- sur les examens : pas de variation,
- sur les soins :
  - expliquer plus souvent les effets secondaires (χ^2 = 9,509, p = .009),
- sur l'installation : pas de variation.

---

une différence est observée selon l'origine du patient. Lorsque cela était nécessaire, nous avons pris en compte les résultats obtenus selon la correction de Fischer.

Envers un patient qu‘ils estiment SDF, les soignants vont :

- sur le plan relationnel :
    - tutoyer le patient (χ^2 = 23,341, p = .000),
    - l‘appeler plus souvent par son nom de famille (χ^2 =19,571, p = .000),
    - utiliser plus souvent son prénom (χ^2 = 20,761, p = .000),
    - adapter moins leur discours (vitesse, parler plus fort) (χ^2 = 6,430, p = .040),
    - insister plus face à un refus du patient (χ^2 = 23,687, p = .000),
- sur l‘interrogatoire : pas de variation,
- sur les examens : pas de variation,
- sur les soins : pas de variation,
- sur l‘installation : pas de variation.

Envers un patient qu‘ils estiment avoir un handicap physique, les soignants vont :

- sur le plan relationnel :
    - adapter plus leur discours (vitesse, parler plus fort) (χ^2 = 6,118, p = .047),
- sur l‘interrogatoire :
    - demander plus souvent le contexte d‘apparition du problème (χ^2 = 6,532, p = .038),
- sur les examens : pas de variation,
- sur les soins : pas de variation,
- sur l‘installation :
    - déplacer plus souvent le patient (χ^2 = 8,959, p = .011), ce qui paraît légitime au regard de l‘état du patient.

Envers un patient qu‘ils estiment avoir un handicap psychologique, les soignants vont :

- sur le plan relationnel :
    - préciser plus souvent leur fonction (χ^2 = 9,856, p = .007),
    - sourire moins (χ^2 = 8,425, p = .015),
    - insister plus face au refus du patient (χ^2 = 13,648, p = .001),
- sur l‘interrogatoire :
    - demander plus souvent le contexte d‘apparition du problème (χ^2 = 6,802, p = .033),
- sur les examens :
    - expliquer le dextro effectué (χ^2 = 7,186, p = .028), ce qui peut s‘expliquer pour préparer le patient à la piqûre (rapide, soudaine et brève comparée à une prise de sang) qui risquerait de l‘inquiéter,

- sur les soins : pas de variation,
- sur l‘installation : pas de variation,
    - questionner plus souvent les patients sur leur bien-être (χ^2 = 7,400, p = .024).

Envers un patient qu‘ils estiment toxicomane, les soignants vont :

- sur le plan relationnel :
    - insister plus face au refus du patient (χ^2 = 24,844, p = .000),
- sur l‘interrogatoire :
    - demander moins souvent le contexte d‘apparition du problème (χ^2 = 6,442, p = .040), l‘état du patient (sous substance psychotrope) ne permet pas d‘effectuer l‘interrogatoire normalement. Toutefois, il est surprenant que seul cet item présente des différences alors que l‘ensemble de l‘interrogatoire ne devrait pas être possible dans ces cas,
- sur les examens : pas de variation,
- sur les soins : pas de variation,
- sur l‘installation : pas de variation,

Envers un patient qu‘ils estiment alcoolique, les soignants vont :

- sur le plan relationnel :
    - tutoyer le patient (χ^2 = 9,560, p = .049),
    - l‘appeler plus souvent par son nom de famille (χ^2 = 8,299, p = .016),
    - avoir plus de contacts non médicaux (χ^2 = 13,188, p = .001),
    - insister plus face au refus du patient (χ^2 = 14,614, p = .001),
- sur l‘interrogatoire :
    - demander moins souvent le contexte d‘apparition du problème (χ^2 = 6,824, p = .033),
- sur les examens : pas de variation,
- sur les soins : pas de variation,
- sur l‘installation : pas de variation.

Envers un patient qu‘ils estiment alcoolisé, les soignants vont :

- sur le plan relationnel :
    - l‘appeler plus souvent par son nom de famille (χ^2 = 7,581, p = .020),
    - indiquer moins souvent leur métier (χ^2 =3,953, p = .047),
    - se présenter sur au moins un élément (χ^2 = 4,260, p = .039),
    - sourire moins (χ^2 = 11,745, p = .003).
    - avoir plus de contacts non médicaux (χ^2 = 10,774, p = .004),

    - insister plus face au refus du patient ($\chi^2 = 9{,}130$, $p = .010$),
- sur l'interrogatoire : pas de variation,
- sur les examens :
    - effectuer plus de dextro ($\chi^2 = 5{,}479$, $p = .030$). Ce résultat peut s'expliquer par les risques de sous-nutrition réguliers des patients dans cet état,
- sur les soins : pas de variation,
- sur l'installation : pas de variation.

Les différences dans les soins (de l'interrogatoire à l'installation) sont rares, et régulièrement légitimes : dextro pour un patient alcoolisé, déplacement d'un patient présentant un handicap physique par exemple. En revanche, la relation avec le patient présente beaucoup plus de différences. Les soignants sont moins avenants face à un patient présentant des caractéristiques mesurées : ils indiqueront moins souvent leur métier, souriront moins, seront plus insistants face à un refus.

Les contacts non médicaux observés avec les patients alcooliques et alcoolisés correspondent à des tentatives pour l'empêcher de fuguer. De la même manière, les soignants insistent face aux refus opposés par ces patients et les toxicomanes. Les différences observées ici peuvent alors être considérées légitimes au regard des spécificités comportementales de ces patients qui sont évalués plus agressifs, revendicateurs. L'observation n° 39, exposée dans la partie 4.3.4.1.2.2.2. illustre ces constatations.

En outre, les soignants vont tenter de personnaliser le soin envers un patient étranger en lui demandant son nom, son prénom ou en utilisant un titre de civilité. Les soignants seront plus impersonnels face aux autres patients. Des restrictions dans les communications avec les patients étrangers et d'origine étrangère sont néanmoins constatées : parler à l'accompagnant, ne parler que des soins. Ici, les soignants ne fourniront pas d'effort relationnel avec le patient, ils vont se concentrer sur le soin et laisseront l'accompagnateur expliquer les soins au patient.

Les patients SDF, alcooliques (récurrents dans le service) seront appelés directement soit par leur prénom soit par leur nom de famille. Les soignants se montrent plus familiers à leur égard.

Par exemple, lors de l'observation 116, un SDF venait pour un repas et un lit pour la nuit. Cette personne vient tous les jours au service d'urgences, du moins dès que le temps devient froid. Généralement, il entre dans la salle d'attente, ne vient même pas à l'accueil, surtout s'il y a une file d'attente devant le guichet de l'infirmier. Il s'assoit dans un coin de la salle d'attente.

Lorsque l'infirmier d'accueil a terminé d'accueillir les nouveaux patients, il s'adresse alors au SDF en l'appelant par son prénom : « *José ? Viens* ». Il sait déjà que le patient vient pour un repas « *qu'est-ce qui se passe ? c'est juste un repas* ? » et lui rappelle le contrat passé avec l'équipe « *la douche aussi, c'était avec moi hier, pas ce matin, une douche tous les jours donc on prend la douche aujourd'hui (...) la douche d'abord* ». Une proximité s'est créée au fil du temps avec ce type de patient, une routine s'est installée. Le patient le sait et même si chaque jour il tente d'échapper à la douche, les soignants le rappellent à l'ordre systématiquement et au final le patient se plie au contrat passé.

Les résultats indiquent bien des différences de comportement à l'égard des « mauvais patients » plus difficiles à gérer. Toutefois, ces différences se manifesteront différemment selon le type de difficulté générée : patient désocialisé (SDF, toxicomane) vs. patient étranger. De la même manière que Giami et al. (1994) exposait une sous-catégorisation du patient VIH selon le « statut » coupable de sa contamination (toxicomane, échange de seringue) ou victime (transfusion de sang), la qualification de « mauvais » patient selon les caractéristiques psychosociologiques peut être sous-catégorisée selon l'origine de la difficulté de la prise en charge. Cette différenciation figurait déjà dans le schéma 4.2 où les « mauvais » patients, d'après les caractéristiques psychosociales stigmatisées, visaient d'une part les patients désocialisés, et d'autre part les patients avec qui la communication est difficile en raison des difficultés linguistiques.

Cette sous-catégorisation opérée de manière plus thématique semble se retrouver dans les variations des prises en charge, notamment dans la dimension relationnelle de la prise en charge, où les soignants, d'une part, ne prendront pas ces patients en charge de la même manière qu'un « bon patient », mais d'autre part, les variations de prises en charge ne sont pas les mêmes selon qu'il s'agisse d'un patient désocialisé ou d'un patient étranger. Lors de rencontres avec les premiers, les soignants seront plus familiers et tenteront plus de forcer le patient (à rester dans le service, à accepter un soin). Lors de rencontres avec les seconds, les soignants tenteront de personnaliser le soin (demander le nom du patient), mais en restreignant les échanges au domaine médical.

Dans tous les cas, il est rassurant d'observer que les différences ont lieu principalement dans l'aspect relationnel de la prise en charge et moins dans l'aspect médical.

4.3.4.2.2.2. Comportement des patients

Les variations dans les soins seront ici étudiées selon le comportement des patients. Les indicateurs mesurant le comportement des patients considèrent : l'agressivité du patient, son comportement revendicateur, ses problèmes d'hygiène, ses troubles du comportement, ses problèmes psychiatriques.

Les tableaux indiqueront les items dont la différence d'observation des comportements du soignant est significative, le sens des différences sera exposé dans l'interprétation.[15]

[15] Les comportements des soignants étaient évalués de manière binaire : comportement effectué vs comportement non-effectué. Les comportements des patients étaient évaluées sur une échelle de 1 (le patient ne présente pas du tout le comportement) à 6 (le patient présente tout à fait le comportement). Ces items ne présentant pas de distributions normales, nous utiliserons le test de Mann-Whitney.

		Agressif	Revendicateur	Problème d'hygiène	Trouble du comportement	Problème psychiatrique
Caractéristiques de la relation	soignant salue le patient	**1565***	ns	ns	**1490***	ns
	mode d'adresse	ns	ns	**187****	ns	ns
	soignant utilise le nom du patient	ns	ns	**245***	ns	ns
	soignant indique son métier	ns	ns	**854***	ns	ns
	soignant se présente sur au moins un élément	ns	ns	**928***	ns	ns
	soignant sourit au patient	**843***	**743****	**749***	**698***	**644****
	contact non médical	ns	**538****	**491***	ns	ns
	soignant insiste face au refus du patient	**206*****	**174,5*****	**215*****	**234****	**140*****
Interrogatoire	soignant demande les antécédents	ns	ns	**953***	ns	**986,5***
	soignant demande le contexte du problème	**1125***	ns	ns	**957****	**888*****
	soignant demande l'état général	ns	ns	ns	**1271***	**1197****
	soignant demande un mouvement diagnostic	ns	ns	ns	ns	**765,5***
	soignant demande si prise de médicaments	ns	800*	ns	ns	ns
Examens	soignant fait une prise de sang	ns	ns	ns	**454,5***	ns
	au moins un examen fait	**1518,5***	**1382****	ns	ns	ns
	soignant explique les examens faits	ns	ns	**443,5***	ns	ns
Installation	soignant questionne le patient sur son bien-être	ns	ns	ns	ns	**197***

Tableau 4.37 : Variations de comportement du soignant envers le patient selon le comportement des patients, test de Mann-Whitney

* : $p < .05$ ** : $p < .01$ *** : $p < .001$

Les soignants modifient leur activité auprès d'un patient selon son comportement.

Envers un patient qu'ils estiment agressif, les soignants vont :

- sur le plan relationnel :
  - saluer moins souvent le patient ($U = 1565$, $p = .031$),
  - sourire moins souvent ($U = 843$, $p = .016$),
  - insister plus souvent ($U = 206$, $p = .000$),

- sur l‘interrogatoire :
    - demander moins souvent le contexte d‘apparition de la pathologie (U = 1125, p = .014),
- sur les examens :
    - pratiquer moins d‘examens (U = 1518,5, p = .022),
- sur les soins : pas de variation,
- sur l‘installation : pas de variation.

Envers un patient qu‘ils estiment revendicateur, les soignants vont :

- sur le plan relationnel :
    - sourire moins souvent (U = 743, p = .001),
    - toucher plus souvent le patient (hors contacts médicaux) (U = 538, p = .010), le contact non médical consistera à canaliser le patient revendicateur, le calmer, l‘empêcher de partir,
    - insister plus souvent (U = 174.5, p = .000),
- sur l‘interrogatoire :
    - demander moins si le patient a pris un médicament pour le problème le faisant venir aux urgences (U = 800, p = .026),
- sur les examens :
    - pratiquer moins d‘examens (U = 1382, p = .002),
- sur les soins : pas de variation,
- sur l‘installation : pas de variation.

Envers un patient qu‘ils estiment avoir des problèmes d‘hygiène, les soignants vont :

- sur le plan relationnel :
    - tutoyer plus souvent le patient (U = 187, p = .006),
    - utiliser plus souvent son nom (U = 245, p = .038),
    - indiquer moins souvent leur métier (U = 854, p = .014) : ces trois premiers indicateurs s‘observent surtout face à des patients SDF : les soignants connaissent leurs noms donc ils l‘utilisent, ils les tutoient car ils viennent régulièrement aux urgences, ils n‘indiquent pas leur métier car les patients SDF connaissent tous les membres du service. Un jour, un patient SDF se rend aux toilettes, situées derrière une porte sécurisée nécessitant un code pour l‘ouvrir. En nous croisant dans le couloir, il nous informe « *je vais juste aux toilettes, je reviens, je connais le code, je connais tout ici* ». Ces patients n‘ont essentiellement que le service d‘urgences, ils font un peu comme chez eux, tant qu‘ils respectent certaines règles établies par l‘équipe (par exemple prendre une douche avant de recevoir un repas),
    - se présenter moins souvent (U = 928, p = .034),
    - sourire moins souvent (U = 749, .012),

    - toucher plus souvent le patient (hors contacts médicaux) (U = 491,5, p = .011), il s‘agira surtout des patients SDF pour lesquels les soignants apportent de l‘aide pour la douche, l‘habillage et des marques d‘empathie à l‘égard de leur situation,
    - insister plus souvent (U = 215, p = .001),
- sur l‘interrogatoire :
    - demander moins souvent les antécédents (U = 952, p = .016), en général, ces patients sont des SDF qui reviennent régulièrement. Les soignants ne demandent pas les antécédents car d‘une part le patient SDF vient pour un repas et passer un moment au chaud, d‘autre part car avec les fréquents passages dans le service, les dossiers médicaux contiennent certaines informations qu‘il n‘est pas utile de redemander,
- sur les examens :
    - expliquer plus souvent les examens pratiqués (U = 443,5, p = .039),
- sur les soins : pas de variation,
- sur l‘installation : pas de variation.

Envers un patient qu‘ils estiment avoir des troubles du comportement, les soignants vont :

- sur le plan relationnel :
    - saluer moins souvent le patient (U = 1490, p = .049),
    - sourire moins souvent (U = 698, p = .004),
    - insister plus souvent (U = 234.5, p = .002),
- sur l‘interrogatoire :
    - demander moins souvent le contexte d‘apparition de la pathologie (U = 957, p = .004),
    - poser moins de questions sur les modifications de l‘état général (U = 1271, p = .042),
- sur les examens :
    - réaliser moins de prises de sang (U = 454.5, p = .040).
- sur les soins : pas de variation,
- sur l‘installation : pas de variation.

Envers un patient qu‘ils estiment avoir des problèmes psychiatriques, les soignants vont :

- sur le plan relationnel :
    - sourire moins souvent (U = 644, p = .001),
    - insister plus souvent (U = 140, p = .000).
- sur l‘interrogatoire :
    - demander moins souvent les antécédents (U =

986.5, p = .028), les soignants estiment ici que le patient n‘a pas forcément les capacités pour répondre et apporter les informations nécessaires et pertinentes demandées,

  - demander moins souvent le contexte d‘apparition de la pathologie (U = 888, p = .000),
  - poser moins de questions sur les modifications de l‘état général (U = 1197, p = .008),
  - demander moins de mouvements au patient pour préciser le diagnostic (U = 765,5, p = .033),

- sur les examens : pas de variation,
- sur les soins : pas de variation,
- sur l‘installation :
  - interroger plus souvent sur leur état général (U = 197, p = .027).

Le relationnel est la dimension de la prise en charge qui paraît la plus touchée par les comportements des patients. Un patient difficile à gérer entraînera un investissement relationnel plus faible de la part du soignant qui saluera moins, ne se présentera pas (nom, métier). Face à ces patients, il semble également que les soignants imposent plus, par exemple ils insistent face au refus d‘un patient.

Dans le même sens, les soignants posent moins de questions à l‘interrogatoire face à un patient dont le comportement le rend difficiles à gérer, particulièrement lorsqu‘il présente des problèmes psychiatriques.

Les observations n° 145 et n° 39 déjà évoquées plus haut illustrent bien ces cas. Il s‘agit dans les deux cas de patients difficiles à gérer, que l‘équipe a placés en isolement (dans les deux cas) et sous contention (pour le cas n° 145). Au vue de l‘agitation du patient, les soignants ne s‘investissaient pas dans la relation, étaient directifs et imposaient leurs décisions à des patients qu‘ils n‘étaient pas en mesure de convaincre.

Concernant la réalisation d‘examens, les soignants semblent en faire moins face à des patients difficiles à gérer, ce qui peut s‘expliquer soit par une peur d‘être agressé, soit par un abandon face au rejet que le patient manifeste envers les examens et soins.

Enfin, concernant les soins effectués et l‘installation, le comportement du patient ne semble pas favoriser de modifications de la part du soignant.

4.3.4.2.2.3. Difficulté de communication

Dans le tableau suivannt, seuls les items dont la différence d‘observation des comportements du soignant est significative seront présentés[16], nous exposerons le sens de la différence à leur suite.

[16] Les comportements des soignants étaient évalués de manière binaire : comportement effectué vs comportement non-effectué. Les causes de difficultés de communication étaient évaluées sur une échelle de 1 (pas du tout) à 6 (tout à fait). Ces items ne présentant pas de distributions normales, nous utiliserons le test de Mann-Whitney

		Langue	Handicap	Problème psychologique
Caractéristiques de la relation	soignant demande son nom au patient	ns	**142***	ns
	soignant discute avec le patient	**1466,5***	ns	ns
	soignant sourit au patient	ns	ns	**618*****
	soignant adapte son discours	ns	**963*****	ns
	soignant insiste face au refus du patient	**333,5***	ns	**170*****
Interrogatoire	soignant demande le contexte du problème	ns	ns	**931,5****
	soignant demande l'état général	ns	ns	**1231***
Modalités d'installation	soignant explique au patient qu'il doit se déshabiller	**252,5***	ns	ns

Tableau 4.38 : Variations de comportement du soignant envers le patient selon les difficultés de communication, test de Mann-Whitney

* : $p < .05$ ** : $p < .01$ *** : $p < .001$

Les difficultés de communication contribuent à quelques variations dans les soins.

Lorsqu'ils estiment que la communication est difficile à cause d'un problème linguistique, les soignants vont :

- sur le plan relationnel :
  - parler uniquement d'aspects médicaux ($U = 1466.5$, $p = .031$),
  - insister plus souvent ($U = 333.5$, $p = .024$),
- sur l'interrogatoire : pas de variation,
- sur les examens : pas de variation,
- sur les soins : pas de variation,
- sur l'installation :
  - expliquer plus souvent au patient qu'il doit se déshabiller ($U = 252,5$, $p = .028$).

Lorsqu'ils estiment que la communication est difficile à cause d'un handicap physique, les soignants vont :

- sur le plan relationnel :
  - demander plus leur nom de famille ($U = 142$, $p = .037$),
  - adapter plus leur discours (vitesse, parler plus fort) ($U = 963$, $p = .000$), il s'agit ici d'une adaptation qu'il peuvent mettre en place selon les particularités du patient : face à un patient malentendant, le soignant peut parler plus fort, en revanche, face à un patient russe, le soignant ne pourra pas forcément s'adapter en parlant russe s'il ne connaît pas cette langue,
- sur l'interrogatoire : pas de variation,
- sur les examens : pas de variation,

- sur les soins : pas de variation,
- sur l‘installation : pas de variation.

Lorsqu‘ils estiment que la communication est difficile à cause d‘un handicap psychologique, les soignants vont :

- sur le plan relationnel :
    - sourire moins (U = 618, p = .000),
    - insister plus souvent (U = 170, p = .000),
- sur l‘interrogatoire :
    - demander moins souvent le contexte d‘apparition de la pathologie (U = 931,5, p = .002),
    - poser moins de questions sur les modifications de l‘état général (U = 1231, p = .025),
- sur les examens : pas de variation,
- sur les soins : pas de variation,
- sur l‘installation : pas de variation.

Ici encore la dimension relationnelle est celle qui paraît la plus variable. Certains aspects de la prise en charge sont réduits, tels que le discours centré sur le soin, mais des compensations apparaissent liées aux difficultés de communication, par exemple parler plus lentement pour que le patient comprenne.

L‘interrogatoire est peu modifié lorsque la communication est difficile. Seul le handicap psychologique réduit les questions posées qui n‘ont pas un rapport direct et pertinent pour la prise en charge.

Les examens et soins effectués ne semblent pas modifiés selon les difficultés de communication.

Concernant l‘installation, la seule différence réside dans la sur-explication d‘une demande envers les patients lorsque la communication est difficile à cause de la langue. Ceci peut s‘entendre car il s‘agit de patients étrangers, dont les connaissances sur l‘organisation des soins peuvent être différentes de celles pratiquées en France.

4.3.4.2.2.4. Variations des soins selon le patient : discrimination ou régulation de l’activité

Parmi l‘ensemble des variations de soins constatées dans les contextes intergroupe et relevant potentiellement de discrimination, certaines sont également observées selon une caractéristique du patient. Nous les avons répertoriées dans le tableau 4.39 ci-après.

Dimension du soin	Comportement révélant de la discrimination	Comportement variant selon le patient		
		Caractéristiques psychosociales stigmatisée	Comportement du patient	Difficultés de communication
Caractéristiques de la relation	soignant ne salue pas le patient	non	Agressif, trouble du comportement	non
	soignant n‘utilise pas le nom du patient	SDF	Problème d‘hygiène	non
	soignant n‘indique pas son métier	Alcoolisé	Problème d‘hygiène	non
	soignant ne sourit pas au patient	Handicap psychologique, alcoolique	Agressif, revendicateur, problème d‘hygiène, trouble du comportement, problème psychiatrique	Liées à un problème psychologique
	soignant n‘adapte pas son discours	Handicap physique, SDF	non	Liées à un handicap
	soignant n‘interagit pas avec le patient	non	non	non
	soignant ne se présente pas sur au moins un élément	Alcoolisé	Problème d‘hygiène	non
	soignant ne discute pas avec le patient	Origine étrangère	non	Liées à la langue
	soignant insiste face au refus du patient	SDF, handicap psychologique, toxicomane, alcoolique, alcoolisé	Agressif, revendicateur, problème d‘hygiène, trouble du comportement, problème psychiatrique	Liées à la langue et à un problème psychologique
Interrogatoire	soignant ne questionne pas sur la durée	non	non	non
	soignant ne demande pas l‘état général	non	Trouble du comportement, problème psychiatrique	Liées à un problème psychologique
	soignant ne demande pas au patient s'il a des allergies	non	non	non
Examens	pas de discrimination			
Soins	soignant ne fait pas de soin	non	non	non
	soignant n‘explique pas le soin	non	non	non
	soignant n‘administre pas de médicament	non	non	non
Modalités d‘installation	pas de discrimination			

Tableau 4.39 : Comportements discriminatoires observés selon les difficultés liées aux patients

Les discriminations constatées selon le patient sont presque toutes observées dans la dimension relationnelle du soin.

Selon les caractéristiques psychosociales stigmatisées du patient, les soignants auront des comportements discriminants. Sept des comportements discriminatoires recensés sont observés selon ces variables.

Confronté à un patient difficile à gérer à cause de son comportement agité, 7 comportements discriminatoires ont été observés.

Lorsque le soignant est dans une situation où la communication est difficile il mettra en place 5 des comportements qualifiés de discriminatoires.

Il semble donc que les soignants soient plus discriminants selon les caractéristiques psychosociales stigmatisées des patients et leurs comportements que selon les difficultés de communication.

Toutefois, d'une part les résultats indiquent peu de différences.

De plus, dans chacun de ces facteurs (caractéristiques psychosociales stigmatisées, comportement des patients, difficultés de communication), le nombre d'items était différent, ne permettant pas une comparaison précise :

- caractéristiques psychosociales stigmatisées : 8 items : étranger, origine étrangère, SDF, handicap physique, handicap psychologique, toxicomane, alcoolique, alcoolisé
- comportement : 5 items : agressif, revendicateur, problème d'hygiène, troubles du comportement ou psychiatrique
- difficulté de communication : 3 items : langue, handicap, problème psychologique

La comparaison des discriminations entre ces groupes est d'autant plus difficile qu'ils ne comprennent pas autant de modalités les uns par rapport aux autres.

Au vue de ces résultats, nous ne pouvons valider notre hypothèse.

4.3.4.2.3 Indicateurs de différence des soins selon l'activité

Cette partie vise à répondre aux hypothèses :

H4 : plus l'activité est intense, plus les soignants discriminent.

Cette hypothèse se divisait en :

H4a : plus les entrées aux urgences sont élevées plus les soignants discriminent,
H4b : plus les soignants travaillent depuis longtemps à leur poste plus ils discriminent.

Les indicateurs de l'activité consistaient en la mesure du nombre d'heures travaillées et du nombre de patients entrés dans le service. Les données suivant une distribution normale, nous utiliserons le test de Student.

		Nombre d'heures travaillées	Nombre de patients entrant
Caractéristiques de la relation	soignant utilise M. Mme Mlle	ns	**2,595***
	soignant indique sa fonction	**2,157***	ns
Interrogatoire	soignant demande les antécédents	**2,125***	**3,214****
	soignant questionne sur la durée	ns	**2,781****
	soignant demande l'objet de la visite	ns	**2,093***
	soignant demande si prise de médicaments	ns	**2,236***
Examens	soignant fait une prise de sang	ns	**3,062****
Soins	soignant administre un médicament	**2,085***	ns
Modalités d'installation	soignant bouge le patient pour l'installer	**2,217***	ns
	soignant demande au patient un déplacement	**2,292***	**2,898****
	soignant explique l'attente aux urgences	ns	**3,062****

Tableau 4.40 : Variations des comportements des soignants selon l'activité, test de Student

* : $p < .05$ ** : $p < .01$ *** : $p < .001$

Ces résultats montrent des différences de la part des soignants selon l'activité :

- caractéristiques de la relation :
  - plus le nombre de patients entrant dans l'heure est élevé, plus les soignants utilisent M. Mme Mlle envers le patient ($t_{(119)} = 2,595$, $p = .011$),
  - plus les soignants travaillent depuis longtemps, moins ils indiquent leur fonction au patient ($t_{(116)} = 2,157$, $p = .033$),
- interrogatoire :
  - plus les soignants travaillent depuis longtemps, moins ils demandent aux patients leurs antécédents ($t_{(58,992)} = 2,125$, $p = .038$)
  - plus le nombre de patients entrant dans le service est élevé :
    - moins les soignants demandent les antécédents ($t_{(119)} = 3,214$, $p = .002$),
    - moins ils posent de questions sur la durée des symptômes ($t_{(119)} = 2,781$, $p = .006$),
    - plus ils demandent l'objet de la visite aux urgences ($t_{(119)} = 2,093$, $p = .039$),

        - plus ils demandent si le patient a déjà pris un médicament chez lui ($t_{(119)} = 2,236$, $p = .027$),

- examen :
    - plus le nombre de patients entrant dans le service est élevé, moins les soignants effectuent des prises de sang ($t_{(119)} = 3,062$, $p = .003$),
- soins :
    - plus les soignants travaillent depuis longtemps, moins ils administrent de médicaments au patient ($t_{(116)} = 2,085$, $p = .039$)
- installation : plus les soignants travaillent depuis longtemps :
    - moins ils bougent un patient ($t_{(116)} = 2,217$, $p = .029$),
    - moins ils demandent un déplacement au patient ($t_{(116)} = 2,292$, $p = .024$),
    - plus le nombre d'entrées de patients est élevé :
        - moins les soignants demandent un déplacement au patient ($t_{(119)} = 2,898$, $p = .004$),
        - plus les soignants expliquent le temps d'attente au patient ($t_{(119)} = 3,062$, $p =.003$) : avec un afflux important de patients, le temps d'attente risque d'être élevé. Les soignants vont plus leur expliquer les causes de la durée de leur attente, probablement pour éviter une montée de la violence chez les patients qui attendent longtemps sans comprendre (Dodier & Camus, 1997 ; Jones & Lyneham, 2001 ; Potter, 2006).

Selon les niveaux de l'activité, les soignants vont modifier leur comportement. A la différence des variations constatées dans les parties précédentes (interaction intergroupe, facteur patient), ici c'est l'interrogatoire et l'installation du patient qui présentent le plus de variations. Les caractéristiques de la relation, le soin et les examens sont en revanche peu réduits.

Le temps de travail, avec la fatigue accumulée qu'il suppose, mène à quelques différences de la part des soignants. Le flux de patients entraîne plus de diminution de la prise en charge. L'intensité de l'activité du service contribue, plus que le temps travaillé, à modifier le soin. Par exemple, les antécédents d'un patient peuvent se révéler être une liste relativement longue, donc les éléments ne sont pas forcément pertinents dans le contexte de la situation observée. Pour gagner du temps, surtout au poste d'IAO, les soignants ne poseront pas cette question, d'autant que le médecin la reposera en examinant le patient.

Toutefois, les variations de comportement des soignants ne signifient pas pour autant discrimination. Le tableau 4.41 suivant reprend, pour chaque comportement discriminatoire recensé, si l'activité modifie également ce comportement.

Dimension du soin	Comportement révélant de la discrimination	Comportement variant selon l'activité	
		Heures travaillées	Flux de patients
Caractéristiques de la relation	soignant ne salue pas le patient	non	non
	soignant n'utilise pas le nom du patient	non	non
	soignant n'indique pas son métier	non	non
	soignant ne sourit pas au patient	non	non
	soignant n'adapte pas son discours	non	non
	soignant n'interagit pas avec le patient	non	non
	soignant ne se présente pas sur au moins un élément	non	non
	soignant ne discute pas avec le patient	non	non
	soignant insiste face au refus du patient	non	non
Interrogatoire	soignant ne questionne pas sur la durée	non	non
	soignant ne demande pas l'état général	non	non
	soignant ne demande pas au patient s'il a des allergies	non	non
Examens	Pas de discrimination		
Soins	soignant ne fait pas de soin	non	non
	soignant n'explique pas le soin	non	non
	soignant n'administre pas de médicament	moins fréquent quand le temps de travail augmente	non
Modalités d'installation	Pas de discrimination		

Tableau 4.41 : Comportements discriminatoires observés selon l'activité

Les deux indicateurs retenus ont le même impact faible sur les discriminations, seul le nombre d'heures travaillées contribue à l'apparition d'un comportement

discriminatoire. Le nombre d'entrées dans le service ne favorise aucun comportement discriminatoire.

Ces résultats ne permettent pas d'affirmer que l'activité augmente les discriminations : nos hypothèses ne peuvent être validées.

Le flux de patients entraîne des modifications dans le comportement des soignants et notamment concernant l'interrogatoire et l'installation. Ici, le soignant adapte, régule son activité (Faverge, 2001 ; Leplat, 2000 ; Sperandio, 1972) pour réaliser sa tâche. Nous avions noté dans la partie 4.3.4.1.3.9 que le flux de patients ne modifiait pas significativement le ressenti de charge de travail, malgré l'importance du facteur temporel dans la charge de travail perçue (Bertrand et al., 2000 ; Peneff, 1992 ; Pourriat & Kierzeck, 2006 ; Wears & Perry, 2007). Nous pouvons désormais avancer que si les variations de temps disponible pour réaliser la tâche ne modifient pas la charge de travail perçue, c'est que les soignants mettent en place des régulations de leur activité suffisamment efficaces pour ne pas modifier leurs ressentis de charge.

4.3.4.2.4 Lien entre charge de travail sur la discrimination

La dernière hypothèse initiale de cette étude consiste en :

H5 : plus les soignants ressentent une charge de travail élevée plus ils discriminent certains patients.

Pour cela, la première partie visera à étudier si l'augmentation du niveau de charge augmente les comportements discriminatoires.

La seconde partie consistera dans la comparaison des niveaux de charge de travail perçue pour chaque comportement discriminatoire observé.

4.3.4.2.4.1 Apparition de discrimination selon les niveaux de charge de travail

Ici, l'émergence de discrimination selon le niveau de charge sera étudiée. L'étude consistera dans la comparaison de l'observation des comportements discriminatoires selon que le soignant se trouve dans un niveau de charge très faible (premier quartile de la distribution) ou très élevé (dernier quartile de la distribution)[17] : voit-on apparaître des comportements discriminatoires lorsque le ressenti de charge augmente ?

[17] pour constituer des groupes selon le niveau de charge faible vs. élevé, le choix s'est porté sur la division par quartile de la population. La question d'utiliser l'écart-type pour constituer les groupes (charge faible : score inférieur à la moyenne moins l'écart-type et charge élevée : score supérieur à la moyenne + l'écart-type) fut évoquée. Cependant, la moyenne des scores de la dimension Exigence Physique est inférieure à l'écart-type : $m = 25{,}63$, $\sigma = 25{,}922$. Le groupe charge de travail faible sur cette dimension n'aurait pas eu de sujets. Pour cela, la répartition par quartile de la population fut privilégiée. De plus, ce moyen permet d'avoir des groupes de taille équivalente à comparer, ce qui n'aurait pas été garanti en utilisant l'écart-type.

		EM	EP	ET	P	E	F	Nasa total	Nasa pondéré
Caractéristiques de la relation	parle plus fort au patient	**6,40***	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	sourit au patient	NS	**4,95***	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	adapte son discours	**10,75 ****	**5,59***	NS	NS	**6,59***	**5,83***	**11,18 ****	NS
	dispute le patient	NS	**5,27***	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	indique sa fonction	**4,32***	NS	**5,19***	**5,16***	**4,77***	NS	**7,97* ***	**5,47***
	soignant insiste face au refus du patient	NS	**5,27***	NS	NS	**4,40***	NS	NS	**5,47***
Interrogatoire	demande les antécédents du patient	NS	NS	NS	**4,30***	NS	NS	NS	NS
	demande l'état général	NS	NS	NS	NS	NS	**4,84***	**4,68***	NS
	demande les symptômes	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	**4,88***
	demande au patient s'il a un traitement	NS	**5,41***	NS	NS	NS	**3,98***	NS	NS
	demande si le patient a pris un médicament pour le problème actuel	NS	NS	NS	NS	NS	NS	**5,16***	**5,22***
Examens	fait une prise de sang	NS	**9,51****	NS	NS	NS	**3,98***	NS	NS
	explique qu'il prend la tension	**6,66***	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	prend la saturation	**4,80***	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	ausculte le patient	NS	**4,95***	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	fait au moins un examen	**5,45***	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	explique les examens faits	NS	**3,95***	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Soins	explique la suite du soin	**5,19***	NS	NS	NS	NS	NS	NS	**5,22***
Modalités d'installation	bouge le patient pour l'installer	NS	NS	NS	NS	NS	**7,92****	NS	NS
	déshabille le patient	NS	NS	**6,66***	NS	NS	NS	NS	**5,47***
	demande au patient de se déplacer	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	**5,22***
	explique l'attente aux urgences	NS	**4,54***	NS	NS	NS	NS	NS	NS

Tableau 4.42 : Comportements différents selon le niveau faible ou élevé de charge[18]

[18] La charge de travail et les comportements du soignant étant évalués de manière binaire, des tests du χ^2 furent effectués, en prenant en compte la correction de Fisher si nécessaire

Idéalement, la charge ne devrait pas modifier les comportements des soignants. Or, ce n‘est pas le cas : les soignants agissent différement selon qu‘ils sont dans un niveau faible ou élevé de charge de travail. Toutefois, peut-on considérer que ces variations de comportement sont de la discrimination et non une régulation de la charge de travail ?

Le sens des changements observés dans les comportements des soignants doit être détaillé pour déterminer s‘il s‘agit de discrimination ou de régulation de l‘activité.

Lorsque les soignants se trouvent dans une situation où la charge est très importante ou au contraire très faible, les soignants s‘adaptent sur les comportements suivants :

- caractéristiques de la relation :
    - le soignant parle plus souvent fort au patient lors d‘une charge plus élevée sur l‘Exigence Mentale (χ^2 = 6,405, p = .013),
    - le soignant indique plus souvent sa fonction quand sa charge est supérieure sur les dimensions Exigence Mentale (χ^2 = 4,320, p .040), Exigence Temporelle (χ^2 = 5,192, p = .026), Performance (χ^2 = 5,167, p = .026), Effort (χ^2 = 4,771, p = .032), score moyen du NASA (χ^2 = 7,974, p = .005), score pondéré de charge (χ^2 = 5,472, p = .026),
    - le soignant adapte plus souvent son discours lorsqu‘il ressent un fort niveau de charge sur les dimensions Exigence Mentale (χ^2 = 10,756, p = .001), Exigence Physique (χ^2 = 5,599, p = .018), Effort (χ^2 = 6,597, p .011), Frustration (χ^2 = 5,834, p = .016), charge moyenne (χ^2 = 11,184, p = .001),
    - le soignant qui dispute un patient éprouve un haut niveau d‘Exigence Physique (χ^2 = 5,271, p .029),
    - le soignant insiste plus face au refus du patient dès que son niveau de charge augmente sur les dimensions Exigence Physique (χ^2 = 5,271, p = .029), Effort (χ^2 = 4,402, p .043), score pondéré de charge (χ^2 = 5,472, p = .026),
    - le soignant sourit moins souvent sous une Exigence Physique perçue élevée (χ^2 = 4,957, p .029),
- interrogatoire :
    - le soignant demande moins au patient s‘il a constaté une modification de son état général dès que sa charge augmente sur la dimension Frustration (χ^2 = 4,842, p = .025) et sa charge moyenne perçue (χ^2 = 4,680, p = .029),
    - le soignant interroge moins le patient s‘il a un traitement quotidien lorsque‘il indique une charge élevée sur les dimensions Exigence Physique (χ^2 = 5,410, p = .023) et Frustration (χ^2 = 3,988, p = .049),
    - le soignant questionne moins souvent le patient sur ses symptômes quand le niveau de charge pondéré est élevé (χ^2 = 4,884, p = .026),
    - le soignant qui demande plus souvent les antécédents a un haut niveau de Performance (χ^2 = 4,309, p = .037),
    - le soignant ne demande pas au patient s‘il a pris

un médicament pour le problème le conduisant aux urgences lorsque son niveau de charge moyenne (χ^2 = 5,160, p = .024) et pondéré (χ^2 = 5,220, p = .026) sont élevés,

- examens :
    - le soignant réalise moins de prises de sang quand la charge de travail est forte sur les dimensions Exigence Physique (χ^2 = 9,514, p = .002) et Frustration (χ^2 = 3,988, p = .049),
    - le soignant explique plus qu'il prend la tension lorsque son niveau d'Exigence Mentale est important (χ^2 = 6,667, p = .012),
    - le soignant prend plus souvent la saturation quand sa charge est élevée sur les dimensions Exigence Mentale (χ^2 = 4,800, p = .027),
    - le soignant qui ausculte plus le patient ressent un plus haut niveau d'Exigence Physique (χ^2 = 4,957, p .029),
    - le soignant qui pratique au moins un examen perçoit un niveau plus important d'Exigence Mentale (χ^2 = 5,455, p = .018),
    - le soignant explique plus souvent les examens faits quand il éprouve un niveau élevé d'Exigence Physique (χ^2 = 3,955, p = .05),
- soins :
    - le soignant explique plus souvent la suite du soin lorsque son niveau de charge est supérieur sur les dimensions Exigence Physique (χ^2 = 5,192, p = .026), le score pondéré de charge (χ^2 = 5,220, p = .026),
- installation :
    - le soignant bouge plus le patient lorsque le niveau de Frustration est élevé (χ^2 = 7,920, p = .007),
    - le soignant qui déshabille le patient ressent un niveau plus élevé d'Exigence Temporelle (χ^2 = 6,667, p = 012), de score pondéré de charge (χ^2 = 5,472, p = .026),
    - le soignant sollicite plus souvent un déplacement de la part du patient quand son score pondéré de charge est élevé (χ^2 = 5,220, p = .026),
    - le soignant explique moins souvent l'attente aux urgences lorsque son niveau de charge est élevé sur les dimensions Exigence Physique (χ^2 = 4,546, p = .035).

Concernant l'installation et les caractéristiques de la relation (à l'exception du sourire), les soignants ressentant une charge élevée produisent plus ces comportements. Adapter son discours et expliquer sa fonction au patient, malgré un niveau élevé de charge et le temps supplémentaire requis, permettent au soignant d'éviter une perte de temps ultérieure en répétant une information que le patient n'aura pas comprise.

Régulièrement, notamment dans les zones où plusieurs patients attendent (sas de l'hôpital bourguignon par exemple), les patients interpellent un soignant, surtout pour se plaindre de douleur, savoir pourquoi ils attendent, demander à aller aux

toilettes. Or chaque soignant a un rôle précis, un aide-soignant ne pourra pas expliquer au patient quels soins lui sont nécessaires, ce rôle est celui du médecin. Néanmoins, les patients ne savent pas forcément quelle demande effectuer à quel soignant, mais surtout ne savent pas différencier les soignants : les infirmiers, les aides-soignants et les agents de service hospitaliers ont les mêmes tenues (tunique et pantalon blanc, parfois blouse). Il arrive même que certains médecins portent également ce type de tenue. Les patients ne savent pas qui est qui, ce sentiment est renforcé lorsque des soignants d'autres services passent aux urgences (venir saluer des anciens collègues, spécialiste venant donner un avis). Le patient qui aperçoit un soignant passer près de lui va l'interpeller pour formuler sa demande. Le soignant, s'il n'est pas le plus à même de répondre à la demande, se contentera d'éluder la question ~~"je~~ ne sais pas, il faut demander à l'infirmier" (par exemple).

Un jour, un patient a répondu, exposé dans le dialogue suivant (s'agissant d'une observation informelle, cette situation ne figure pas dans les situations observées) :

- patient : « *Mais c'est qui l'infirmier ?* «
- soignant : « *C'est celui qui est en blanc* »
- patient : « *Mais vous êtes tous en blanc* »

Le soignant n'a pas répondu, se contentant de s'éloigner.

Lorsqu'ils ressentent un niveau déjà élevé de charge de travail, les soignants préfèrent éviter ce type de situations qui entraîne une perte de temps dans leur travail. Expliquer rapidement au patient quel soignant il est, permet par la suite de ne pas être interpellé pour des demandes n'étant pas de sa compétence. Il s'agit ici moins d'une discrimination que d'une régulation de l'activité : un comportement supplémentaire pour éviter une perte de temps ultérieure.

Par contre, le fait de sourire ou non n'a pas ce type d'incidence pour la suite de l'activité. Les soignants ne vont pas veiller à être souriants. Le comportement souriant du soignant disparaît lorsque la charge de travail augmente, du moins sur la dimension de l'Exigence Physique.

En revanche, sur l'interrogatoire et surtout sur les caractéristiques de la relation, les variations notées selon différents niveaux de charge correspondent plus à la prévention d'une surcharge éventuelle ultérieure. Même s'il s'agit de comportements également identifiés comme discriminatoires, ces variations ne vont pas dans le sens d'une discrimination défavorable, mais au contraire, le soignant tend à augmenter la fréquence de ces comportements car ils permettent de réguler préventivement l'activité ultérieure : par exemple expliquer au patient la suite de son passage aux urgences pour qu'il n'interpelle pas inutilement un collègue, qui ne saura probablement pas répondre.

Certaines questions de l'interrogatoire ne seront pas posées quand les soignants ressentent une charge de travail élevée, particulièrement concernant les dimensions Exigence Physique et Frustration.

L'insatisfaction que les soignants peuvent ressentir quand ils ne posent pas ces questions, pourtant importantes dans la prise en charge, est probablement la cause de l'augmentation du niveau de Frustration sur ces items. Si les soignants n'exécutent pas ces soins ce n'est pas parce qu'ils sont frustrés par la situation. En revanche, c'est parce qu'ils n'exécutent pas ces soins que les soignants sont frustrés par

cette situation et que l‘on observe ce résultat statistique.

En effet, la demande d‘antécédents est plus fréquente lorsque la charge est élevée, du moins lorsque le niveau de Performance est élevé. Cette question pouvant mener à de longues réponses (plus ou moins précises et pertinentes dans le contexte) selon le passé médical du patient, lorsque le flux de patients est important, les soignants vont éviter de la poser pour gagner du temps (cf indicateurs de différences des soins selon l‘activité, partie 4.3.4.2.3). Dès lors, le soignant qui peut prendre le temps d‘investiguer le passé médical du patient se sent plus performant dans son activité.

De même, un soignant qui réalise une prise de sang se sent moins frustré que le soignant qui n‘en réalise pas. Avoir le temps d‘effectuer cet examen permet au soignant de se sentir satisfait de son travail vis-à-vis du patient. Ceci est particulièrement observable au poste d‘IAO : quand l‘IAO reçoit un patient, il pose quelques questions et réalise quelques examens : tension, température, saturation et la plupart du temps une prise de sang. Toutefois, lorsque beaucoup de patients attendent, l‘IAO n‘effectue plus les prises de sang pour gagner du temps. Il se sent alors moins satisfait du soin accordé car en retardant la prise de sang à un moment où il aura le temps, il retarde d‘autant les résultats utiles pour le médecin.

De manière plus anecdotique, une infirmière a évoqué sa conception du métier lors de ses débuts dans la profession. Elle utilisait alors parfois le terme de « piqueuse » à la place du terme d‘infirmière (« *on est des piqueuses* ») en manifestant qu‘il s‘agissait pour elle de la nature même de ce métier. L‘insatisfaction ressentie par l‘infirmière qui n‘a pas le temps de réaliser une prise de sang peut également puiser une part de son origine dans ce décalage entre le”rôle de piqueuse” associé à l‘infirmière et l‘impossibilité de pouvoir piquer pour réaliser cet acte.

Dans d‘autres cas, il paraît plus plausible que ce soit le fait de réaliser ou non un comportement qui modifie la charge perçue. La variation du niveau de frustration révèle l‘insatisfaction ressentie durant l‘accomplissement de la tâche. En réduisant sa prise en charge du patient, par exemple en ne posant pas toutes les questions lors de l‘interrogatoire (par exemple pour cause d‘oubli, manque de temps), le soignant est insatisfait de l‘activité accomplie, il indiquera un score élevé de Frustration.

Un autre exemple concerne l‘insistance d‘un soignant face au refus d‘un patient. Ce comportement est plus fréquent lorsque le soignant perçoit un niveau élevé de charge sur les dimensions Exigence Physique, Effort et le score pondéré. Dans les situations observées, le soignant insiste dans 9 cas. Sur ces cas, 6 patients étaient alcoolisés, 4 considérés alcooliques, 2 jugés toxicomanes, 2 considérés comme ayant un handicap psychique, 2 patients étaient perçus agressifs, un était perçu ~~”r~~evendicateur” et un dernier présenté comme ayant des troubles du comportement. Les soignants devaient insister auprès des patients pour qu‘ils restent aux urgences (cas des fugues, cf cas n° 39 dans la partie 4.3.4.1.2.2.3), pour qu‘ils acceptent les soins. De plus, dans ces situations, les dimensions Exigence Physique, Effort, Frustration et les scores moyens et pondérés de charge perçue étaient plus élevés par rapport aux autres situations.

Par exemple, la situation 52 concerne un patient venu pour un accident de la route. A son arrivée, il fut immédiatement amené en SAUV. Il était agité et ne se laissait pas faire. L‘infirmière observée devait plusieurs fois lui remettre son masque à oxygène et lui expliquer qu‘il devait le garder. Son insistance auprès du patient était justifiée par le contexte médical du patient. Il ressort des évaluations de l‘infirmière

une charge de travail perçue très élevée sur la plupart des dimensions du NASA : Exigence Mentale : 90 %, Exigence Physique 88 %, Exigence Temporelle : 91 %, Performance : 91 %, Effort : 63 %, Frustration : 39 %.

Dans les situations observées, les insistances des soignants étaient justifiées selon le contexte médical. Les niveaux élevés de charge perçue reflètent l'effort supplémentaire nécessaire que le soignant devra mettre en oeuvre pour réaliser son travail auprès du patient.

Les autres variations observées concernant les examens et le soin semblent également refléter une variation de la charge selon l'activité. Par exemple, quand un soignant explique qu'il prend la tension, son niveau d'Exigence Mentale est élevé. Mais ceci ne signifie pas que l'Exigence Mentale perçue induit les actes pratiqués ou non, ici expliquer un examen quand l'Exigence Mentale perçue est élevée. En revanche, il a mobilisé plus de ressources mentales parce qu'il a expliqué l'examen et donc il indique un niveau plus élevé d'Exigence Mentale.

Les liens observés entre variation des comportements des soignants selon différents niveaux de charge de travail peuvent alors se répartir en différents groupes :

- discrimination possible : la variation ne se justifie pas par l'activité, il est possible qu'il s'agisse d'une manifestation plus fréquente d'un comportement discriminatoire selon le niveau de charge perçue, tel que le fait de sourire ou non,
- liée à l'activité :
    - prévention d'une surcharge ultérieure potentielle : dans une situation où la charge est élevée, le soignant met en place un comportement discriminatoire car il permet de prévenir une surcharge ultérieure éventuelle,
    - perception de l'activité : le lien observé entre le niveau de charge de travail perçue et le comportement ne reflète pas une différence de comportement selon la charge mais la différence de charge selon le comportement

Le tableau 4.43 suivant indique, pour chacune de ces variations constatées selon le niveau de charge, si elles correspondent aux comportements définis comme discriminatoires. La dernière colonne reprend l'interprétation de la variation selon l'interprétation possible évoquée ci-dessus :

Dimension du soin	Comportement révélant de la discrimination	Sens de la variation	Origine de la variation
Caractéristiques de la relation	soignant ne salue pas le patient	pas de variation	pas de variation
	soignant n‘utilise pas le nom du patient	pas de variation	pas de variation
	soignant n‘indique pas son métier	pas de variation	pas de variation
	soignant ne sourit pas au patient	moins fréquent quand la charge augmente	discrimination possible
	soignant n‘adapte pas son discours	plus fréquent avec une charge élevée	prévention d‘une surcharge potentielle
	soignant n‘interagit pas avec le patient	pas de variation	pas de variation
	soignant ne se présente pas sur au moins un élément	pas de variation	pas de variation
	soignant ne discute pas avec le patient	pas de variation	pas de variation
	soignant insiste face au refus du patient	plus fréquent avec une charge élevée	variation du niveau de charge perçue liée à l‘activité
Interrogatoire	soignant ne questionne pas sur la durée	pas de variation	pas de variation
	soignant ne demande pas l‘état général	moins fréquent avec une charge élevée	variation du niveau de charge perçue liée à l‘activité
	soignant ne demande pas au patient s'il a des allergies	pas de variation	pas de variation
Examens	pas de discrimination		
Soins	soignant ne fait pas de soin	pas de variation	pas de variation
	soignant n‘explique pas le soin	pas de variation	pas de variation
	soignant n‘administre pas de médicament	pas de variation	pas de variation
Installation	Pas de discrimination		

Tableau 4.43 : Comportements discriminatoires observés selon l'activité

En interprétant le sens du lien entre variations de comportement et niveaux différents de charge, seul le sourire ne se justifie pas selon l'activité.

Même si les autres variations constatées consistent en des comportements identifiés comme discriminatoires, elles sont pourtant justifiables en termes de régulation de l'activité.

Notre hypothèse ne peut être confirmée : il n'est pas possible d'affirmer que plus les soignants ressentent une charge de travail élevée plus ils discriminent certains patients.

4.3.4.2.4.2 Mesure de la charge de travail lors de comportements discriminatoires

Les analyses vont identifier pour chaque comportement discriminatoire si la charge de travail est de même niveau[19].

[19] les comportements étant évalués de manière binaire et les dimensions de charge de manière numérique, des tests t de student ont été effectués pour les scores moyens et pondérés dont la répartition suit une loi normale, des tests de Mann-Whitney ont été utilisés pour les autres dimensions dont la distribution ne suit pas une loi normale.

Dimension du soin	Comportement révélant de la discrimination	EM[a]	EP[a]	ET[a]	P[a]	E[a]	F[a]	Nasa total[b]	Nasa pondéré[b]
Caractéristiques de la relation	soignant ne salue pas le patient	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	soignant n'utilise pas le nom du patient	NS	**198***	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	soignant n'indique pas son métier	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	soignant ne sourit pas au patient	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	soignant n'adapte pas son discours	**855,5 ** **	**965***	**988***	NS	**937* ***	**913* ***	**3,05****	**2,64****
	soignant n'interagit pas avec le patient	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	soignant ne se présente pas sur au moins un élément	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	soignant ne discute pas avec le patient	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	soignant insiste face au refus du patient	NS	**224* ***	NS	NS	**255***	NS	**2,50***	**3,11****
Interrogatoire	soignant ne questionne pas sur la durée	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	soignant ne demande pas l'état général	**1214,5 ***	NS	NS	NS	NS	**1193,5 ***	**2,160***	NS
	soignant ne demande pas au patient s'il a des allergies	NS	NS	NS	NS	NS	**166,5***	NS	NS
Examens	Pas de discrimination								
Soins	soignant ne fait pas de soin	NS	NS	NS	NS	**484,5***	NS	NS	NS
	soignant n'explique pas le soin	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	soignant n'administre pas de médicament	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Installation	Pas de discrimination								

Tableau 4.44 : Comparaison des niveaux de charge selon les comportements discriminatoires observés

a test de Mann-Whitney b : test de Student

Les résultats montrent que dans certains cas identifiés comme étant de la discrimination, la charge de travail est différente :

- le niveau d'Exigence Physique est supérieur lorsque que le soignant utilise le nom du patient (U = 198, p = .026),
- lorsque le soignant adapte son discours, la charge de travail est plus importante sur les dimensions :
    - Exigence Mentale (U =855,5, p = .001),
    - Exigence Physique (U = 965, P = .011),
    - Exigence Temporelle (U = 988, p = .016),
    - Effort (U = 937, p = .007),
    - Frustration (U = 913, p = .004),
    - NASA total (t(119) = - 3,055, p = .003),
    - NASA pondéré (t(115) = -2,646, p = .009),
- lorsque le soignant insiste face au refus du patient, il ressent une charge plus importante sur les dimensions :
    - Exigence Physique (U = 224, P = .006),
    - Effort (U = 255,5, p = .014),
    - NASA total (t(119) = - 2,505, p = .014),
    - NASA pondéré (t(115) = -3,117, p = .002),
- lorsque le soignant demande au patient s'il a constaté des modifications de son état général, il ressent une charge plus faible sur les dimensions :
    - Exigence Mentale (U =1214,5, p = .043),
    - Frustration (U = 1193,5, p = .032),
    - NASA total (t(119) = 2,160, p = .033),
- lorsque le soignant demande au patient s'il a des allergies, il ressent un niveau de frustration plus faible (U = 166,5, p = .010),
- le soignant ressent un niveau d'Effort plus important lorsqu'il effectue un soin (U = 484,5, p = .032).

Environ le tiers des comportements observés, identifiés potentiellement discriminatoires, est associé à des modifications de charge de travail perçue.

Toutefois, cela ne reflète pas forcément que la discrimination résulte de la charge de travail.

Certains indicateurs identifiés comme pouvant relever de discrimination peuvent être justifiés par rapport au contexte de situations précises, lesquelles situations peuvent produire des niveaux faibles ou élevés de charge perçue.

Ce type d'analyse a été déjà proposé dans la partie précédente (4.3.4.2.4.) pour

différents items. Ces interprétations peuvent être renouvelées ici.

Lorsque des comportements identifiés comme discriminatoires apparaissent, les niveaux de charge perçue sont plus élevés. Il est probable qu‘ils permettent de prévenir des perturbations ultérieures (par exemple indiquer au patient sa fonction pour éviter qu‘il interpelle inutilement un collègue).

Dans d‘autres cas, les résultats statistiques peuvent refléter une variation dans la charge perçue lorsque le soignant a la possibilité de réaliser un geste. C‘est le cas par exemple des variations du niveau de Frustration qui diminue lorsque les soignants ont le temps de poser certaines questions, par exemple s‘il a un traitement quotidien ou des allergies.

Enfin, le soignant peut modifier son activité selon le patient, tout en reflétant une modification de la charge de travail. Par exemple, les résultats indiquent que plus le soignant utilise le nom du patient, plus il ressent un niveau élevé d‘Exigence Physique. Or les soignants utilisent le nom du patient plus souvent face à des patients SDF et des patients qui ont des problèmes d‘hygiène. Il s‘agit de patients qui viennent régulièrement aux urgences, les soignants connaissent leurs noms et l‘utilisent. En outre, les soignants forcent ces patients à prendre une douche et retournent régulièrement vérifier l‘exécution de cette demande. Ces actes supplémentaires contribuent à augmenter leur charge physique perçue : les scores d‘Exigence Physique sont plus élevés lorsque les soignants prennent en charge un patient avec des problèmes d‘hygiène. Dès lors, le lien constaté entre l‘Exigence Physique et l‘utilisation du nom du patient ne semble pas relever de discrimination mais d‘un lien avec d‘autres variables : problème d‘hygiène et SDF.

Ce type d‘interprétations permet d‘expliquer la plupart des variations de charge de travail constatées pour certains comportements identifiés comme discriminatoires comme cela a été évoqué dans la partie précédente (4.3.4.2.4).

En résumé, les situations révélant des comportements discriminatoires ne semblent pas liées à un accroissement direct de la charge de travail, mais à une autre variable qui d‘une part modifie le comportement des soignants et d‘autre part augmente ou diminue le ressenti de charge. Le schéma 4.6 illustre ce raisonnement sur un item. Nous avons vu ci-dessus un lien entre l‘adaptation du discours et le niveau d‘Exigence Physique. Or ce lien peut s‘expliquer par une troisième variable : les soignants ressentent une charge plus élevée face à un patient âgé qu‘ils doivent déplacer, et en même temps, ils parlent plus fort et plus lentement à ces patients qui présentent des déficiences d‘audition (réelles ou supposées selon les stéréotypes)

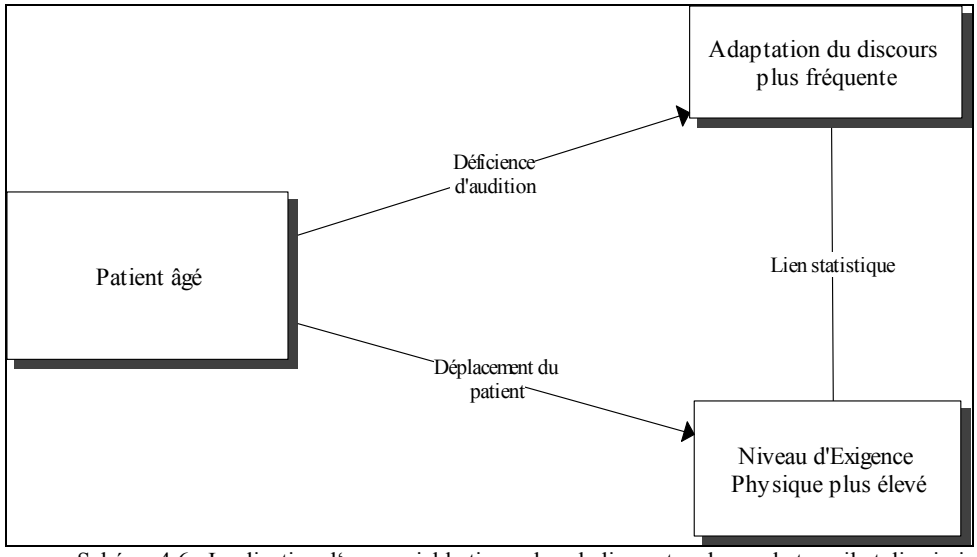


Schéma 4.6 : Implication d'une variable tierce dans le lien entre charge de travail et discrimination

A la lumière de cette interprétation, nous ne pouvons valider notre hypothèse.

4.3.5. Discussion intermédiaire

Les soignants ressentent peu de variations de charge lors de variations de l'activité. Etant de fait placés dans un système imprévisible (Danet, 2008), cet aspect de l'activité est intégré dans leur travail, ils ne ressentent plus de variation de charge sur ces variations qu'ils vivent au quotidien.

Les comportements des patients ainsi que leurs caractéristiques psychosociales stigmatisées sont les facteurs qui contribuent le plus à la charge de travail des soignants. Si les soignants sont habitués aux variations de l'activité, ils ressentent plus de charge de travail selon les variations dues aux patients (Peneff, 1992 : Morris et al., 2007 ; Vega, 2000).

Le lien entre charge de travail et discrimination n'est pas constaté par nos observations. Les variations dans le niveau de charge de travail lors de la présence de certains comportements discriminatoires s'expliquent par l'adaptation envers un type de patient particulier. Dans d'autres cas, la variation de charge peut s'expliquer par le comportement modifié, comme pour les variations des niveaux de frustration selon que le soignant réalise ou non un soin.

Un résultat paraît intéressant à relever : le peu de variations constatées sur les caractéristiques de la relation selon l'activité, contrairement aux résultats de Gonzalez et Weill-Fassina (2005). Durant les entretiens réalisés dans les études 1 et 2, les soignants justifiaient que le manque relationnel découle de l'importance de l'activité. Il apparaît ici que, d'après les indicateurs utilisés, ce n'est pas le cas : quels que soient le nombre d'heures travaillées et le flux de patients entrant, l'aspect relationnel du soin n'est pas modifié (à l'exception de deux items). Ce résultat mène à penser que les différences du soignant sur la dimension relationnelle du soin seraient plus dues à de la discrimination qu'à une régulation de l'activité.

Bien que les soignants prétendent (étude 1) que le surcroît d'activité entrave leurs possibilités de mettre en place des actions sur le plan relationnel, il semble que ce ne soit pas tant le cas et que même sous une activité intense, ils puissent tout de même prendre le temps d'adopter des comportements relationnels satisfaisants. En revanche, la discrimination est plus fréquente selon les facteurs patients (caractéristiques psychosociales stigmatisées, comportements, difficultés de communication). Quand bien même les patients sont parfois liés à une variation de charge, la discrimination en milieu médical s'observe donc pour des catégories précises de patients. La conception psychosociale de la discrimination dans le cas d'une rencontre intergroupe se trouve renforcée par ce résultat.

Le modèle exposé dans la présentation de l'hypothèse 5 proposait que la charge de travail était le facteur le plus important d'apparition de la discrimination. Or, les résultats suggèrent que ce n'est pas le cas : la charge de travail est un facteur ayant un impact faible sur la discrimination. En revanche, les caractéristiques psychosociales stigmatisées des patients et leurs comportements difficiles à gérer contribuent plus fortement à l'observation de comportements discriminatoires. Ces résultats sont représentés dans le schéma 4.7 suivant :

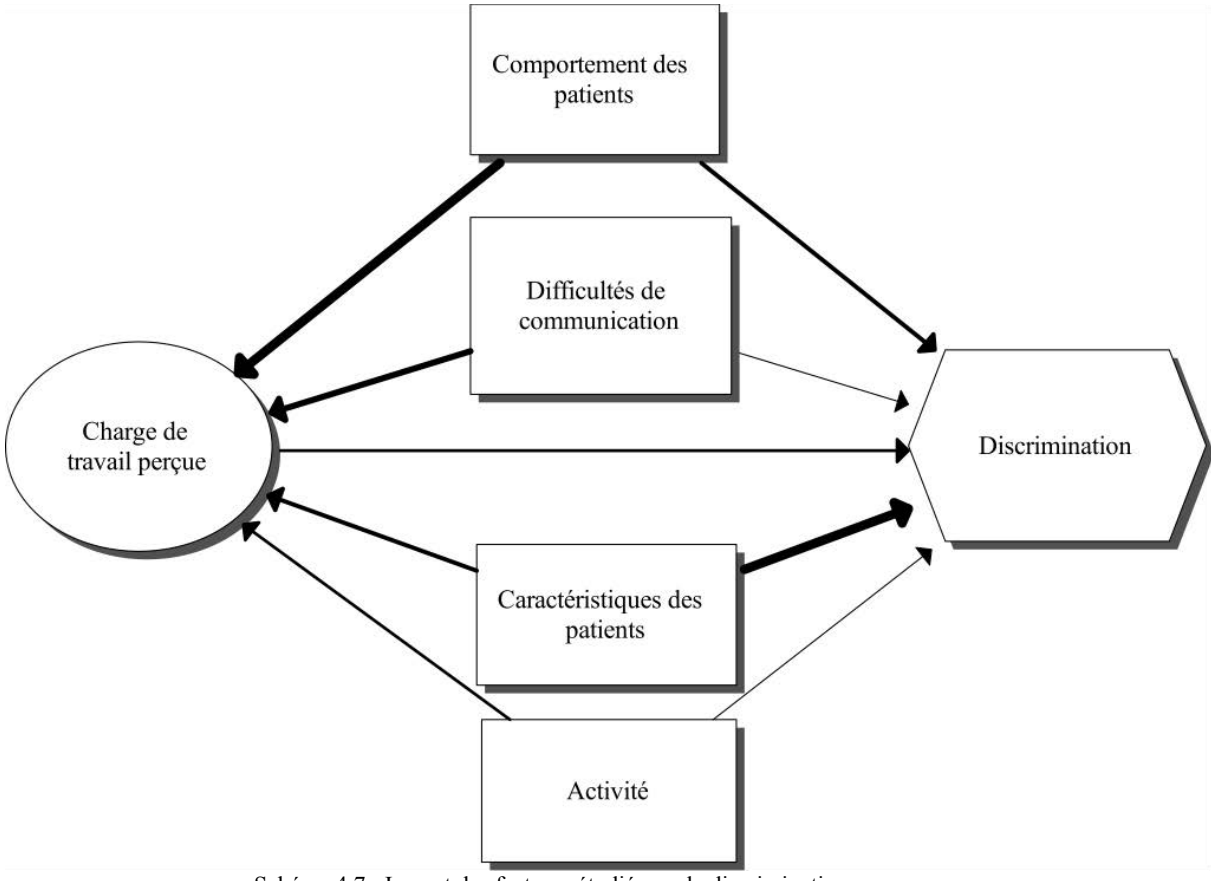


Schéma 4.7 : Impact des facteurs étudiés sur la discrimination

5 DISCUSSION

« Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs moeurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.
Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances.
Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. »

Code de déontologie des médecins, - Article 7

Idées clés du chapitre

Dans cette partie, les variations de prise en charge seront discutées et confrontées selon les trois études menées. Enfin, quelques pistes de réflexion seront envisagées pour la prévention de la discrimination et des variations de charge de travail.

5.1 DES VARIATIONS DE PRISES EN CHARGE

L'objectif général de cette recherche a été d'étudier un lien entre charge de travail et discrimination dans le milieu médical.

Dans ce domaine particulier, il est nécessaire de rappeler que les soignants ont la vocation d'aider l'autre en souffrance (Perrault-Solivers, 2010). Malgré cela, les *testings* réalisés indiquent la présence de discrimination dans l'accès aux soins des patients précaires (Desprès & Naiditch, 2006 ; Desprès et al., 2009 ; Médecins du Monde, 2006 ; Softic & Fontaine, 2002).

Dès lors, le contraste est saisissant entre l'apparition de discriminations et l'altruisme apparent dont doivent faire preuve les soignants.

Aussi, le point de vue des professionnels de santé paraissait nécessaire à prendre en compte pour expliquer cette ambivalence entre discrimination envers certains patients et le fondement déontologique de leur métier.

5.1.1. Apports de la première étude

Les entretiens réalisés auprès de 22 soignants durant la première étude indiquent qu'ils ont connaissance et conscience de ce phénomène, révélant deux cas particuliers.

Le premier concerne les praticiens libéraux et les hospitaliers ayant une

partie de leur activité en secteur privé. Dans ce cas, les discriminations se manifestent par des refus de soins envers les patients précaires, CMU et AME. Ces résultats vont dans le sens des *testings* réalisés dans le domaine (Desprès & Naiditch, 2006 ; Desprès et al., 2009 ; Médecins du Monde, 2006 ; Softic & Fontaine, 2002) et indiquent que les soignants ont conscience de ce phénomène, même s'ils s'en défendent : comportement attribué à certains collègues mais pas à eux-mêmes, refus justifiés par des raisons économiques dont ils ne sont pas responsables et qui sont des refus assimilables à de la discrimination indirecte.

Le second cas se rapporte aux soignants hospitaliers dans la partie publique de leur activité. Ici, les discriminations visent des patients qui augmentent la charge de travail. Par exemple, ils font état de discrimination envers les patients SDF, allant jusqu'à refuser de les voir car ils reviennent quotidiennement et sans raison médicale, ou encore les toxicomanes refusés dans certains services car ils risquent de dealer et donc augmentent leur charge de travail car ils doivent les surveiller attentivement.

Les résultats de cette première étude indiquent donc une nouvelle piste de réflexion concernant les discriminations dans les soins : discrimination envers des patients augmentant la charge de travail.

Cette idée d'un lien entre discrimination et charge de travail est également envisagée par Burgess (2010). Selon cette auteure, les stéréotypes envers un groupe social ont plus ou moins d'influence sur le comportement envers ce groupe. La charge de travail diminue les capacités cognitives visant à empêcher (ou limiter) cette influence : « *sous un haut niveau de charge cognitive, les décisions médicales des soignants ont plus de chances d'être influencées par les stéréotypes* raciaux » (p 247) : les discriminations peuvent alors apparaître.

La charge de travail est dépendante des exigences de la tâche, des circonstances dans lesquelles elle est réalisée et des opérateurs (compétences, motivation par exemple) (Brookhuis et al., 2008 ; Chanquoy et al., 2007 ; DiDomenico & Nussbaum, 2008 ; Hart & Staveland, 1988).

5.1.2. Apports de la deuxième étude

La deuxième étude vise alors à identifier les facteurs de difficultés au travail considérés par les soignants et susceptibles d'augmenter la charge de travail.

Les entretiens réalisés (N = 6) ont montré que, du point de vue des professionnels de santé interrogés, les patients contribuent fortement aux difficultés du travail, non pas tant à cause de l'aspect technique du soin, mais surtout de par leurs comportements. Deux grandes catégories de difficultés sont identifiées :

- le comportement agité : le patient toxicomane (Hoskins et al., 2005), alcoolisé, lorsqu'il est violent (Jones & Lyneham, 2001 ; Ross-Adjié, Leslie, Gellman, 2007) et qu'il faudra calmer, le patient âgé dément qu'il faut surveiller attentivement pour éviter les fugues (Rogers & Gibson, 2002),
- les difficultés de communication qui rendent l'interrogatoire et le soin plus compliqués (Ngo-Metzger et al., 2007) et plus long.

Les patients augmentant les difficultés au travail (évoqués par les soignants de l'étude 2) sont également ceux discriminés à l'hôpital (d'après le discours des soignants de l'étude 1).

Aussi, ce constat conforte l'idée que la charge de travail des professionnels de santé contribue à l'apparition de conduites discriminatoires.

Dès lors, deux conceptions sont envisageables :

- la charge de travail entrave les processus cognitifs freinant l'expression des stéréotypes et donc de la discrimination dans une conception issue de la cognition sociale (Burgess, 2010),
- la discrimination est un moyen adaptatif pour le soignant de réguler sa charge de travail dans une conception issue de la psychologie du travail et de l'ergonomie (Leplat, 2000 ; Spérandio, 1972).

De par notre orientation en psychologie du travail, c'est cette seconde conception qui fut privilégiée pour mettre en place la troisième étude.

5.1.3. Apports de la troisième étude

Des observations in situ ont alors été mises en place, permettant de relever :

- l'activité réalisée,
- les niveaux de charge de travail,
- les difficultés liées aux patients : comportements, difficultés de communication, caractéristiques psychosociales stigmatisées.

Les comparaisons des différentes situations ont permis de mettre à jour certaines variations de l'activité du soignant selon différents contextes.

5.1.3.1 Variations de l'activité

5.1.3.1.1 Adaptation face aux spécificités du patient

Les soignants effectuent plus de « dextro » (tests de glycémie) à des patients hommes. Ils effectuent également plus de dextros aux patients alcoolisés afin de prévenir les hypoglycémies. Or, les patients alcoolisés observés dans notre échantillon sont tous des hommes, ce qui explique la différence observée sur cet examen entre les hommes et les femmes.

Les soignants ont également tendance à plus insister pour les soins et à plus toucher un patient alcoolisé, revendicateur, essentiellement pour le retenir. Cette variation paraît légitime car ces patients ne se laissent pas faire ou tentent de partir, ce qui contrevient à la volonté de soigner qui fonde le travail du professionnel de santé (Peneff, 1992), mais également aux règlements hospitaliers où l'institution devient responsable du patient qui s'y présente et a donc obligation de lui fournir les soins nécessaires. Si un patient a légitimement le droit de refuser un soin en toute connaissance de cause (Beauchamp & Chidress, 2001, cité par Fassin, 2008), un patient alcoolisé n'a en revanche pas la possibilité de comprendre et réfléchir, son avis n'est alors pas pris en compte tant que son organisme contient de l'alcool.

Les soignants s'investissent plus envers les patients les plus âgés en adaptant leur

discours. Ces patients présentant généralement une perte auditive liée à l'âge, les soignants s'adaptent en parlant plus lentement ou plus fort. De plus, ces patients présentant des difficultés de mouvement, les soignants s'adaptent en les aidant à s'installer, en les bougeant et les déplaçant eux-mêmes.

Face à des patients étrangers ou d'origine étrangère, les soignants manifesteront plus certains comportements : ils expliqueront plus souvent les soins et examens effectués ce qui peut s'expliquer par les variations culturelles : face à un patient paraissant d'une autre culture, les soignants ne savent pas quelles sont ses connaissances sur les soins, la manière dont les choses se déroulent à l'hôpital. Contrairement à un patient français dont ils supposent qu'il connaît (plus ou moins) le fonctionnement des urgences et peut donc s'y conformer (Le Breton, 1994), les soignants n'infèrent pas face à un patient étranger.

Les variations de soins au regard du patient ne sont pas toutes de l'ordre d'une meilleure prise en charge. En effet, lorsque la communication est difficile avec un patient, les soignants ne discuteront pas avec lui, leur discours sera totalement centré sur le soin.

A la différence des études anglo-saxonnes qui indiquent moins de communication avec un patient d'une autre ethnie (Ngo-Metzger, 2007 ; Siminoff, Graham, Gordon, 2006), les diminutions de prise en charge que nous observons vont au-delà des difficultés liées à la langue. Elles concernent aussi les situations où la communication est difficile selon d'autres facteurs, tels que le handicap physique et le handicap psychologique. Cette prise en compte de l'ensemble des facteurs rendant la communication difficile, permet d'élargir les profils des patients qui subissent les variations de prise en charge (par exemple les personnes âgées).

5.1.3.1.2 Adaptation face aux spécificités de l'activité

Lorsque les patients sont difficiles à gérer, les aspects relationnels et les interrogatoires sont abrégés. Les soignants s'investissent moins dans la communication verbale en posant moins de questions avec des patients susceptibles d'augmenter la charge de travail.

Les modifications de prise en charge envers ces patients concernent la restriction de communication de la part du soignant, communication d'ordre purement relationnel, ou pour l'interrogatoire. Les examens et soins ne sont pas modifiés. La prise en charge au sens médico-technique est effectuée, les examens permettent d'obtenir les informations utiles au diagnostic que les soignants ne demandent pas aux patients. Ils n'évitent donc pas de traiter ces patients, mais diminuent seulement le nombre d'interactions verbales. Les soignants tentent alors de ne pas surcharger leur activité, déjà plus importante du fait du patient plus difficile à gérer, tout en mettant en place la prise en charge nécessaire sur le plan médical.

En effet, le comportement des patients augmente la charge de travail perçue par le soignant. Celui-ci a alors plusieurs possibilités pour réaliser son activité. Il pourrait par exemple utiliser plus de temps pour prendre en charge ces patients plus lourds. Les soignants, ayant un temps de travail limité à partager entre tous les patients, préfèrent réduire certains aspects de la prise en charge pour pouvoir rester disponibles envers les autres patients.

En dehors des variations concernant des patients augmentant la charge de travail, des variations liées à l'activité elle-même sont constatées. En effet, plus le nombre de patients entrant aux urgences est élevé, plus les soignants doivent se partager entre chaque patient et travailler vite pour prendre en charge les nouveaux arrivants qui attendent. Ils ont donc moins de temps à accorder par patient, ce qui s'observe dans l'interrogatoire où ils vont éviter des questions dont les réponses peuvent être longues (par exemple la demande d'antécédents médicaux) et se centrer sur des questions dont la réponse sera courte et précise (par exemple si le patient a déjà pris des médicaments chez lui pour la douleur). En revanche, bien qu'ils disposent de moins de temps pour s'occuper d'un patient, ils prennent toutefois un moment pour lui expliquer l'attente aux urgences. Cette variation peut s'entendre comme le moyen de prévenir les violences chez ceux qui ne comprennent pas l'attente excessive qu'ils ressentent dans le service (Grenyer et al. 2004, cité par Chapman & Styles, 2006 ; Jones & Lyneham, 2001 ; Potter, 2006). Perdre alors un peu de temps, le consacrer à un acte non médical, est alors un moyen de prévenir les débordements et problématiques qui pourraient survenir dans le service si les patients attendant leur prise en charge commençaient à devenir agités.

Les soignants manifestent une plus grande familiarité à l'égard des patients SDF et alcooliques. Ces patients qui viennent fréquemment aux urgences, quotidiennement même pour certains, connaissent les soignants du service, leurs noms, les locaux. En retour, les soignants vont plus souvent les tutoyer que les autres patients.

5.1.3.2 Discriminations observées

Des variations apparaissant dans les conditions de différences endogroupe/exogroupe peuvent être considérées comme des manifestations de comportements discriminatoires.

Les soignants ont tendance à mettre en place une meilleure prise en charge lorsqu'ils s'occupent d'un patient de la même origine qu'eux. Un soignant européen discutera davantage avec un patient de même origine alors qu'il ne parlera que de soins avec un patient maghrébin, un soignant maghrébin se présentera plus auprès d'un patient maghrébin et lui administrera plus de soins.

Considérant l'ensemble des soignants, ils discutent moins avec un patient d'origine étrangère. Ici, l'argument de la communication difficile liée à la langue ne tient pas car les patients sont francophones. Cette diminution de la prise en charge pourrait alors être due à la distance perçue entre les soignants et patients qui, bien que français, sont régulièrement porteurs de la culture de leur pays d'origine. Ici, le parallèle pourrait être fait avec la question du syndrome méditerranéen qui génère une réduction de la prise en charge de par les différences culturelles qui le sous-tendent (Vega, 2000).

Environ la moitié de ces comportements apparaissent différemment selon les patients : catégories psychosociales stigmatisées, comportements (problèmes d'hygiène, problèmes psychiatriques, revendicateur, agressif, troubles du comportement), difficultés de communication. Dans l'ensemble, les comportements discriminatoires seront plus fréquents envers un patient stigmatisé et/ou difficile à gérer.

En revanche, l'étude de l'apparition de ces comportements discriminatoires selon les autres facteurs mesurés (activité, charge de travail) ne permet pas d'établir de lien

probant. Même si la charge de travail est associée à une augmentation de la discrimination, il ne semble pas s'agir d'un lien causal. La discrimination est plus fréquente envers des patients difficiles à gérer, ces patients ont tendance à augmenter la charge de travail perçue par les soignants.

A la différence des études anglo-saxonnes, aucune réduction des moyens diagnostiques basés sur l'ethnie du patient n'a été constatée. En revanche, d'autres facteurs contribuent à diminuer cette partie de la prise en charge. C'est le cas du comportement du patient où, lorsqu'il est agité, agressif, le soignant réduit ses questions au moment de l'interrogatoire et des examens pratiqués.

5.1.3.3 Continuité de l'activité

Nous avons observé que certains aspects de la prise en charge varient dans très peu de situations. Il en est ainsi pour le soin effectué qui ne varie pas selon les caractéristiques, comportements du patient et les difficultés de communication ; l'installation du patient et les examens ne changent pas.

Le peu de variations observées par ces aspects de la prise en charge est rassurant dans un domaine où les professionnels sont dévoués aux autres (Delbrouck, 2004 ; Freidson, 1970 ; Morin, 2004), mais également normal au regard des obligations de moyens des soignants qui doivent tout mettre en œuvre sur le plan médical pour prendre en charge le patient.

L'utilisation d'une méthodologie basée sur l'observation de situations mène à un constat des discriminations plus nuancé que la plupart des études anglo-saxonnes. Les différences dans les examens et soins constatés dans d'autres pays ne sont pas observées ici. Ces études s'intéressent à des pathologies spécifiques, dans des services spécialisés présentant moins de variations de pathologies que les urgences. Toutefois, les moyens de diagnostics et d'examens utilisés au poste d'accueil ne sont pas différents selon l'origine du patient

En revanche, nos résultats indiquent tout de même une réduction dans la dimension relationnelle du soin envers un patient d'une autre origine ethnique, rejoignant alors les études indiquant une attention plus faible des médecins blancs envers des patients noirs. Toutefois, là où des recherches (par exemple Peeks et al., 2010a ; Perez et al., 2009) interrogent les patients pour décrire leurs sentiments de moindre intérêt de la part des médecins, notre méthodologie nous a permis de constater les faits : les soignants européens discutent moins souvent avec les patients d'autres origines avec qui ils ne parlent essentiellement que d'aspects médicaux.

5.1.4 Comparaison des trois études

Le discours des soignants des études 1 et 2 montrent des résultats convergeant quant à l'incidence de la charge de travail sur la discrimination dans les soins : les patients discriminés évoquées dans l'étude 1 correspondent aux patients augmentant les difficultés au travail évoqués dans l'étude 2 : patients étrangers, SDF, patients âgés, toxicomanes, alcooliques, patients psychiatriques. La charge de travail est un argument évoqué par les soignants de l'étude 1 pour expliquer et justifier les discriminations.

En revanche, une fois ces données confrontées au terrain, ces arguments ne semblent pas fondés. Lors des entretiens, les soignants justifient les manques

relationnels par le manque de temps, l'activité, la charge de travail. Or, les observations de situations ne permettent pas de confirmer ces propos, elles les contredisent même : l'activité, la charge de travail perçue n'ont pas d'impact sur les caractéristiques de la relation.

A l'inverse, les différences observées sur la dimension relationnelle du soin varient plus souvent selon les caractéristiques psychosociales stigmatisées du patient et son comportement. Par exemple, un soignant salue moins souvent un patient agressif qu'un patient calme.

La charge de travail n'est pas un facteur favorisant l'apparition de discrimination. La conception psychosociale de la discrimination (comportement différencié envers un exogroupe) se retrouve dans nos résultats.

Toutefois, nous avions choisi d'étudier le lien entre charge de travail et discrimination sous l'angle ergonomique de régulation de l'activité, comme exposé par le modèle de Spérandio (1972). L'étude de ce lien envisagé par la cognition sociale (charge cognitive ne freinant plus l'expression des stéréotypes, Burgess, 2010) reste une piste à explorer avant de déclarer que la charge de travail n'a aucune influence sur la discrimination.

5.2 De la prevention des discriminations et des variations de charge de travail

L'étude des variations de prise en charge, et notamment lorsqu'il s'agit de discrimination, nous invite à proposer quelques pistes de préventions.

S'agissant des variations liées à l'activité, le fonctionnement même des urgences d'aujourd'hui paraît difficilement modifiable. Rappelons ici que l'une des particularités des services d'urgences est d'accueillir tous les patients qui s'y présentent, de manière totalement imprévisible et ce dans des locaux figés. Il n'est pas possible, dans l'organisation hospitalière actuelle, de prévoir des chambres/box destinés uniquement aux accroissements de l'activité des urgences, de même qu'il paraît actuellement difficile d'augmenter le personnel soignant présent dans le service. Des plans d'urgences sont prévus, permettant par exemple de réquisitionner le personnel en fin de poste si le service est saturé. Toutefois, leurs mises en place ne sont pas systématiques. De plus, demander à un soignant qui vient de travailler 12 h d'affilés, de rallonger sa durée de travail n'est pas exempt de risques de perte d'efficacité et de risque pour la sécurité des patients.

En revanche, il pourrait être envisageable de permettre aux soignants de se décharger de l'aspect relationnel, avec la présence d'un médiateur social dont le rôle serait de réguler la demande d'attention du patient avec le manque de temps du soignant. Toutefois, la question financière de ce personnel supplémentaire se pose, mais également son acceptation au sein de l'équipe : si l'institution peut embaucher des médiateurs alors que le manque de moyens de l'hôpital est régulièrement dénoncé (par exemple lors de la canicule de 2003), pourquoi ne pas plutôt embaucher des soignants supplémentaires et investir dans du matériel ?

Les difficultés rencontrées au niveau de la communication (langue ou handicap) nécessitent la mise en place d'outils permettant de les réduire. Nous

pourrions envisager la mise au point de fascicules permettant de communiquer à partir d'icônes et/ou de phrases essentielles écrites dans les deux langues, que le soignant présenterait au patient pour communiquer plus facilement et de manière plus sûre que les sites de traductions trouvés sur internet.

Concernant les discriminations, nous proposons d'étudier tout d'abord les raisons de leur émergence. Le manque de discussion d'un soignant européen envers un patient maghrébin pourrait s'entendre dans une explication interculturelle. Si cette hypothèse pouvait être validée, des programmes de formations de prise en charge des patients porteurs d'autres cultures pourraient être mis en place et permettre de réduire ces discriminations.

6. CONCLUSION

« Comment des différences de situation au regard du droit au séjour pouvaient-elles légitimer un traitement différent dans l'accès à la protection sociale ? Mais chaque fois que le Conseil Constitutionnel a rappelé que la différence des situations (celles des étrangers en situation irrégulière et celle des autres résidents) et l'intérêt général (la maîtrise de l'immigration et l'effet d'appel d'air que provoquerait une protection sociale trop généreuse pour les sans-papiers) légitimaient ces différences de traitement, tant que les droits fondamentaux restaient respectés (les "soins urgents" de tous les résidents restent en effet pris en charge, y compris ceux des étrangers en situation irrégulière qui ne peuvent plus prétendre à l'aide médicale depuis 2003). »

Carde, « On ne laisse mourir personne » les discriminations dans l'accès aux soins, 2006, p 78

Idées clés du chapitre

Nous allons conclure cette recherche par un résumé de nos résultats, puis une synthèse de la théorie utilisée avant de montrer l'apport de notre travail. Enfin, nous terminerons par les ouvertures possibles de ce travail.

6.1. SYNTHESE DES RESULTATS

La première étude visait à identifier le point de vue des soignants quant aux discriminations en milieu médical. Les entretiens réalisés indiquent une différence entre d'un côté la vision économique des libéraux et des hospitaliers ayant une part de leur activité en secteur privé, et de l'autre les hospitaliers en secteur public. Les premiers refusent les patients CMU et AME, alors que les seconds refusent et/ou retardent les soins de patients augmentant leur charge de travail,

comme les patients SDF qui souillent la salle d‘attente qui devra être nettoyée.

La seconde étude vise à identifier ce que les soignants considèrent comme un facteur de difficulté au travail. Les patients apparaissent alors selon deux facteurs :

- caractéristiques psychosociales stigmatisées comprenant les patients psychiatriques, alcoolisés, SDF, toxicomanes, âgés,
- comportements comprenant l‘agitation du patient et les difficultés de communication.

Les patients sont alors définis ―bons” ou ―mauvais” en fonction de la surcharge de l‘activité qu‘ils induisent.

Les facteurs de difficulté au travail en lien avec les patients identifiés dans la seconde étude correspondent aux justifications que les soignants exposent dans la première étude lorsqu‘ils évoquent les discriminations. Ce recoupement de ces résultats permet d‘envisager un lien entre la discrimination et la charge de travail.

La troisième étude visait à identifier si la discrimination et la charge de travail sont liées : est-ce que la discrimination est plus fréquente lorsque la charge de travail augmente ?

Les observations effectuées ne permettent pas de valider cette hypothèse.

Les soignants ont tendance à modifier leur activité selon le patient : parler plus fort à un patient âgé, réaliser des « dextros » à des patients alcoolisés par exemple. Ces modifications dans leurs comportements correspondent à une adaptation face aux spécificités du patient. Ces variations ne peuvent dès lors être qualifiées de discriminatoires car elles sont médicalement justifiées.

Les soignants diminuent leur investissement relationnel dans le soin face à des patients difficiles à gérer. Ils vont se centrer sur les seuls aspects médicaux et techniques de la prise en charge.

Les variations de l‘activité globale du service contribuent à modifier l‘activité des soignants. Les augmentations du flux de patients réduisent le temps accordé à chacun, les soignants vont réduire les actes et demandes non urgentes, par exemple retarder une prise de sang.

Ils prendront toutefois le temps d‘expliquer au patient les délais d‘attente, et ce afin de prévenir les réactions d‘impatience qui peuvent mener à de la violence.

Qu‘il s‘agisse de la variation de l‘activité ou de la variation de la charge de travail, la discrimination ne paraît pas augmentée ou diminuée. En revanche, elle est davantage modifiée selon le facteur patient, notamment leurs caractéristiques psychosociales stigmatisées et leurs comportements.

Les variations constatées, qu‘elles soient discriminatoires ou liées à une adaptation de l‘activité, sont essentiellement de l‘ordre des caractéristiques de la relation (par exemple : saluer le patient, utiliser son nom, lui sourire), puis de l‘interrogatoire (par exemple ne pas discuter avec un patient d‘une autre origine ethnique que la sienne, même si le patient est francophone). La discrimination s‘observe à travers des biais de favoristime à l‘égard des membres de son endogroupe :

- le soignant discutera et se présentera plus avec un patient de son origine qu‘avec un patient d‘une autre origine ethnique,

- le soignant explique plus le soin effectué à un patient de la même origine ethnique que lui,
- le soignant sourit plus face à un patient du même genre.

Les autres dimensions de la prise en charge médicale (examens, installation, soins) sont plus stables selon les différentes situations et sont toujours effectuées.

6.2. CONFRONTATIONS THEORIQUES ET MISE EN DEBAT DES RESULTATS

Les recherches en psychologie sociale considèrent que la discrimination est un comportement négatif à l'égard des membres d'un exogroupe envers lequel la personne discriminante a des préjugés (Bourhis & Leyens, 1999 ; Bourhis & Montreuil, 2004 ; Bourhis et al., 2007 ; Dovidio & Gaertner, 1986 ; Dovidio et al, 2008 ; Smith & Mackie, 2007). De nombreuses théories ont proposé différentes hypothèses sur l'origine de la discrimination (par exemple la Théorie de la Personnalité Autoritaire d'Adorno et al., 1950 ; la Théorie des Conflits Réels de Shérif, 1966 ; ou encore le Paradigme des Groupes Minimaux de Tajfel et al, 1971).

En milieu médical, la discrimination provient de causes différentes. Les libéraux refusent de prendre en charge les patients relevant des systèmes d'assurances CMU et AME, allant jusqu'à des taux de refus de soins chez 52 % des spécialistes testés à l'encontre des patients CMU et 72 % à l'encontre des patients AME (Desprès & Naiditch, 2006 ; Desprès et al., 2009 ; Médecins du Monde, 2006 ; Softic & Fontaine, 2002). L'argument économique est utilisé pour justifier ces refus de soins : les médecins du secteur 1 (conventionnés, sans dépassements d'honoraires) refusent beaucoup moins de patients que ceux du secteur 2 (dépassements d'honoraires possibles non pris en charge par les systèmes CMU et AME) : 0 à 9 % chez les médecins en secteur 1 vs. 31 à 52 % chez les praticiens en secteur 2 (jusqu'à 72 % envers les patients AME). Cet argument économique est renforcé lorsque les praticiens, et notamment les dentistes, acceptent de recevoir le patient pour les soins hors convention s'il paye la différence entre le tarif demandé par le soignant et la prise en charge par la sécurité sociale (Desprès et al., 2009).

Le refus de soin n'est pas la seule manifestation de discrimination, et le secteur libéral n'est pas le seul où apparaissent ces comportements. Le milieu hospitalier peut également révéler des formes de discrimination. Celles-ci peuvent revêtir d'autres aspects : traitements différents, dépistages moins fréquents selon l'ethnie du patient ; mais également dans le comportement du soignant qui sera plus ou moins attentif au patient, ne lui donnera pas de conseils pour sa santé (partie 2.2.3.2 sur les variations de processus de soins).

Un contraste entre la volonté altruiste des soignants et la présence de discriminations en milieu médical apparaît ici.

Cela dit, il est possible que ces comportements qualifiés de discriminatoires puissent être la conséquence d'autres facteurs.

Burgess (2010) propose que la charge cognitive soit impliquée dans les discriminations dans les soins : sous un niveau élevé de charge cognitive, les

soignants ne pourraient plus empêcher leurs stéréotypes de s'exprimer, la discrimination apparaît.

La charge de travail apparaît comme un concept intéressant à envisager. En effet, les conséquences de la surcharge de travail peuvent être rapprochées de certaines manifestations discriminatoires. Lorsque leur charge de travail est élevée, les soignants donnent moins d'informations aux patients, que ce soient des explications concernant les médicaments (Latter et al., 2000) ou concernant des exercices que les patients doivent pratiquer (Abott & Hotchkins, 2001).

Dès lors, les mêmes comportements du soignant peuvent venir de deux causes différentes : charge de travail et/ou discrimination.

En effet, lorsque la charge de travail d'un opérateur est élevée, celui-ci va modifier son activité pour éviter d'être en surcharge, avec les risques que cela entraînerait (burn-out, accident par exemple). Aussi, cette modification de l'activité est un moyen permettant de réguler le niveau de charge de travail (Leplat, 2000 ; Spérandio, 1972).

La discrimination peut dès lors être envisagée comme un moyen de régulation de l'activité, non pas vis-à-vis de l'appartenance du patient à un exogroupe, mais face à une charge de travail importante.

6.3. APPORT DE NOTRE ETUDE

La discrimination en milieu médical

Malgré la volonté des soignants d'aider les personnes en souffrance, ils ne sont pas à l'abri de discriminations qui apparaissent dans des situations de rencontre intergroupe (origine ethnique notamment) et plus fréquemment à l'encontre de patients stigmatisés et/ou difficiles à gérer. Toutefois, celles-ci restent peu importantes, au regard des diversités des situations.

Lorsque des discriminations sont observées dans l'activité des soignants, il s'agit essentiellement de restrictions dans la relation. Les soins, les examens et l'installation du patient seront réalisés.

Ces restrictions dans la dimension relationnelle du soin sont une manifestation de la discrimination : elles apparaissent lors de rencontres intergroupe, notamment lors de rencontres avec un patient d'une autre origine ethnique. En revanche, bien que les soignants se plaignent de ne pas avoir de temps pour échanger avec les patients, nos données indiquent l'inverse. Par exemple, avec un flux élevé de patients entrant, les soignants ont moins de temps à accorder à chaque patient. Pourtant, cet indicateur ne révèle pas de modification dans la dimension relationnelle du soin. Il semble donc que le manque de temps pour interagir avec le patient puisse être considéré soit comme :

- un prétexte de la part des soignants pour justifier de ne pas discuter avec le patient : lorsque nous étions dans les services, dans des moments où ils avaient peu de patients, les soignants ne profitaient pas de ce temps pour aller discuter avec eux, parfois ils se suivaient en binôme pour aller faire les soins et examens au patient,
- une perception du temps qui diffère selon le type de patients : les soignants percevraient avoir plus de temps pour interagir avec un

patient de la même origine qu‘eux, ou du moins percevraient avoir moins de temps avec un patient d‘une autre origine qu‘eux (perception pouvant être liée à l‘idée, vraie ou supposée, que le soin sera plus compliqué, du fait du contexte interculturel de la situation).

Les discriminations comme non liées à la charge de travail

Nos résultats ne permettent pas de considérer que la discrimination est un processus de régulation partielle de l‘activité du soignant. Les processus de régulation mis en place vont concerner les élements les moins susceptibles de modifier le pronosctic vital du patient. Ils concernent l‘aspect relationnel du soin, puis les éléments d‘interrogatoire et d‘examens qui peuvent attendre.

Le cas du retard des prises de sang par l‘infirmier d‘IAO lorsque le flux de patients est important est un exemple de ce type de processus. Lorsque les ambulances s‘enchaînent et afin de définir quel patient est le plus urgent à prendre en charge, l‘infirmier posera des questions précises sur son état. Selon ces informations, il réalisera quelques tests urgents pour préciser la gravité. En revanche, lorsque les premières informations tendent à supposer que le patient est dans un état ne mettant pas en danger son pronostic vital (entorse par exemple), il retardera ces examens pour voir le patient suivant. Lorsque tous les patients sont vus une fois et placés en attente, sur un brancard ou en salle d‘attente, l‘infirmier pourra alors reprendre chaque cas de manière plus posée, et prendre le temps de faire une tension, réaliser une prise de sang.

Ces modifications de l‘activité et de la charge de travail ne sont pas apparues comme des facteurs augmentant la discrimination.

6.4. PERSPECTIVES

6.4.1 Perspectives théoriques

Sur le plan théorique, notre étude ne permet pas de valider la conception de la discrimination en tant que mécanisme de régulation de l‘activité. Si un lien entre charge de travail et discrimination existe, d‘autres pistes doivent être explorées.

Piste vers la cognition sociale

En ce sens, la conception de Burgess (2010), issue de la cognition sociale, semble intéressante à explorer : la charge cognitive pourrait augmenter la discrimination en réduisant les mécanismes empêchant les stéréotypes de s‘exprimer.

En effet, Terranéo, Seferdjeli et Diby (2010) exposent que les infirmières déterminent, au moment de la visite, les actions à mettre en œuvre pour le patient. Elles prennent en compte différents éléments : pathologie, équipement, degré d‘urgence, temps à disposition. Les informations prises à ce moment vont contribuer au choix des procédures à réaliser selon des schémas adaptés. Les processus de catégorisation permettent ce travail : par exemple, face à un patient instable, des procédures adaptées seront mises en place (recherche d‘informations spécifiques) et plus rapidement chez une infirmière expérimentée dont l‘expérience a façonné des schémas procéduraux préconstruits. Des mécanismes d‘anticipation vont pouvoir être mobilisés.

Cependant, ce mécanisme est entravé lorsque la pression temporelle est

élevée : des raccourcis vont être utilisés entre la prise d'information, la décision et l'action (Terranéo et al. 2010). Or, placé sous un niveau élevé de charge cognitive, le comportement est influencé par les stéréotypes et étiquettes attribués aux patients (Vega, 2000), notamment les stéréotypes liés à l'ethnie (Richeson & Trawalter, 2008) et pourrait donc s'orienter vers de la discrimination.

Dans ce sens, l'orientation de diagnostics et de traitements spécifiques trouve une explication : par exemple en étiquetant un patient selon son origine étrangère, le médecin va chercher des informations spécifiques à une pathologie exotique (voir partie 2.2.3.2.3).

Piste vers l'implication des soignants

Les discriminations sont rares dans les services d'urgences observés. Lorsqu'elles apparaissent, elles visent le soin dans sa dimension qualitative avec une réduction de l'aspect relationnel. En revanche, les actes médicaux sont exécutés. La déontologie médicale et le devoir de service public semblent donc respectés dans les prestations de soins : toute personne venant pour une demande médicale recevra une réponse à sa demande.

Le devoir de soin, fondement de l'activité médicale, paraît également intéressant à approfondir : l'engagement du soignant dans son travail, dans son « devoir » de soignant, peut augmenter son implication au travail et son respect de l'équité des patients face aux soins.

Aussi, la théorie de la Motivation de Service Public se définit comme « *la motivation générale et altruiste à servir les intérêts d'une communauté de personnes, d'un Etat, d'une nation ou de l'humanitaire* » (Rainey & Steinbauer, 1999, p 23). Elle propose que l'engagement des travailleurs à offrir le meilleur service possible influence leur investissement pour obtenir la meilleure performance possible (Bogh Anderson, 2009) : plus la Motivation de Service Public d'une personne est élevée, plus elle s'investira dans son travail pour atteindre une performance optimale.

De plus, cette théorie peut également être comprise en amont : un niveau élevé de Motivation de Service Public augmente la probabilité qu'un individu s'oriente professionnellement vers une institution publique (Liu, Hui, Hu, Yang & Yu, 2011).

Cette Motivation au Service Public est une piste d'étude future intéressante : protège-t-elle le soignant de manifester des comportements discriminatoires à l'égard des patients ?

6.4.2 Perspectives méthodologiques

La plupart des recherches sur les discriminations dans les soins se basent sur des questionnaires auprès de patients et/ou de soignants.

Ces vécus, bien qu'intéressants, ne permettent pas d'établir des faits précis. Ils se basent sur des souvenirs, parfois partiellement effacés. La vision des acteurs est également déformée par leur vision des choses.

Par exemple, un patient habituellement discriminé dans la vie quotidienne interprétera que le comportement froid de la part d'un médecin est une discrimination à son encontre alors qu'il est possible que le soignant soit juste de mauvaise humeur ce jour là (Bradby, 2010 ; Kressin, Raymon & Manze, 2008).

Les *testings* réalisés permettent de réduire ce risque car ils examinent les faits en plaçant le soignant dans une situation où il peut discriminer ou non.

Toutefois, le testing est une méthode intéressante pour évaluer les discriminations dans l'accès aux soins, mais non dans les variations de soins effectuées.

Pour cela, l'observation de l'activité, avec une prise de notes ou une grille d'observations précises, est apparue comme la meilleure possibilité de rendre compte de l'activité, et notamment des différences selon différents facteurs. Il était ainsi possible de comparer l'activité du soignant selon le genre du patient, selon la tâche. Des comparaisons selon la charge de travail et selon les difficultés apportées par le patient ont pu être réalisées.

Cette méthodologie a permis d'examiner les soins tels qu'ils se déroulent. Par exemple, nous avons relevé dans quelles situations les soignants saluent les patients et dans quelles situations ils ne les saluent pas. Si nous avions interrogé les soignants ou les patients a postériori, leurs réponses auraient pu être erronées : ont-ils conscience de ce point précis ? S'en souviendront-ils en les interrogeant plus tard ? Les observations *in situ* permettent de se prémunir de ce risque.

6.4.3 Perspectives pratiques

Comprendre l'origine des discriminations au travail est la base de leur diminution.

Se plaçant du côté du psychologue du travail en charge de les réduire, nos résultats indiquent que la charge de travail, l'activité (d'après les indicateurs utilisés), ne sont pas des facteurs favorisant la discrimination dans les soins. Intervenir sur ces facteurs ne permettrait pas de réduire les discriminations.

Mettre en place des formations pour que les soignants soient plus à l'aise avec certains patients spécifiques (toxicomanes, psychiatriques) permettrait d'améliorer leur prise en charge, par exemple en ne les laissant plus attendre en espérant qu'un collègue s'en occupe à leur place.

Construire des moyens de communication permettrait de combler les difficultés qui leurs sont liées. Dans ce sens, nous avons proposé la création de planches utilisant une représentation graphique compréhensible des actes, une traduction précise dans plusieurs langues des demandes les plus courantes. Ces outils, s'ils respectent les principes d'utilisabilité et d'interculturalité (pour les cas où le soignant est face à un patient étranger par exemple), pourraient accélérer la prise en charge des patients sur les pathologies les plus courantes.

7. BIBLIOGRAPHIE

Abbott, S. Hotchkins, J. (2001) It takes more than clinical effectiveness to change nursing practice: an unsuccessful project in the nurse promotion of urinary continence, *Clinical Effectiveness in Nursing*, *5(*2), 81-87

Acker, F. (2010) Infirmières : des pratiques en redéfinition, In C., Halpern (Ed) *La santé un enjeu de société*, pp95-100, Auxerre : Editions Sciences Humaines

Adam, G.E., Carter R., Chevront, S.N., Merullo, D.J., Castellani, J.W., Lieberman, H.R., Sawka, M.N. (2008) Hydration effects on cognitive performance during military tasks in temperate and cold environments, *Physiology & Behavior, 93*(4-5), 748-756

Adeb-Saeedi, J. (2002) Stress amongst emergency nurses, *Australian Emergency Nursing Journal, 5*(2), 19-24

Adorno, T.W., Frenkel-Brunswick, E., Levinson, D., Sanford, R.N. (1950) *The authoritarian personality,* New-York : Harper and Row

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

Allport, G.H. (1954) *The nature of prejudice*, Cambridge, MA : Addison-Wesley

Amadieu, J.F. (2004) Discrimination positive mais « injuste », *L'express,* http://www.lexpress.fr/reussir/dossier/racisme/dossier.asp?ida=430132 (consulté le 06/03/2006)

Amadieu, J.F. (2005) *Discrimination à l'embauche – de l'envoi du CV à l'entretien* http://cergors.univ-paris1.fr/docsatelecharger/Discriminationsenvoientretien.pdf (consulté le 06/03/2006)

Amadieu, J.F. (2008) Vraies et fausses solutions aux discriminations, *Formation emploi, 101*, 89-104

Amiot, C. Bourhis, R.Y. (2005). Ideological beliefs as determinants of discrimination in positive and negative outcome distributions. *European Journal of Social Psychology, 35*, 581-598.

Anderson, K.O., Green, C.R., Payne, R. (2009) Racial and Ethnic Disparities in Pain: Causes and Consequences of Unequal Care, *The Journal of Pain, 10*(12), 1187-1204

Assier-Andrieu, L., Gotman, A., Fonbonne, G., Novoa, L., Massot, O. (2004) Synthèse de travaux sur l‘immigration et la présence d‘étrangers en France : Immigration et accès aux droits sociaux : enquête sur les logiques

discriminatoires dans la mise en œuvre de la CMU. *Migration et études, 127*, 1-8

Assurance Maladie (2011) : http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/cmu-complementaire/les-conditions-pour-en-beneficier.php

Aulagnier, M., Obadia, Y., Paradonarin, A., Saliba-Serre, B., Ventelou, B., Guillaumat-Taillet, F. (2007) L'exercice de la médecine libérale, *Etudes et résultats, 610,* 1-8

Baldauf, D., Burgard, E., Wittman, M. (2009) Time perception as a workload measure in simulated car driving. *Applied Ergonomics, 40*, 929-935

Balsa, A.I., Cao, Z., Mc Gire, T.G. (2007) Does managed health care reduce health care disparities between minorities and White ? *Journal of Health Economics, 26* (1), 101-121

Barnato, A.E., Berhane, Z., Weissfeld, L.A., Chang, C.C.H., Linde-Zwirble, W.T., Angus, D.C. (2006) Racial Variation in End-of-Life Intensive Care Use: A Race or Hospital Effect ?, *Health Servicies Research, 41*(6), 2219-2237

Barret, C., Robelet, M. (2010) Quelles nouvelles pratiques pour réduire les tensions de la relation patient-soignant à l'hôpital ? In M.E., Bobillier Chaumon, M., Dubois, D., Retour (Eds) *Relations de services*, pp 123-137, Bruxelles : De Boeck

Beauchamp, M.O., Childress, J. (2001) *Principles in biomedical ethics* (5th ed), Oxford : Oxford University Press

Begley, C., Basu, R., Lairson, D., Reynolds, T., Dubinsky, S., Newmark, M., Barnwell, F., Hauser, A., Hesdirffer, D. (2011) Socioeconomic status, health care use, and outcomes : Persistance of disparities over time, *Epilepsia, 52*(5), 957)964

Bell, M.B., Konrad, D., Granath, F., Ekbom, A., Martling, C.R. (2006) Prevalence and sensitivity of MET-criteria in a Scandinavian University Hospital, *Resuscitation, 70*(1), 66-73

Benoist, Y. (2008) Vivre dans la rue et se soigner, *Sciences Sociales et Santé, 26*(3), 5-33

Berdhal, T., Owens, P.L., Dougherty, D., McCormick, M.C., Pylypchuk, Y., Simpson, L.A. (2010) Annual Report on Health Care for Children and Youth in the United States: Racial/Ethnic and Socioeconomic Disparities in Children's Health Care Quality, *Academic Pediatrics, 10*(2), 95-118

Bernard, N. (2006) Le secteur du logement à l'épreuve des réglementations anti-discrimination, *Courrier hebdomadaire du CRISP, 1926*(21), 5-45

Bernaud, J.L. (2007) Recrutement et évaluation du personnel, In J.L., Bernaud, C., Lemoine (Eds) *Traité de psychologie du travail et des organisations*, pp 101-139, Paris : Dunod

Bertrand, F., Martinez, P. Thiercellin, D., Fournier, J.P., Van Elslande, L., Romankievicz, A., Casini-Latil, I., Gürgheguian, C., Sebay, O., Tolosano, R., Rouvier, R., Pouzac, G., Tran, T.T., Martin-laval, O., Sainty, J.M. (2000)

Charge de travail des médecins des urgences : problème quantitatif ou qualitatif ? De la sérénité du médecin des urgences, *Réanim Urgences, 9*, 492-497

Blais, S., Dejardin, O., Boutreux, S., Launoy, G. (2006) Social Determinants of access to reference care centres for patients with colorectal cancer - A multilevel analysis, *European Journal of Cancer, 42*(17), 3041-3048

Blatnik, J., Lesnicar, G (2006) Propagation of methicillin-resistant Staphylococcus aureus due to the overloading of medical nurses in intensive care units, *Journal of Hospital Infection, 63*(2), 162-166

Blay, N., Cairns, J., Chisholm, J., O'Baugh, J. (2002) Research into the workload and roles of oncology nurses within an outpatient oncology unit, *European Journal of Oncology Nursing, 6*(1), 6-12

Bogh Anderson, L. (2009) Qu'est-ce qui détermine le comportement et la performance des professionnels de la santé ? La motivation de service public, les normes professionnelles et/ou les incitants financiers, *Revue Internationale des Sciences Administratives, 75*(1), 87-108

Boisguérin, B. (2004) Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU : un impact qui se consolide entre 2000 et 2003, *Etudes et résultats, 294*

Boisguérin, B., Pichetti, S. (2008) Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006, *Etudes et résultats, 629*

Bond, M.L., Kardong-Edgren, S., Jones, M.E. (2001) Assessment of professional nursing students knowledge and attitudes about patients of diverse cultures, *Journal of Professional Nursing, 17*(6), 305-312

Booth, L. (2007) Observation and reflection of communication in health care – Could Transactional Analysis be used as an effective approach ? *Radiography, 13*(2), 135-141

Borden, S., Lang, A. (2001) Nurse workload and distractions lead to medication errors in 1999 - a report from the USP, *Nevada Reformation, 10*(1), 22

Bouchard, D. (2007) PSA Peugeot Citroën face au testing, *Horizons stratégiques, 5*(3), p68-74

Bourhis R.Y., Leyens, J.P. (1999)(Eds.). *Stéréotypes, discrimination et relations intergroupes* (2è édition). Spirmont, Belgiques, Mardaga

Bourhis, R. Y., Montreuil, A. (2004). Les assises socio-psychologiques du racisme et de la discrimination. In J. Renaud, A. Germain, X. Leloup (Eds.), *Racisme et discrimination : Permanence et résurgence d'un phénomène inavouable*, pp 231-259, Québec : Presses de l'Université Laval

Bourhis, R. Y., Gagnon, A. (2006). Préjugés, discrimination et relations intergroupes. In R. J. Vallerand (Ed.), *Les fondements de la psychologie sociale* (2e ed.). Boucherville, Québec, Canada: Chenelière Éducation / McGraw-Hill.

Bourhis, R. Y., Montreuil, A., Helly, D. (2005). *Portrait de la discrimination au Québec : Enquête sur la diversité ethnique au Canada*. Montréal, Québec : Chaire Concordia – UQAM en études ethnique. Texte et tirés à part No. 1. www. unites.uqam.ca/chaire_ethnique/

Bourhis, R. Y., Montreuil, A., Helly, D., Jantzen, L. (2007). Discrimination et linguicisme au Québec : Enquête sur la diversité ethnique au Canada. *Études ethniques au Canada/Canadian Ethnic Studies, 39.* 31-49.

Bourhis, R.Y., Gagnon, A., Moïse, L.C., (1999). Discrimination et relations intergroupes. In R.Y., Bourhis, J.P., Leyens, (Eds) *Stéréotypes, discrimination et relations intergroupes.* p 161-200, Belgique : Mardaga,

Bowles, K.H., Foust, J.B., Naylor, M.D. (2003) Hospital discharge referral decision making : a multidisciplinary perspective, *Applied Nursing Research, 16* (3), 134-143

Bradby, H. (2010) What do you mean by ―racism" ? Conceptualising the range of what we call racism in health care settings : a commentary of Peek et al., *Social Science and Medicine, 71,* 10-12

Bratt, M.M., Broome, M., Kelber, S., Lostocco, L. (2000) Influence of stress and nursing leadership on job satisfaction of pediatric intensive care unit nurses, *American journal of Critical Care, 9*(5), 307-317

Brawley, O.W., Berger, M.Z. (2008) Cancer and disparities in health: Perspectives on health statistics and research questions, *Cancer, 113*(7), 1744-1754

Briffault, X., Morvan, Y., Rouillon, F., Dardennes, R., Lamboy, B. (2010) Factors associated with treatment adequacy of major depressive episodes in France, *Encéphale, 36*(2), D59-D72

Brondolo, E., Kelly, K.P., Coakley, V., Gordon, T., Thompson, S., Levy, E., Cassells, A., Tobin, J.N., Sweeney, M., Controda, R.J. (2005) The perceived ethnic discrimination questionnaire : development and preliminary validation of a community version, *Journal of Applied Social Psychology, 35*(2), 335-365

Brookhuis, K.A., Van Driel, C.J.G., Hof, T., Van Arem, B., Hoedemaeker, M. (2008) Driving with a congestion assistant ; mental workload and acceptance, *Applied Ergonomics, 40*, 1019-1025

Bungener, M., Basanger, I. (2002) Médecine générale, le temps des redéfinitions, In, I., Basanger, M., Bungener, A., Paillet (Eds) *Quelle médecine voulons-nous ?* pp 19-34, Paris : Edition La Dispute

Burgess, D. (2010) Are providers more likely to contribute to healthcare disparities under high levels of cognitive load ? How features of the health-care setting may lead to biases in medical decision making, *Medical Decision Making, 30*, 246-257

Burgess, D., 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

Burgess, D., Van Ryn, M., Dovidio, J., Saha, S. (2007) Reducing racial bias among health care providers : lesson from social-cognitive psychology, *Society of General Internal Medicine, 22*, 882-887

Cabut, S. (2006) Couverts par la CMU mais mis à la porte des soins, *Libération* 20/11/06 http://www.liberation.fr/evenement/010167951-couverts-par-la-cmu-mais-mis-a-la-porte-des-soins

Callahan, M.A. (2004) Surgical patients are at lower risk of death in hospitals

with more degree-educated nurses, *Evidence-based Healthcare, 8*(2), 67-68

Capozza, D., Volpato, C. (1999) Relations intergroupes : Approches classiques et contemporaines. In: J.P. Leyens & R. Bourhis (Eds.), *Psychologie sociale des perceptions et relations intergroupes*, pp. 13-39 Liège, Belgium, Mardaga

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

Carde, E., (2006) « On ne ne laisse mourir personne » les discriminations dans l'accès aux soins, *Travailler, 16*(2), 57-80

Carde, S., Fassin, D., Ferré, N., Musso-Dimitrijevic, S. (2002). Un traitement inégal : les discriminations dans l'accès aux soins. *Migrations et études, 106*

Carrasquillo, O., Onav, J., Brennan, T.A., Burstin, H.R. (1999) Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department, *Journal of General Internal Medicine, 14,* 82-87

Cathébras, P., Begon, A., Laporte, S., Bois, C., Truchot, D. (2004) Epuisement professionnel chez les médecins généralistes, *La Presse Médicale, 33*(22), 1569-1574

Cazabat, S., Barthe, B., Cascino, N. (2006) Approche exploratoire du stress perçu et de la charge de travail dans le secteur hospitalier, In, J., Maline, M., Pottier (Eds) *Ergonomie et santé au travail : transformation du travail et perspectives pluridisciplinaires*, pp229-236, Toulouse : Octares

Cazabat, S., Barthe, B., Cascino, N. (2008) Charge de travail et stress profesionnel : deux facettes d'une même réalité ? Etude exploratoire dans un service de gérontologie, *Pistes, 10* (1) http://www.pistes.uqam.ca/v10n1/articles/v10n1a5.htm

Chang, E.M., Daly, J.W., Hancock, K.M., Bidewell, J., Johnson, A., Lambert, V.A., Lambert, C.E. (2006) The relationship among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in australian nurses, *Journal of Professional Nursing, 22*(1), 30-38

Chanquoy, L., Tricot, A., Sweller, J. (2007) *La charge cognitive*, Paris : A. Collin

Chapman, R., Styles, I. (2006) An epidemic of abuse and violence : Nurse on the front line, *Accident and Emergency Nursing, 14*, 245-249

Charasse-Pouele, C., Fournier, M (2006) Health disparities between social group in South-Africa : a decomposition analysis, *Social Science and Medicine, 62*(11), 2897-2914

Charlety, P., Contensou, F. (2007) Droit, économie et discrimination, *Revue internationale de droit économique, 21*(4), 389-414.

Charreire, H., Combier, E (2009) Poor prenatal care in an urban area : a geographic analysis, *Health & Place, 15*(2), 412-419

Chen, H.C., Chu, C.I., Wang, Y.H., Lin, L.C. (2008) Turnover factors revisited: A

longitudinal study of Taiwan-based staff nurses, *International Journal of Nursing Studies, 45*(2), 277-285

Chen, W.K., Cheng, Y.C., Ng, K.C., Hung, J.J., Chuang, C.M. (2001) Were there enough physicians in an emergency department in the affected area after a major earthquake? An analysis of the Taiwan Chi-Chi earthquake in 1999 , *Annals of Emergency Medicine, 38*(5), 556-561

Chisholm, C., Weaver, C., Rodgers, K., Whenmouth, L., Giles, B., Brisendine, E. (2006) 207: An Ergonomic Comparison of Emergency Physician Workload, *Annals of Emergency Medicine, 48*(4), 64-65

Cioffi, J., Salter, C., Wilkes, L., Vonu-Boriceanu, O., Scott, J. (2006) Clinicians' responses to abnormal vital signs in an emergency department, *Australian Critical Care, 19*(2), 66-72

Clarke, S.P., Rockett, J.L., Sloane, D.D., Aiken, L.H. (2002) Organizational climate, staffing, and safety equipment as predictors of needlestick injuries and near-misses in hospital nurses, *American Journal of Infection Control, 30*(4), 207-216

Clayton, J.M., Entwistle, B., Pickering, S., Tune, M. (1999) Collecting the evidence : the nursing management of intraveneous therapy, *Clinical Effectiveness in Nusing, 3*(1), 25-33

Code de la santé publique : (dernière mise à jour le 20 février 2009) : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090224

Code du travail (dernière consultation le 22/07/11) http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20110722

Code electoral (dernière consultation le 22/07/11) http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070239&dateTexte=20110722

Collectif Interassociatif sur la santé (2009) *Discrimination par les spécialistes en honoraires libres des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU)* http://www.discriminations.inegalites.fr/spip.php?article74 (dernière consultation le 30/11/2011)

Controda, R.J., Ashlore, R.D., Gary, M.L., Coups, E., Egeth, J.D., Sewell, A., Ewell, K., Goyal, T.M., Chasse, V. (2001) Measures of Ethnicity-related stress, ethnic group differences, and association with well-being, *Journal of Applied Social Psychology, 39*(1), 1775-1820

Dancey, C.P., Reidy, J. (2007) *Statistiques sans maths pour psychologues*, Bruxelles :: De Boeck

Danet, F. (2008) La médecine d'urgence : du sale boulot à l'expansion sans limite, *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 78*, 67-78

Dasgupta, N. (2009) Mechanisms underlying the malleability of implicit prejudice and steretypes, the role of automaticity and cognitive control, In, Nelson, T.D. (Ed) *Handbook of prejudice, stereotyping and discrimination*, pp

267-284, New York, Psychology Press

David, AM.M (2009) *Les dessous cachés de l'hôpital*, Paris : Gawsewitch Editeur

De Gaudemaris, R., Lang, T., Chatellier, G., Larabi, L., Lauwers-Cances, V., Maitre, A., Diene, E. (2002) Socioeconomic inequalities in hypertension prevalence and care - the IHPAF study, *Hypertension, 39*(6), 1119-1125

Dejours, C. (1980) La charge psychologique de travail, In SFP (Ed) *Equilibre ou fatigue par le travail*, pp 45-54, France : ESF

Dejours, C. (2000) *Travail et usure mentale : essai de psychopathologie du travail*. Paris : Bayard

Delbrouck, M. (Ed) (2004) *Le burnout du soignant : le syndrome d'épuisement professionnel.* Brusselles : De Boeck

Delprat, L. (2004) *Guide pratique du droit médical et du droit de la sécurité sociale*. Paris : Chiron Editeur

Desprès, C. (2005) La couverture maladie universelle : des usages sociaux différenciés. *Sciences sociales et santé, 23*, 4, 79-108

Desprès, C., Guillaume, S., Couralet, P.E. (2009) *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens,* Rapport final pour le Fond CMU. IRDES http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=3&cat=106

Desprès, C., Naiditch, M. (2006) *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes 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 http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=3&cat=106

DiDomenico, A., Nussbaum, M. (2008) Interactive effects of physical and mental workload on subjective workload assessment, *International Journal of Industrial Ergonomics, 38,* 977-983

Dijker, A.J., Koomen, W. (1996) Stereotyping and attitudinal effects under time pressure, *European Journal of Social Psychology, 30*, 61-74

DiMarco, M.A., Huff, M., Kinion, E., Kendra, M.A. (2009) The Pediatric Nurse Practitioner's Role in Reducing Oral Health Disparities in Homeless Children, *Journal of Pediatric Health Care, 23*(2), 109-116

Dodier, N., Camus, A. (1997) L'hospitalité de l'hôpital – l'accueil et le tri des patients aux urgences médicales, Communication, 65, 109-119

Doise, W. (2009) *Discriminations sociales et droits universels*, Grenoble : PUG

Dovidio, J., Gaertner, S. (1986) *Prejudice, discrimination and racism*, New York : Academic Press

Dovidio, J.F., Penner, L.A., Albrecht, T.L., Norton, W.E., Gaertner, S.L., Shelton, J.N. (2008) Disparities and distrust : the implication of psychological processes for understanding racial disparities in health and health care, *Social Science and Medicine, 67*, 478-486

Duguet, E., Petit, P. (2009) La présence syndicale réduit-elle la discrimination salariale à l'encontre des femmes ? Un examen sur l'année 2002, *Revue d'économie politique, 119*(3), 401-450

Dupont, E., Leyens, J.P. (2003) Perceptions différentes des discriminations individuelles et groupales, In J.C., Croizet, J.P., Leyens, (Eds) *Mauvaises réputations : Réalités et enjeux de la stigmatisation sociale*, pp 93-117, Paris : Armand Collin

Edmond, C.B. (2001) A new paradigm for practice education, *Nurse Education Today, 21*(4), 251-259

Elchardus, J.M., Gansel, Y., Grison-Curinier, J. (2005) Violence et urgences, *Annales Medico-psychologiques, 163*, 664-667

Engkvist, I.L. (2004) The accident process preceding back injuries among Australian nurses, *Safety Science, 42*(3), 221-235

Estryn-Béhar, M. (2008) *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe,* Rennes : Presses de l'EHESP

Estryn-Behar, M., Fouillot, J.P. (1990a) Etude de la charge physique du personnel soignant, *Document pour le médecin du travail, 41*, 27-33

Estryn-Behar, M., Fouillot, J.P. (1990b) Etude de la charge mentale et approche de la charge psychique du personnel soignant, *Document pour le médecin du travail, 42*, 131-144

Estryn-Behar, M., Kreutz, G., Le Nezet, O., Mouchot, L., Camerino, D., Salles, R.K., Ben-Brif, E., Meyer, J.P., Caillard, J.F., Hasselhorn, H.M. (2005) Promotion of work ability among French health care workers—value of the work ability index , *International Congress Series, 1280*, 73-78

Estryn-Behar, M., Leimdorfer, F., Picot, G. (2010) Comment les médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail, réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale, *Revue Française des Affaires Sociales, 4*(4), 27-52

Fabrizi E., Mohammedi N., Moulin P. (2009). ―Les discriminations raciales dans le champ sanitaire mosellan". In V. Ferry P. Galloro (Eds). *De la discrimination dite « ethnique et raciale ». Discours, actes et politique publiques – entre incantations et humiliations*. pp 181-190, Paris, L'Harmattan,.

Falzon, P. (1991) Les activités verbales dans le travail, In R., Amalberti, M. de Montmollin, J., Theureau (Eds) *Modèles en analyse du travail*, pp 229-250, Liège : Mardaga

Fassin, D. (2002) De l'invention française de la discrimination, *Revue française de science politique, 52*(4), 403-423

Fassin, D. (2008) The elementary forms of care, an empirical approach to ethics in a South African hospital, *Social Science and Medicine, 67*, 262-270

Fassin, D., Carde. 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.

Faverge, J.M. (2001) L'analyse du travail en terme de régulation, In, J.,

Leplat (Ed) *L'analyse du travail en psychologie ergonomique, recueil de textes,* Tome 1, pp 61-86, Toulouse : Octares

Fernandez, A., Schillinger, D., Grumbach, K., Rosenthal, A., Stewart, A.L., Wang, F., Pérez-Stable, E.J. (2004) Physician language ability and cultural competence, an exploratory of communnication with Spanish speaking patients, *Journal of General Internal Medecine, 19*(2), 167-174

Fiscella, K., Franks, P., Doescher, M., Saver, B.G. (2002) Disparities in health care by race, ethnicity and language among the insured, *Medical Care, 40*(1), 52-59

Fiscella, K., Winters, P., Tancredi, D., Hendren, S., Franks, P. (2011) Racial disparity in death from colorectal cancer: Does vitamin D deficiency contribute?, *Cancer. 117*(5), 1061-1069

Floru, R., Cnockaert, J.C. (1991) *Introduction à la psychophysiologie du travail*, Nancy : PUN

France, D.J., Levin,, S., Hemphill, R., Chen, K., Rickard, D., Makowski, R., Jones, I., Aronsky, D. (2005) Emergency physicians' behaviors and workload in the presence of an electronic whiteboard, *International Journal of Medical Informatics, 74,* 827-837

Fredericks, T.K, Choi, S.D., Hart, J., Butt, S.E., Mital, A. (2005) An investigation of myocardial aerobic capacity as a measure of both physical and cognitive workloads, *International Journal of Industrial Ergonomics, 35*(12), 1097-1107

Freidson E. (1970, traduction de 1984). *La profession médicale*. Paris, Payot.

Frickey, A. (2010) Les inégalités de parcours scolaires des enfants d'origine maghrébine résultent-elles de discriminations ?, *Formation emploi, 112*(4), 21-37.

Frost, S., Crawford, P, Mera, S., Chappell, B. (2003) Implement good practice in epilepsy care, *Seizure, 12*, 77-84

Gangloff, B. (1995). Statut des recruteurs, secteur de l'entreprise, et valorisation de l'internalité selon le type. *Bulletin de Psychologie, 422*, 113-119.

Garner-Moyer, H. (2011) La beauté : L'attention qui lui est allouée en phase de recrutement, *Revue internationale de Psychosociologie, 17*(41), 185-206

Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Liang, Y., Gonzalez, J.L. (2008) The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study, *International Journal of Nursing Studies, 45*(3), 418-427

GELD (2003) http://www.alterites.com/cache/center_dossier/id_338.php (consulté le 06/03/2006)

Giami, A., Veil, C., Samalin-Amboise, C., Veil-Barat, C., Groupe RITS (1994) *Des infirmières face au SIDA, Représentation et conduites, permanence et changement*. Paris : Edition de l'INSERM

Gonzalez, R., Weill-Fassina, A. (2005) Modalités de régulation du processus de travail dans les activités de service en crèche, *@ctivités, 2*(2), 2-23

Gould, K.S., Roed, B.K., Saus, E.R., Koefoed, V.F., Bridge, R.S., Moen, B.E. (2009)

Effects of navigation method on workload and performance in simulates high-speed ship navigation, *Applied Ergonomics, 40*(1), 103-114

Granger, B., Savoye, E., Tenaillon, A., Loty, B., Tuppin, P. (2008) Factors associated with regional disparities for registration on the French national liver transplantation waiting list, *Gastroentérologie clinique et Biologique, 32*(6-7, 589-595

Green, A.R. Carney, D.R., Pallin, D.J., Ngo, K.L., Raymond, L.I., Iezzoni, L.I., Banaji, M.R. (2007) Implicit Bias among Physicians and its Prediction of Thrombolysis Decisions for Black and White Patients. *Journal of General Internal Medicine, 22*(9):,1231-1238

Greenglass, E.R., Burke, R.J., Fiksenbaum, L. (2001) Workload and burn-out in nurses, *Journal of Community and Applied Social Psychology, 11*(3), 211-215

Grenyer, B., Ilkiw-Lavalle, O., Biro, P., Middleby-Clements, J., Cominos, A., Coleman, M. (2004) Safer at work : development and evaluation of an aggression and violence minimization program. *Australian and New-Zealand Journal of Psychiatry, 38,* 804-810

Grignon, M. (2005) L'expérience de la couverture médicale universelle : que peut-on apprendre sur la segmentation dans les politiques sociales ? *Sciences sociales et santé, 23,* 4, 111-119

Grignon, M., Perronin, M. (2004) *Mesure empirique de la valeur économique de la couverture complémentaire maladie universelle pour ses bénéficiaires*, Rapport pour le fond CMU, http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=3&cat=72

Guillevic, C. (2005) *Psychologie du travail*, Paris : A. Collin

HALDE (2006) *Résultat des tests de discriminations : logement et emploi*, Dossier de presse

Hall, O. (1954) Some problems in the provision of medical services, *Canadian Journal of Economics and Political Science, 20*, 456-466

Hamdan-Mansour, A.M. (2011) Knowledge and practice of emergency nurses caring for drug seeking behavior patients, *European Psychiatry, 26*(1), 1724

Hamilton, D.L. (1981) *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior*, Mahwah USA : Lawrence Erlbaum Associates

Hanoun, B. (1997) Malades étrangers : une clandestinisation qui rime avec précarisation, *Le Journal du SIDA, 9*, 92-93

Harris, Dolan, G., Fairbairn, G. (2001) Reflecting on the use of student portfolios, *Nurse Education Today, 21*(4), 278-286

Hart, S. G. (2006). NASA-Task Load Index (NASA-TLX); 20 Years Later. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society 50th Annual Meeting, 904-908*. Santa Monica: HFES.

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.

http://ntrs.nasa.gov/archive/nasa/casi.ntrs.nasa.gov/20000004342_1999205624.pdf

Heaston, S., Beckstrand, R.L., Bond, A.E., Palmer, S.P. (2006) Emergency Nurses' Perceptions of Obstacles and Supportive Behaviors in End-of-Life Care, Journal of Emergency Nursing, 32(6), 477-485

Hertzum, M., Simonsen, J. (2008) Positive effect of electronic patient records on three clinical activities, *International Journal of Medical Informatics, 77*(12), 809-817

Hervet, C., Blatter, C., Vallery, G. (2006), Charge mentale : à la recherche de facteurs constitutifs dans le cadre de situations dynamiques et collectives de travail, 41ème congrès de la SELF « *Ergonomie et santé au travail – Transformations du travail et perspectives pluridisciplinaires* », p 295-301, Caen, France,

Hescot, P., Bourgeois, D., Doury, J. (1997) Oral health in 35–44 year old adults in France, *International Dental Journal, 47*(2), 94-99

Hillhouse, J.J., Adler, C.M. (1997) Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses : results of a cluster analysis, *Social Science and Medicine, 45*(12), 1781-1788

Hobgood, C., Villani, J., Quattlebaum, R. (2005) Impact of Emergency Department Volume on Registered Nurse Time at the Bedside, *Annals of Emergency Medicine, 46*(6), 481-489

Hobson, W.D. (2001) Racial and ethnic discrimination in health care settings, *Public health Seattle and King County,* Janvier 2001 http://www.metrokc.gov/HEALTH/reports/discriminationinhealthcare.pdf (consulté le 29/09/06)

Hockey, G.R.J. (1997) Compensatory control in the regulation of human performance under stress and high workload: A cognitive-energetical framework, *Biological Psychology, 45*, 73-93

Hockey, G.R.J., Earle, F. (2006) Control: over the scheduling os simulated office work reduces the impact of workload on mental fatigue and task performance, *Journal of Experimental Psychology : Applied, 12*(1), 50-65

Hoskins, R., Salmon, D., Binks, S., Moody, H., Benger, J. (2005) A study exploring drug use and management of patients presenting to an inner city emergency department, *Accident and Emergency Nursing, 13*(3), 147-153

Howell, D.C. (2004, 4ème édition) *Méthodes statistiques en sciences humaines*, Paris : De Boeck

Huang, F.H., Lee, Y.L., Hwang, S.L., Yenn, T.C., Yu, Y.C., Hsu, C.C., Huang, H.W. (2007) Experimental evaluation of human-system interaction on alarm design, *Nuclear Engineering and Design, 237*(3), 308-315

Huet, J.M., Guillaume, M. (03/10/2005) Circulaire portant sur les relations entre la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité et l'autorité judiciaire, *Bulletin Officiel du Ministère de la Justice*, 100.

Hugounenq, R., Ventelou, B. (2002) Les services publics français à l'heure de

l'intégration européenne, *Revue de l'OFCDE, 80*, 7-61

Hugues E.-C., (1951, 1956, 1958, 1970), 1996, *Le Regard sociologique, Essais choisis,* Paris, Ed. de l'EHESS

Infirmiers.com http://www.infirmiers.com/la-formation-des-infirmieres-aux-usa, consulté le 10/01/11

Jambon, C., Dejardin, O., Morlais, F., Pornet, C., Bouvier, V., Launoy, G. (2010) Déterminants socio-démographiques de la prise en charge des cancers en France - Exemple des cancers colorectaux incidents entre 1997 et 2004 dans le département du Calvados, *Revue d'épidémiologie et de santé publique, 58*(3), 207-216

Jibawi, A, Hanafy, M., Guy, A (2006) Is there a Minimum Caseload that Achieves Acceptable Operative Mortality in Abdominal Aortic Aneurysm Operations ?, *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 32*(3), 273-276

Jones, J., Lyneham, J. (2001) Violence : Part of the job for Australian nurses ? *Australian Emergency Nursing Journal, 4*(1), 10-14

Jusot, F., Benamouzig, D. (2009) Pauvres et mal soignés, *Libération* 17/03/09 http://www.liberation.fr/societe/0101555908-pauvres-et-mal-soignes

Kang, N.H., Yoon, W.C. (2008) ge and experience-related user behavior differences in the use of complicated electronic devices, *International Journal of Human-Computer Studies, 66*(6), 425-437

Kelleher, S. (2007) Health care professionals' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users, *Accident and Emergency Nursing, 15*(3), 161-165

Kelly-Irving, M., Delpierre, C., Schieber, A.C., Lepage, B., Rolland, C., Afrité, A., Pascal, J., Cases, C., Lombrall, P., Lang, T. (2011) Do general practitioners overestimate the health of their patient with low education, *Sociale sciences and medicine, 73*(9), 1416-1421

Kouri, P., Turunen, H., Lecturer, S., Palomaki, T. (2005) _Maternity clinic on the net service' and its introduction into practice: experiences of maternity-care professionals . *Midwifery, 21*(2), 177-189

Kressin, N.R., Raymond, K.L., Manze, M. (2008) Perception of race/ethnicity – base discrimination : a review of measures and evaluation of their usefulness for the health care setting, *Journal of Health Care for the Poor and Undeserved, 19*, 967-730

Lambert, V.A., Lambert, C.E., Ito, M. (2004) Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses, International *Journal of Nursing Studies, 41*(1), 85-97

Lan, L., Wargocki, P., Wyon, D.P., Lian, Z. (2011) Effects of thermal discomfort in an office on perceived air quality, SBS symptoms, physiological responses, and human performance, *Inddor Air, 21*(5), 376-390

Langlet, M. (2005) Des maladies en grande précarité, *Le JDs, 173*, 16-21

Lanquetin, M.T. (2001) Le principe de non-discrimination, *Le droit ouvrier, 633*, 186-193

Lanquetin, M.T. (2003) Femmes et retraites, *Travail, genre et sociétés, 9*(1), 234-239.

Latraverse, S. (2005) Tradition française et politique européenne de lutte contre les discriminations, *Informations sociales, 125*(5), 94-102

Latter, S, Yerrell, P., Rycroft-Malone, J., Shaw, D. (2000) Nursing, medication education and the new policy agenda: the evidence base, *International Journal of Nursing Studies, 37*(6), 469-479

LaVeist, T., Nickerson, K., Bowie, J.V. (2000), Attitudes about racism, medical mistrust, and satisfaction with care among African American and white cardiac patients, *Medical Care Research and Review, 57*, 146–16

Le Breton, D. (1994). Processus identitaire et pratiques médicales – L'interculturel à l'hôpital. *Bulletin de psychologie 48*(419), p 271-277

Le Ray, C., Goffinet, F., Palot, M., Garel, M., Blondel, B. (2008) Factors Associated with the Choice of Delivery without Epidural Analgesia in Women at Low Risk in France, *Birth, 35*(3), 171-178

Lee, S., Chiu, M.Y.L., Tsang, A., Chui, H., Kleinman, A. (2006) Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong, *Social Science and Medicine, 62*, (7), 1685-1696

Lehmann, C. (2007) *Patients, si vous saviez ... Confessions d'un médecin généraliste,* Paris, Edition Robert Laffon

Leplat, J. (1977) Les facteurs déterminant la charge de travail, Rapport introductif, *Le Travail Humain, 40*(2)

Leplat, J. (2000) *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie : aperçu sur son évolution, ses méthodes et ses méthodes*, Toulouse : Octares

Leplat, J. (2004) L'analyse psychologique du travail, *Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 54*, 101-108

Leyens, J.P., Yzerbyt, V. (1997) *Psychologie sociale*, Bruxelles : Mardaga

Liang, C.T.H., Li, L.C., Kim, B.S.K. (2004) The Asian American Racism Related Stress Inventory : development, factor analysis reliability and validity, *Journal of Counseling Psychologie, 51*(1), 103-114

Lin, M., Goldman, R., Price, K.J., Sears, A., Jacko, J. (2007) How do people tap when walking ? An empirical investigation of nomatic data entry, *International Journal oh Human-computer Studies, 66*(9), 759-769

Liu, B., Hui, C., Hu, J., Yang, W., Yu, X; (2001) Quel est le lien entre motivation de service public et intention professionnelle ? *Revue Internationale des Sciences Administratives, 77*(1), 193-213

Livian, Y.F., Baret, C., Falcoz, C. (2004) La gestion de charge de travail dans les activités de services, *Revue française de Gestion, 150*(3), 87-103

Llenore, E., Ogle, K.R. (1999) Nurse-patient communication in the intensive care unit : a review of the litterature, *Australian Critical Care, 12*(4), 142-145

Loi – Minority Health and Health Disparities Research and Education Act of

2000"http://www.govtrack.us/congress/billtext.xpd?bill=s106-1880

Lombrail, P., (2007) Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 55,* 23-30

Lorriaux, A (2011) USA : de faux patients pour débusquer les refus de soins, *Le figaro* http://www.lefigaro.fr/international/2011/06/27/01003-20110627ARTFIG00748-usa-de-faux-patients-pour-debusquer-les-refus-de-soins.php (consulté le 28/06/2011)

Lourel, M., Gana, K., Prud'hommes, V., Cercle, A. (2004) Le burn-out chez le personnel des maisons d'arrêt : test du modèle « demande-contrôle » de Karasek, *L'Encéphale, 30*(6), 557-563

Luiller, D., (2005) Le –sale boulot", *Travailler, 14*(2), 73-98

Lyneham, J. (2001) Workplace violence in New South Wales emergency departments, *Australian Emergency Nursing Journal, 4*(1), 5-9

Lyneham, J., Cloughessy, L., Martin, V. (2008) Workload in Australian emergency department, a descriptive study. *International Emergency Nursing, 16*, 200-206

Macron-Nogues, F., Vernay, M., Ekong, E., Thiard, B., Salanave, B., Fender, P., Allemans, H. (2005) Les disparités régionales de prise en charge des patients dyalisés en France en 2003, *Néphrologie et Thérapeutique, 1*(6), 335-344

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 MRSH, n° spécial,* 345-365

Mairiaux, P. (1984), Indicateurs physiologiques de la charge mentale : leur utilité pour le médecin du travail, *Archives des maladies professionnelles, de médecine du travail et de sécurité sociale, 45*(2), 101-110

Malek, S.K., Keys, B.J., Kumar, S., Milford, E., Tullius, S.G. (2008) Racial and ethnic disparities in kidney transplantation, *Transplant International, 24*(5), 419-424

Marchand, G. (2005) Embauche : quand le racisme s'en mêle. *Sciences humaines, Hors série 47*, p 60-61

Médecins de Monde (2003) L'accès aux soins des plus démunis en 2003. *Dossier de presse La Mission de Médecins de Monde du 17/10/2003*

Médecins du Monde (2006) « *Je ne m'occupe pas de ces patients » Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France*. Rapport pour Médecins du Monde. http://www.medecinsdumonde.org/fr/publications/les_rapports/je_ne_m_occupe_pas_de_ces_patients

Menzel, N.M., Brooks, S.M., Bernard, T.E., Nelson, A. (2004) The physical workload of nursing personnel: association with musculoskeletal discomfort, *International Journal of Nursing Studies, 41*(8), 859-867

Meurs, D., Pailhé, A. (2008) Descendantes d'immigrés en France : une double vulnérabilité sur le marché du travail ? », *Travail, genre et sociétés, 20*(2), 87-107

Mikuls, T.R., Saag, K.G., George, V., Mudano, A.S., Banerje, S., (2005) Racial disparities in the receipt of osteoporosis related healthcare among community-dwelling older women with arthritis and previous fracture, *Journal of Rheumatology, 32*, 870-875

Miller, C.A., Hannen, M.D. (1999) The rotorcraft pilot's associate : design and evaluation of an intelligent user interface for cockpit information management, *Knowledge Based Systems, 12*(8), 443-456

Miyake, S., Yamada, S., Shoji, T., Takae, Y., Kuge, N., Yamamura, T. (2009) Physiological responses to workload change. A test/retest examination, *Applied Ergonomics, 40*, 987-996

Monnet, E., Ramée, C., Minello, A., Jooste, V., Carel, D., Di Martino, V. (2008) Socioeconomic context, distance to primary care and detection of hepatitis C : a French population-based study, *Social Sciences and Medicine, 66*(5), 1046-1065

Montmollin, M. de (1986a) *L'intelligence de la tâche – éléments d'ergonomie cognitive*, Bern : Edition Peter Lang

Montmollin, M. de (1986b) *L'ergonomie*, Paris, La Découverte

Montmollin, M. de (1997a) *Vocabulaire de l'ergonomie*, Toulouse, Octares

Montmollin, M. de (1997b) *Sur le travail – Choix de textes (1967-1997*), Paris, Octares

Morasz, L. (2002) La souffrance dans la relation soignant-soigné, In, G.N. Fischer (Ed) *Traité de psychologie de la santé,* p 405-424, Paris : Dunod

Morin, M. (2004) *Parcours de santé*, Paris : Armand Collin

Morlock, M.M., Bonin, V., Deuretzbacher, G., Müller, G., Honl, M., Schneider, E. (2000) Determination of the in vivo loading of the lumbar spine with a new approach directly at the workplace – first results for nurses, *Clinical Biomechanics, 15*(8), 549-558

Morris, R., Mac Neela, P., Scott, A., Treacy, P., Hyde, A. (2007) Reconsidering the conceptualization of nursing workload : literature review, *Journal of Advanced Nursing, 57*(5), 463-471

Moskowitz, D., Thom, D.H., Guzman, D., Penko, J., Miakowski, C., Kushel, M. (2011) Is primary care providers' trust in socially marginalized patients affected by race ? *Journal of General Internal Medicine, 26*(8), 846-851

Moulin, P., Fabrizi, E. Mohammedi, N. (2005). Les discriminations dans le champ sanitaire. In : P., Galloro, A., Serré, P., Tisserant al., dir., *Diagnostic territorial stratégique dans le domaine de l'intégration et de la lutte contre les discriminations sur le territoire du contrat de ville de l'agglomération messine*, Université Paul Verlaine Metz, laboratoires ERASE et ETIC, Rapport Fond d'Action et de Soutien pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations (FASILD), 2005, pp. 199-231.

Mudano AS, Casebeer L, Patino F, Allison JJ, Weissman NW, Kiefe CI, Person S, Gilbert D, Saag KG, (2003) Racial disparities in osteoporosis prevention in a managed care population, *Southern Medical Journal, 96*, 445-451

Musso-Dimitrijevic, S. (1997) Les difficultés d'accès aux soins des étrangers atteints par le VIH-SIDA. *Le journal du SIDA, 101*, 12-13

Ng, W.H., Wang, E., Ng, I. (2007) Multimedia Messaging Service teleradiology in the provision of emergency neurosurgery services, *Surgical Neurology, 67*(4), 338-341

Ngo-Metzer, Q., Sorkis, D.H., Phillips, R.S., Greenfield, S., Massagli, M.P., Clarridge, B., Kaplan, S. (2007) Providing high-quality care for limited English proficient patient – the importance of language concordance and interprete use, *Journal of General Internal Medicine, 22*(2), 324-330

Nielsen, S.S., He, Y., Ayanian, J.Z., Gomez, S.L., Kahn, K.L., West, D.W., Keating, N.L. (2010) Quality of cancer care among foreign-born and US-born patients with lung or colorectal cancer, *Cancer, 116*(23), 5497-5506

Pan Ke Shon, J.L. (2009) Ségrégation ethnique et ségrégation sociale en quartiers sensibles, *Revue française de sociologie, 50*(3), 451-487

Paradies, Y.C., Cunningham, J. (2008) Development and validation of the measure of indigenous racism experience. *International Journal for Equity in Health, 7*(9), 1-10

Parent, S., Ward, A., Traci, M. (2007) Health information under limited attention : is it better to be ―hot" or ―cool" ? *Health Psychology, 26*(2), 159-164

Parizot, I., Chauvin, P. (2005). Quel accès aux soins pour les plus démunis ?. *Sciences humaines, 48*, 96-99

Parizot, I., Chauvin, P. Paugam, S. (2005). The moral carrer of poor patients in free clinics, *Social Science and Medicine, 61*, 1369-1380

Peek, C.J., Baird, M.A., Coleman, E. (2009) Primary care for patient complexity, not only disease, Families, *Systems and Health, 27*(4), 287-302

Peeks, M., Odoms-Young, A., Quinn, M.T., Gorawa-Bhat, R., Wilson, S., Chin, M.H. (2010a) Race and shared decision making : perspectives of African-Americans with diabetes, *Social Science and Medicine, 71*, 1-9

Peeks, M., Odoms-Young, A., Quinn, M.T., Gorawa-Bhat, R., Wilson, S., Chin, M.H. (2010b) Racism in health care, its relationship to shared decision making and health disparities : a response to Bradby, *Social Science and Medicine, 71*, 13-17

Pelloux, P. (2004) *Urgentiste*, Paris : Fayard

Peneff, J. (1992) *L'hôpital en urgences*, Paris : Metailié

Peneff, J. (2000) *Les malades des urgences*, Paris : Metailié

Perez, D., Sribney, W.M., Rodriguez, M.A. (2009) Perceived discrimination and self-reported quality of care among latinos in the United Sates, *Journal of General Internal Medicine, 24*(3), 548-554

Perrault-Soliveres, A. (2010) L'infirmière et la nuit, In C., Halpern (Ed) *La santé un enjeu de société*, pp101-107, Auxerre : Editions Sciences Humaines

Petit, P. (2004) Discrimination à l'embauche : un audit par couple dans le secteur financier, *Revue économique, 55*(3), 611-621

Philbrook, P. (2004) To ratio or not to ratio : that is the question, *Maine Nurse, 6*(1), 2-3

Philibert, M., Deneux-Tharaux, C., Bouvier-Colle, M.H. (2008) Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care?, *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 115*(11), 1411-1418

Pickup, L., Wilson, J., Lowe, E. (2010) The operational demand evaluation checklist of workload for railway signalling, *Applied Ergonomics, 41*, 393-402

Piette, J.D., Bibbins-Domingo, K., Schillinger, D. (2006) Health care Discrimination, process of care and diabetes patients health status, *Patient education and counselling, 60,* 41-48

Pinnock, H., Slack, R., Pagliari, C., Price, D., Sheikh, A. (2006) ABS009: Impact on asthma morbidity and patient enablement of providing a telephone option for primary care asthma reviews: Phase IV controlled implementation study. *Primary Care Respiratory Journal, 15*(3), 187

Point, S. (2006) La charte de la diversité : regards sur le discours des entreprises signataires, *Management & Avenir, 8*(2), 61-85

Pope, C., Chalder, M., Moore, L., Salisbury, C. (2005) What do other local providers think of NHS walk-in centres? Results of a postal survey. *Public Health, 119*(1), 39-44

Potter, C. (2006) To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout : a review of literature. *Australian Emergency Nursing Journal, 9,*57-64

Pourriat, J.L., Kierzeck, G. (2006) La responsabilité du médecin face à l'urgence, *Médecin et Droit, 78*, 91-97

Rainey, H.G., Steinbauer, P. (1999) Galloping elephants : developing elements of a theory of effective government organizations, *Journal of Public Administration Research and Theory, 9*(1), 1-32

Rajbhandary, S., Basu, K. (2010) Working conditions of nurses and absenteeism: Is there a relationship? An empirical analysis using National Survey of the Work and Health of Nurses, *Health Policy, 97*(2-3), 152–159

Rathelot, R. (2010) Origine et quartier. Expliquer le salaire et l'emploi des descendants d'immigrés, *Revue d'Économie Régionale & Urbaine,1*, 27-55

Raynaud, D. (2003) L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins, *Etudes et Résultats*, *229*

Reichard, A., Stolzle, H., Fox, M.H. (2011) Health disparities among adults with physical disabilities or cognitive limitations compared to individuals with no disabilities in the United States, *Disability and Health Journal, 4*(2), 59-67

Reitzes, D., (1958) *Negroes and medicine*. Cambridge : Harvard university Press

Richeson, J.A., Trawalter, S. (2003) The threat of appearing prejudiced and race-based attentional biases, *Psychological Sciences, 19*(2), 98-102

Rivadeneyra, R., Elderkin-Thompson, V., Cohen Silver, R., Waitzkin, H. (2000)

Patient centeredness in medical encounters requiring on interpreter, *The American Journal of Medicine, 108,* 470-474

Robert-Demontrond, P., Joyeau, A. (2010) Résistances à la responsabilité sociale des entreprises : de la critique des modalités à la critique de la logique économique sous-jacente, *Revue de l'organisation responsable, 5*(1), 5-16.

Rochefort, T., Guerin, F. (2000) *Liens entre organisation du travail, charge de travail et performance. Organisation du travail, Charge de travail, Performance,* Journées de travail organisées par l'ANACT et l'APRAT, 27 et 28 juin 2000, Lyon, p6-8 http://www.whp-training.eu/resources/organisation-du-travail_charge-de-travail_-performance.pdf

Rogers, A.C., Gibson, C.H. (2002) Experiences of orthopaedic nurse caring for elderly patients with acute confusion, *Journal of Orthopaedic Nursing, 6*(1), 9-17

Ross-Adjie, G., Leslie, G., Gillma, L. (2007) Occupational stress in the ED: What matters to nurses? *Australian Emergency Nursing Journal, 10*(3), 117-123

Russel Searight, H. (2003) Bosnian immigrants perception of the United States health care system : a qualitative interview study, *Journal of Immigrant Health, 5*(2), 87-96

Ryu, H., Wong, A. (2008) Perceived usefulness ans performance of human-to-human communications on television, *Computers in Human Behavior, 24*(4), 1364-1384

Sabbagh, D. (2004) Discrimination positive et déségrégation – les catégories opératoires des politiques d'intégration aux Etats-Unis. *Sociétés contemporaines, 53,* 85-99

Salsbury Lyons, S., Tripp-Reimer, T., Sorofman, B.A., DeWitt, J.E., BootsMiller, B.J., Vaughn, T.E., Doebbeling, B.N. (2005) VA QUERI informatics paper: Information technology for clinical guideline implementation: Perceptions of multidisciplinary stakeholders. *Journal of the American Medical Informatics Association, 12*(1), 64-71

Sarnin, P. (2007) *Psychologie du travail et des organisations*, Bruxelles : De Boeck

Sasicbay-Akkadechannunt, T., Scalzi, C.C., Jawad, A.F. (2003) The relationship between nurse staffing and patient out-come, *Journal of Nursing Administration, 33*(9), 478-485

Schieber, A.C., Kelly-Irving, M., Rolland, C. (2011) Do doctors and patients agree on cardiovascular-risk management recommendations post-consultation ? the intermede study, *British Journal of General Practice, 61*(584), 178-182

Section de Toulouse de la Ligue des Droits de l'Homme (2004) *Non aux nouvelles attaques contre l'AME* http://www.ldh-toulon.net/imprimer.php3?id_article=69 consulté le 19/09/2005

Seo, Y., Ko, J., Price, J.L. (2004) The determinants of job satisfaction among hospital nurses: a model estimation in Korea, *International Journal of Nursing Studies, 41*(4), 437-446

Shavers, V. L., Brown, M. L., Potosky, A. L., Klabunde, C. N., Davis, W. W., Moul,

J. W., Fahey, A.. (2004). Race/ethnicity and the receipt of watchful waiting for the initial management of prostrate cancer. *Journal of General Internal Medicine, 19*(2), 146–155.

Sherif, M. (1966) *In common predicament : social psychology of intergroup conflict and cooperation*. New York : Hougton Mifflin

Shinohara, L., Miura, T., Usui, S. (2002) Tapping task as an index of mental workload in a time sharing task, *Japanese Psychologival Research, 44*(3), 144-151

Shirom, A., Nirel, N., Vinokur, A.D. (2006) Overload, autonomy and burnout as predicators of physicians‘ quality of care, *Journal of Occupational Health Psychology, 11*(4), 328-342

Siminoff, L.A., Graham, G.C., Gordon, N.H. (2006) Cancer communication patterns ans the influence of patient characteristics : disparities in information-giving and affective behaviours, *Patient Education and Counselling, 62*(3), 355-360

Smedley, B.D., Stiths, S.Y., Nelson, A.R. (2002) *Institute of unequal treatment : confronting racial and ethnic disparities in health care*, Washington D.C. : National Academy Press

Smith, E.R., Mackie, D.M. (2007) *Social psychology*, New York : Psychology Press (3ème ed)

Smith, H.L. (1955) *Two lines of authority are one too many*, Modern Hospitals, 84, 59-64

Softic S., Fontaine, A. (2002) *Rapport d'enquête : les difficultés d'accès aux soins dentaires pour les bénéficiaires des CMU et AME dans 11 villes de France*, Médecins du Monde

Spector, P.E. (1994) Using self-reported questionnaires in OB research : a comment on the use of a controversial method, *Journal of Organizationnal Behavior, 15*(5), 385-392

Spector, P.E. (2008) *Industrial and Organizational Behavior*, (5ème edition), USA : Willey

Sperandio, J.C. (1972) Charge de travail et régulation des processus opératoires, *Le travail humain, 35* (1), pp 85-98

Sprivulis, P., Da Silva, J., Jacobs, I.G., Frazer, A.R.L., Jelinek, G.A. (2006) The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via western Australian emergency departments, *Medical Journal of Australia, 184*(5), 208-212

Stangor, C. (2009). The Study of Stereotyping, Prejudice and Discrimination within Social Psychology: A Quick History of Theory and Research. In T. D. Nelson (Ed.), *Handbook of Prejudice*, pp 1-22 Mahwah, NJ: Erlbaum.

Stanton, N.A., Dunoyer, A., Leatherland, A. (2010) Detection of new in-path targets by drivers using Stop and Go Adaptative Cruise Control, *Applied ergonomics, 42*(4), 592-601

Surault, P. (2010) Santé mentale et déterminants sociaux, *L’Encéphale, 36*(3), 27-32

Tajfel, H, Flament, C, Billig, M., Bundy, R.P. (1971) Social categorization and behaviour, *European Journal of Social Psychology, 1*, 149-178

Tajfel, H. (1984) Intergroup relations, social myths and social justice in social psychology, In H. Tajfel (Ed) *The social dimension. Volume 2*, pp 695-715, Cambridge : Cambridge University Press

Tajfel, H., Turner, C., (1986) The social identity theory of intergroup behaviour, In S., Worchel W.G. Austin (Eds) *Psychology of intergroup relations*, pp 7-24, Chicago, MI : Nelson-Hall

Tarnow-Mordi, W., Hau, C., Warden, A., Shearer, A.J. (2000) Hospital mortality in relation to staff workload : a 4 year study in an adult intensive-care unit, *Lancet, 356*, 185

Teng, C.I., Lotus Shyu, Y.I., Chiou, W.K., Fan, H.C., Man Lan, S. (2010) Interactive effects of nurse – experienced time pressure and burnout on patient safety : a cross sectional survey, *International Journal of Nursing Studies, 47*(11), 1442-1450

Tenon J.R. (1791) *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Paris : Chez Royer

Terraneo, F., Seferdjeli, L., Diby, M. (2010) Le ―tour de lit" aux soins intensifs : représentations et prise d'informations, *Le Travail Humain, 73*(4), 339-359

Thorpe, E., Decock, G. (2004) La discrimination fondée sur l'âge en Europe, *Gérontologie et société, 111*(4), 207-223.

Todd, K.H., Deaton, C., D'Adamo, A.P., Goe, L. (2000) Ethnicity and analgesic practice. *Annals of Emergency Medicine, 35(*1), 11-16

Todorov, A. Harris, L.T., FIske, S.T. (2006) Toward socially inspired social neuroscience, *Brain Research, 1079*(1), 76-85

Tsai, J.C.H., Liang, Y.W., Pearson, W.S. (2010) Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems : patient preference and emergency department convenience. *Journal of the Formosan Medical Association, 109*(7), 533-542

Tual, S., Godart, P., Bousquet, J., Annesi-Maesano, I. (2008) Diminution de la mortalité par asthme en France, *Revue des Maladies Respiratoires, 25*(7), 814-820

Tummers, G., Van Merode, F., Lancerweerd, A.B., Candel, M. (2003) Individual-Level and Group-Level Relationships Between Organizational Characteristics, Work Characteristics, and Psychological Work Reactions in Nursing Work: A Multilevel Study, *International Journal of Stress Management, 10*(2), 111-136

Turnock, C. (1991) Communicating with patients in ICU, *Nurs Standard, 5*(15), 38-40

Underwood, W., De Monner, S., Ubel, P., Fagerlin, A., Sanda, M.G., Wei, J.T. (2004) Re :Racial / ethnic disparities in the treatment of localized/regional prostate cancer, *The Journal of Urology, 172*(4), 1547-1548

Vaccarino, V., Rathore, S.S., Wenger, N.K., National Registry of Myocardial Infarction Investigators (2005) Sex and Racial Differences in the Management

of Acute Myocardial Infarction, 1994 through 2002, *ACC Current Journal Review, 14*(12), 5-6

Vallée, J., Cadot, E., Grillo, F., Parizot, I., Chauvin, P. (2010) The combiner effects of activity space and neighbourhood of residence on particpation in preventive health-care activities : the case of cervical screening in the Paris metropolitan area, *Health and place, 16*(5), 838-852

Van Ryn, M., Burgess, D., Malat, J., Griffin, J. (2006) Physicians perception of patients‘ social and behaviour characteristics and race disparities in treatment recommendations for men with coronary artery disease. *American Journal of Public Health, 96*, 351-357

Vega, A. (2000) *Une ethnologue à l'hôpital – l'ambiguïté du quotidien*. Paris : Edition des archives contemporaines

Vicca, A.F. (1999) Nursing staff workload as a determinant of methicillin-resistant Staphylococcus aureus spread in an adult intensive therapy unit, *Journal of Hospital Infection, 43*(2), 109-113

Vidulich, M.A., Wickens, C.D. (1986) Causes of dissociation between subjective workload measures and performance : Caveats for the use of subjective assessments, *Applied Ergonomics, 17,* 291-296

Wagner, J.A., White Perkins, D., Piette, J.D., Lipton, B., Aikens, J.E. (2009) Racial difference in the discussion and treatment of depressive symptoms accompanying type 2 diabetes. *Diabete Research and Clinical Practice, 86*, 111-116

Wears, R.L., Perry, S.J. (2007) Human factors and ergonomics in the emergency department, In P., Carayon (Ed) *Handbook of human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety,* pp 851-863, New York : Taylor and Francis

Weinger, M.B., Vredenburgh, A.G., Schuman, C.M., Macario, A., Williams, K.J., Kalsher, M.J., Smith, B., Truong, P.C., Kim, A. (2000) Quantitative description of the workload associated with airway management procedures, *Journal of Clinical Anesthesia, 12*, 273-282

Welford, A.T. (2007) La charge mentale comme fonction des exigences de la capacité stratégie et de l‘habileté, In, J., Leplat (Ed) *L'analyse du travail en psychologie ergonomique – Tome 1*, Toulouse : Octares

Williams, D.R., Lavizzo-Mourey, R., Warren, R.C. (1994) The concept of race and health status in America, *Public Health Report, 109*(1), 29-41

Witzig, R. (1996) The medicalization of race:Scientific legitimization of a flawed social construct. *Annals of Internal Medicine, 125*, 675-679

Yeung, S.S., Genaidy, A., Deddens, J., Sauter, S. (2005) The relationship between protective and risk characteristics of acting and experienced workload, and musculoskeletal disorder cases among nurses, *Journal of Safety Research, 36*, (1), 85-95

Young, G., Zavelina, L., Hooper, V. (2008) Assesment of Workload using NASA Task Load Index in Perianesthesia Nursing, *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 23*(2), 102-110

Young, M.S., Mahfoud, J.M., Stanton, N.A., Salmon, P.M., Jenkins, D.P., Walker, G.H. (2009) Conflicts of interest : the implication of roadside advertising for driver attention, *Transportation Research, Part F, 12*, 381-388

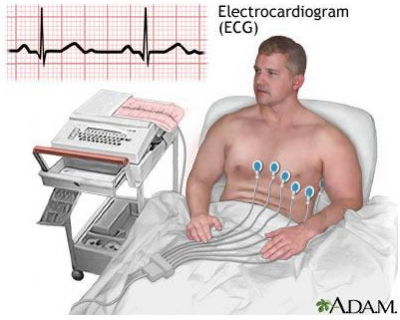
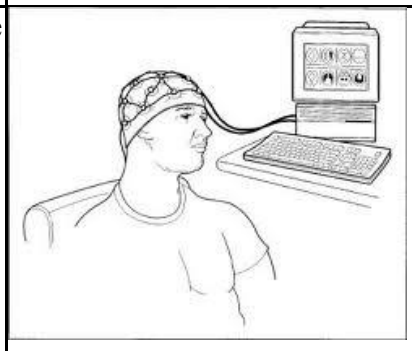
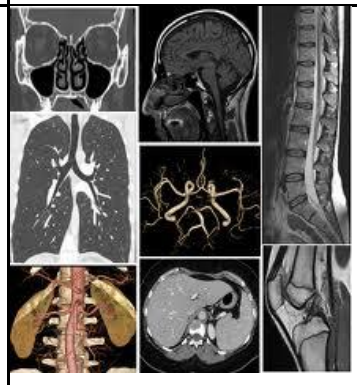
Zimmerman, F. (2005) Help-Seeking for Child Mental Health Problems: Evidence from a National Sample, *Health Services Research, 40*(5), 1514-1533

Zweig, S., Lawhorne, L. (2001) Improving the Quality of Nurse Assistants in Nursing Homes: Report of an Attending Physician Survey and an AMDA Symposium, *Journal of the American Medical Directors Association, 2*(4), 141-145

LEXIQUE DES TERMES MEDICAUX UTILISES

1. Les examens pratiqués et observés

Terme	Explication	Illustration
BU (Bandelette urinaire)	méthode d'analyse des urines en utilisant une bandelette comprenant divers réacteurs chimiques permettant de mesurer, entre autre, le Ph	
Dextro	test déterminant le taux de sucre dans le sang en prélevant une goutte de sang au bout d'un doigt puis en la plaçant sur une languette permettant à un appareil de déterminer le taux de sucre en quelques secondes.	

Terme	Explication	Illustration
ECG (Electro-Cardio Gramme)	test mesurant les rythmes du coeur en plaçant des électrodes à divers endroits du corps.	
EEG (Electro-Encéphalo Gramme)	test mesurant l'activité cérébrale en plaçant des électrodes sur la tête du patient.	
Prise de sang	acte médical de prélèvement de sang pour des examens en laboratoire	
Radio	ensemble des techniques pour observer l'état des structures internes du patient : scanner, radiographie, IRM, radioscopie notamment	

Terme	Explication	Illustration
Sat (saturation)	moyen de mesure de l‘oxymétrie (taux d‘oxygène dans le sang) en plaçant le bout du doigt dans un capteur qui détermine le taux d‘oxygène d‘après la couleur du sang. Les soignants peuvent surveiller l‘évolution de la saturation en oxygène.	
Température	mesure da la température du corps	
Tension	mesure de la pression artérielle	

2. Les pathologies et soins évoqués (théories et observations de terrains)

- *Angiographie coronaire* : technique d'imagerie permettant de visualiser les vaisseaux sanguins
- *Asthme* : gêne respiratoire
- *Cancer* : pathologie caractérisée par la prolifération importante de cellules
- *Hépatite* : inflammation du foie
- *Hypertension* : augmentation de la tension
- *Hyperthermie* : augmentation de la température corporelle
- *Méningite* : inflammation des membranes entourant le système nerveux central, souvent d'origine infectieuse
- *Ostéoporose* : perte de densité et de résistance osseuse favorisant les fractures
- *Palu* : maladie infectieuse due à un parasite
- *Pontage coronarien* : chirurgie cardiaque visant à utiliser un vaisseau sanguin pour contourner l'artère coronaire
- *Prostatectomie* : ablation de la prostate
- *Thérapie par radiation* : destruction de cellules cancéreuse par l'utilisation de radiations
- *Thrombose coronaire* : caillot sanguin dans l'artère coronaire

3. Epidémiologie

- *Morbidité* : nombre de personnes atteinte par une maladie donnée
- *Mortalité* : nombre de décès sur une période donnée

LEXIQUE DES SIGLES

AD : Assitant-Dentaire

AME : Assurance Médicale d'Etat

AS : Aide-soignant

ASH : Agent de Service Hospitalier

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUc : Complémentaire de la Couverture Maladie Universelle

CPS : Caractéristiques Psychosociales Stigmatisées

E : Effort (dimension du NASA-TLX

EM : Exigence Mentale (dimension du NASA-TLX)

EP : Exigence Physique (dimension du NASA-TLX)

ET : Exigence Temporelle (dimension du NASA-TLX)

F : Frustration (dimension du NASA-TLX)

HALDE : Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

ISO : chambre d'isolement

MG : Médecin Général

MH : Médecin Hospitalier

P : Performance (dimension du NASA-TLX)

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

SDF : Sans Domicile Fixe

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX, SCHÉMAS, GRAPHIQUES

Tableau 2.1 : Présentation des *testings* mesurant les taux de refus de soins 24

Tableau 2.2 : Synthèse des représentations et attitudes des professionnels, selon la proportion de patients CMU/AME dans leur patientèle 28

Graphique 2.1 : Nombre de publications totales sur les disparités de soins par année 30

Graphique 2.2 : Nombre d'études françaises traitant des disparités de santé par année 31

Graphique 2.3 : Nombre de publications par critère de disparité, comparaison entre les études françaises et américaines..... 34

Schéma 2.1 : Caractère discriminatoire ou non discriminatoire des refus de soins .. 41

Tableau 2.3 : Recensement du salaire moyen et des personnes sans assurance maladie, selon leur ethnie et leur statut natif/étranger (U.S. Censure, 2010) 42

Schéma 2.2. : Causes de variations dans les soins..... 43

Schéma 2.2 : Facteurs impliqués dans la charge de travail, d'après DiDomenico et Nussbaum, 2008 47

Schéma 2.4 : Influence du travail sur la charge de travail et réciproque, d'après Chanquoy, Tricot & Sweller, 2007..... 49

Schéma 2.5 : Boucle de régulation simple, Leplat, 2000 53

Schéma 2.6 : Schéma de la régulation du travail selon la charge de travail (Sperandio, 1972) 54

Schéma 2.7. Facteurs impliqués dans la charge de travail des soignants, d'après Morris, Mac Neela, Scott, Treacy et Hyde, 2007 58

Schéma 2.8. Conséquences de la charge de travail, adapté de Carayon et Gürses, 2005 62

Schéma 2.9 : Discrimination dans les soins selon la charge de travail et le facteur patient 65

Schéma 2.10 : Typologie des patients selon leur impact sur la charge de travail 69

Schéma 3.1 : Présentation des hypothèses générales 1 et 2 : la conception des discriminations en milieu médical est différente selon le secteur d'activité 72

Schéma 3.2 : Présentation de l'hypothèse 3 : explication des difficultés au travail selon le comportement et les caractéristiques des patients..... 74

Schéma 3.3 : Présentation de l'hypothèse 4 : contribution à la charge de travail de différents facteurs 75

Schéma 3.4 : Présentation de l'hypothèse 5 : la charge de travail est le facteur le plus contributif à la discrimination..... 76

Schéma 3.5 : Présentation des hypothèses générales..... 77

Tableau 4.1 : Récapitulatif des hypothèses de l'étude 1 85

Graphique 4.1 : Pourcentages de locuteurs évoquant les comportements discriminatoires..... 90

Graphique 4.2 : Pourcentages de locuteurs évoquant les différents patients discriminés..... 92

Tableau 4.2 : Validation des hypothèses de l'étude 1 96

Schéma 4.1 : Schéma des discriminations selon les préoccupations et le secteur d'exercice..... 96

Tableau 4.3 : Tableau récapitulatif des hypothèses sur les facteurs de difficultés au travail venant des patients..... 98

Graphique 4.3 : Difficultés liées à l'activité selon les soignants 100

Graphique 4.4 : Catégories de patients augmentant la difficulté au travail d'après les soignants 103

Graphique 4.5 : Comportements des patients augmentant la difficulté au travail d'après les soignants 105

Schéma 4.2 : Bons et Mauvais patients selon la technicité du soin, leur comportement et leurs caractéristiques psychosociales stigmatisées 107

Schéma 4.3 : Niveaux de difficulté évoqués par les soignants selon les comportements et les CPS des patients 109

Tableau 4.4 : Validation des hypothèses de l'étude 2 110

Tableau 4.5 : Répartition et emploi du temps pour une journée du personnel du service d'urgences bourguignon 117

Tableau 4.6 : Répartition et emploi du temps pour une journée du personnel du service d'urgences parisien..... 119

Photo 4.1 : Interface du logiciel du service d'urgences parisien 121

Schéma 4.4 : Exemple d'un item du NASA rempli par un sujet et dont la valeur est transformée en pourcentages 124

Tableau 4.7 : Seconde parie du NASA-TLX, évaluation pairée des dimensions.... 125

Tableau 4.8 : Exemple des scores d'un sujet au NASA-TLX 126

Tableau 4.9 : Description de l'échantillon de soignants..... 136

Tableau 4.10 : Descriptif des situations observées..... 138

Tableau 4.11 : Description de l'échantillon de patients 140

Graphique 4.6 : Moyenne des scores de charge de travail, sur les 6 dimensions du NASA-TLX, la charge moyenne et le niveau pondéré de la charge. .....

Graphique 4.7 : Comparaison des niveaux de charge par dimension avec les résultats de recherches dans d'autres domaines 144

Graphique 4.8 : Niveaux de charge de travail perçue sur chaque dimension selon l'hôpital 145

Tableau 4.12 : Variation aux scores de charge de travail selon l'activité 146

Tableau 4.13 : Lien entre les dimensions du NASA et les évaluations des soignants concernant le comportement des patients 148

Graphique 4.9 : Comparaison des scores aux dimensions du NASA entre l'ensemble des observations et les scores de la situation 145, arrondis au point le plus proche 150

Tableau 4.13 : Lien entre les dimensions du NASA et les évaluations des soignants concernant la difficulté de la communication avec le patient 152

Graphique 4.10 : Comparaison des scores aux dimensions du NASA entre l'ensemble des observations et les scores de la situation 43, arrondis au point le plus proche 153

Tableau 4.15 : Variations de charge de travail selon les caractéristiques psychosociales stigmatisées des patients évaluées par l'observateur 156

Schéma 4.5 : Synthèse de l'impact des caractéristiques des patients sur la charge de travail perçue par les soignants. 160

Tableau 4.16 : Part de variance expliquée par le modèle le plus prédictif de la dimension Exigence Mentale 162

Tableau 4.17 : Coefficients de régression par item dans le modèle le plus explicatif des variations de la dimension Exigence Mentale 162

Tableau 4.18 : Part de variance expliquée par le modèle le plus prédictif de la dimension Exigence Physique 162

Tableau 4.19 : Coefficients de régression par item dans le modèle le plus explicatif des variations de la dimension Exigence Physique 163

Tableau 4.20 : Part de variance expliquée par le modèle le plus prédictif de la dimension Exigence Temporelle 164

Tableau 4.21 : Coefficients de régression par item dans le modèle le plus explicatif des variations de la dimension Exigence Temporelle 164

Tableau 4.22 : Part de variance expliquée par le modèle le plus prédictif de la dimension Performance 164

Tableau 4.23 : Part de variance expliquée par le modèle le plus prédictif de la dimension Effort 165

Tableau 4.24 : Coefficients de régression par item dans le modèle le plus explicatif des variations de la dimension Effort 165

Tableau 4.25 : Part de variance expliquée par le modèle le plus prédictif de la dimension Frustration 166

Tableau 4.26 : Coefficients de régression par item dans le modèle le plus explicatif des variations de la dimension Frustration 166

Tableau 4.27 : Part de variance expliquée par le modèle le plus prédictif

de la charge de travail en utilisant le score moyen 167

Tableau 4.28 : Coefficients de régression par item dans le modèle le plus explicatif des variations de la charge de travail, en utilisant le score moyen 167

Tableau 4.29 : Part de variance expliquée par le modèle le plus prédictif de la charge de travail en utilisant le score pondéré 168

Tableau 4.30 : Coefficients de régression par item dans le modèle le plus explicatif des variations de la charge de travail, en utilisant le score pondéré 168

Tableau 4.31 : Récapitulatif de la contribution (β) des variables pour chaque dimension du NASA 169

Tableau 4.32 : Variations de comportement du soignant envers le patient selon les différences intergroupe de genre, χ^2 de Pearson 173

Tableau 4.33 : Variations de comportement du soignant envers le patient selon les différences intergroupe d'âge, test du χ^2 175

Tableau 4.34 : Variations de comportement du soignant envers le patient selon les différences intergroupe d'origine, χ^2 de Pearson 177

Tableau 4.35 : Recensement des discriminations observées dans les soins 179

Tableau 4.36 : Variations de comportement du soignant envers le patient selon les caractéristiques des patients, χ^2 de Pearson 181

Tableau 4.37 : Variations de comportement du soignant envers le patient selon le comportement des patients, test de Mann-Whitney 187

Tableau 4.38 : Variations de comportement du soignant envers le patient selon les difficultés de communication, test de Mann-Whitney 191

Tableau 4.39 : Comportements discriminatoires observés selon les difficultés liées aux patients 193

Tableau 4.40 : Variations des comportements des soignants selon l'activité, test de Student 195

Tableau 4.41 : Comportements discriminatoires observés selon l'activité 197

Tableau 4.42 : Comportements différents selon le niveau faible ou élevé de charge 199

Tableau 4.43 : Comportements discriminatoires observés selon l'activité 206

Tableau 4.44 : Comparaison des niveaux de charge selon les comportements discriminatoires observés 207

Schéma 4.6 : Implication d'une variable tierce dans le lien entre charge de travail et discrimination 210

Schéma 4.7 : Impact des facteurs étudiés sur la discrimination 211