

Les besoins de santé du personnel du C.H.U. de Liège

Le personnel hospitalier est confronté à de nombreux risques pour la santé (1); ceux-ci diffèrent toutefois selon leur degré de spécificité. Ainsi, certains risques très spécifiques concernent des catégories précises de travailleurs (exposition à des agents chimiques, physiques, infectieux) tandis qu'il existe une série de risques plus généraux auxquels sont soumis l'ensemble des travailleurs de l'hôpital (burn-out par exemple) (2-4). Les contraintes liées à l'organisation du travail en hôpital peuvent également influencer de façon importante la santé globale du personnel par leur action sur des comportements de santé tels que le tabagisme, les comportements alimentaires (5-7), la pratique régulière d'une activité physique, etc.

L'étude décrite dans cet article, a pour caractéristique justement de prendre en compte ces besoins de santé plus généraux; elle s'intègre dans le programme du réseau belge francophone des «Hôpitaux promoteurs de santé» (8).

Programme de la recherche

Objectifs généraux et spécifiques

Cette recherche a pour objectif général d'identifier les besoins en matière de santé du personnel hospitalier. Cette phase de diagnostic est nécessaire pour établir des priorités d'action. Elle constitue également la première étape d'un processus de mobilisation du personnel et de la hiérarchie en faveur de la promotion de la santé à l'hôpital.

Une telle analyse doit permettre de déboucher sur :

- la confrontation des perceptions de l'encadrement et du personnel quant à ces besoins;
- la définition de priorités qui fassent l'objet d'un large consensus.

Pour réaliser cet objectif général, deux objectifs spécifiques ont été définis :

- réaliser par des méthodes qualitatives une analyse exploratoire de l'expression de ces besoins auprès des différentes catégories de personnel d'un C.H.U.;
- mettre au point un instrument d'analyse des besoins du personnel plus léger, pertinent et généralisable à l'ensemble des hôpitaux.

Dans la suite de cet article, nous ne parlerons que de l'analyse qualitative des besoins réalisée auprès du personnel du CHU de Liège.

Méthodes

Au CHU de Liège, cette recherche bénéficie de la supervision d'un comité de pilotage composé du directeur médical, du responsable du service de sécurité, du responsable du service de médecine du travail, de conseillers scientifiques du service de Santé au Travail et d'Education pour la Santé de l'ULg et de la coordinatrice des actions de promotion de la santé à l'intérieur de l'hôpital.

Méthodologie générale et constitution de l'échantillon

L'enquête qualitative a été basée sur des entretiens de groupe, pour le personnel sans fonction hiérarchique, et sur des entretiens individuels, pour les responsables de service.

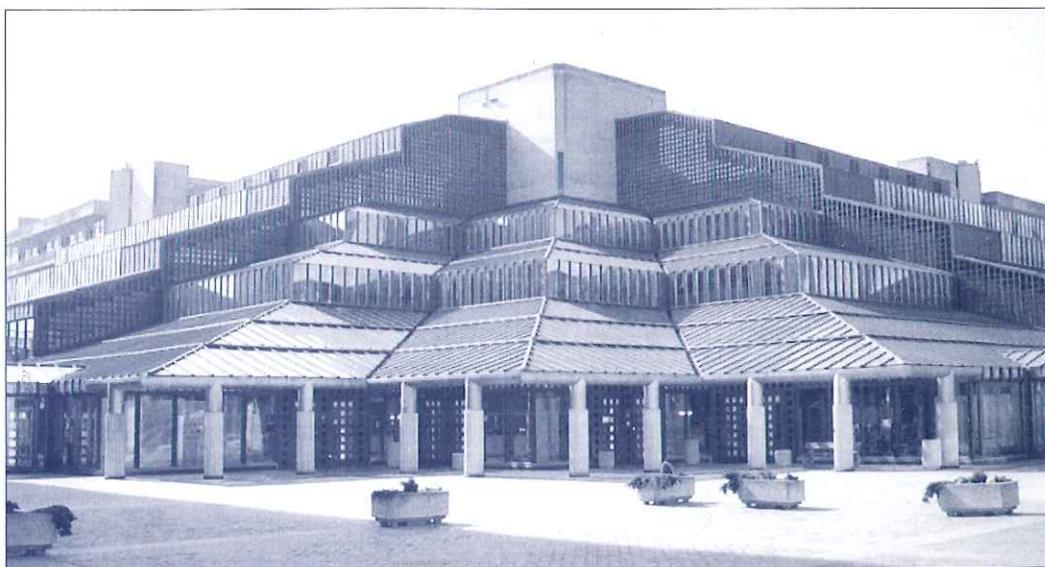
Treize catégories professionnelles ont tout d'abord été identifiées. Il a ensuite été dé-

cidé d'organiser un ou plusieurs groupes d'entretien, selon l'effectif relatif de chaque catégorie. Les critères suivants ont été utilisés pour assurer l'homogénéité des groupes : fonction, grade et type d'activités (en ce compris les contraintes imposées par celles-ci aux horaires de travail). Cette répartition avait pour but de favoriser l'expression des personnes qui partagent le même type de mission à l'hôpital et les mêmes conditions de travail et qui n'entretiennent pas entre elles de rapports hiérarchiques formels. Dans chaque catégorie, les participants ont été tirés au sort de façon aléatoire. Pour les entretiens individuels, un échantillon de 12 responsables de service a été tiré au sort à partir des listes fournies par la direction.

Le plan d'échantillonnage prévoyait d'interroger 220 personnes (10% de la population totale du personnel du CHU) réparties en 23 groupes. Dix-neuf groupes ont été interrogés, comprenant 119 personnes. Certains groupes n'ont pas pu être constitués par manque de réponse des personnes contactées.

Méthodologie des entretiens en groupes

Une psychosociologue et un médecin du travail ont animé ces entretiens. La méthode d'interview choisie était la méthode du métaplan (9) avec une série d'adaptations inspirées du diagnostic social de Montis



(10). Le plan d'entretien a été conçu pour ne pas dépasser une durée d'une heure trente. Les participants étaient invités à partager des situations portant atteinte à leur bien-être au travail ou au contraire dans lesquelles ils se sentaient particulièrement bien, à les regrouper en grands thèmes, à choisir parmi ceux-ci 5 thèmes prioritaires et à les classer, et enfin à émettre des pistes de solutions le cas échéant.

De cette manière, plusieurs niveaux d'informations étaient disponibles pour chaque groupe :

- le relevé des situations décrites;
- leur classement en grands thèmes;
- les choix et les priorités accordées par les participants;

- les pistes de solutions;
- les interventions orales des participants.

Analyse

L'analyse par thème

Les thèmes ont été répartis en quatre classes en fonction de la fréquence du choix par les participants du groupe et de leur classement des priorités:

- les thèmes prioritaires (indice de priorité moyen ≤ 3) et fréquents (considérés prioritaires par au moins la moitié du groupe);
- les thèmes prioritaires mais rares (choisis par moins de la moitié du groupe);
- les thèmes secondaires (indice de priorité moyen >3) et fréquents;

- les thèmes secondaires (indice de priorité moyen >3) et rares.

Pour structurer la présentation des résultats, les thèmes ont été regroupés en 7 domaines par l'équipe de recherche:

- l'infrastructure et la logistique;
- la protection individuelle et les services au personnel;
- la qualité et l'intérêt du travail;
- les aspects relationnels: patients et visiteurs;
- les aspects relationnels: collègues et équipe;
- les aspects relationnels: médecins et hiérarchie;
- l'organisation du travail (y compris le stress).

L'analyse par mot-clé

Les thèmes définis par les groupes sont particuliers à chacun d'eux. Ainsi un thème désigné par un même intitulé peut recouvrir des nuances, voire des réalités différentes d'un groupe à l'autre. C'est pourquoi, il a été nécessaire d'analyser le contenu des thèmes à l'aide de mots-clés, sur base de l'ensemble des informations formulées sur ce thème par les participants du groupe.

Dans une **première phase**, un ou plusieurs mots-clés ont été attribués à chaque thème.

Dans une **deuxième phase**, on a attribué trois valeurs à chaque mot-clé associé à un thème dans un groupe particulier: (a) = l'effectif du groupe concerné (b) = le nombre de personnes dans ce groupe ayant choisi le thème dans leurs priorités

(c) = le score moyen du thème c'est-à-dire la somme des indices de priorité (de 1 à 5) attribués par les participants divisé par (b) soit le nombre de participants de ce groupe l'ayant classé dans leurs priorités.

Dans une **troisième phase**, on a pu calculer les indices équivalents par mots-clés, soit

(A) = somme des a_i , c'est-à-dire total des participants des groupes où est intervenu un thème associé à ce mot-clé;

(B) = somme des b_i , (S_{b_i}), c'est-à-dire total des participants ayant choisi ce thème dans leur sélection des priorités;

(B/A) = proportion des choix de ce mot-clé dans les groupes où il a été décelé;

(C) = score moyen du mot-clé calculé en divisant la somme des produits $b_i \cdot c_i$ par S_{b_i} .

On obtient ainsi, pour chaque mot-clé des indices qui permettent d'estimer sa

Tableau I Indices de fréquence et de priorité des mots-clés du domaine " Infrastructure "

Infrastructure Mots-clés	A	B	B/A en%	C
Locaux sans fenêtres	71	50	70	2,54
Température des locaux	54	38	70	3,00
Aération-ventilation	44	37	84	2,49
Matériel inadéquat	52	31	60	2,61
Disposition des locaux	71	30	42	2,93
Bruit	42	27	64	2,11
Propreté	42	20	48	2,45
Absence de locaux de détente	43	19	44	3,26
Exiguïté	48	19	40	2,21
Matériel insuffisant	48	17	35	3,00
Matériel en mauvais état	26	17	65	3,18
Locaux-sanitaires-vestiaires	34	16	47	3,12
Locaux-odeurs	18	13	72	2,31
Matériel-hygiène	8	5	63	3,00
Locaux-sanitaires-douches	15	4	27	4,50
Locaux-sanitaires-manque	15	4	27	4,50
Ascenseur	10	4	40	4,00
Locaux courant d'air	5	4	80	2,75
Locaux sanitaires-coin repas	4	2	50	4,50
Matériel adéquat	11	1	9	3,00
Tri déchets	5	1	20	1,00

A : nombre total de personnes composant les groupes dans lesquels un mot-clé a été évoqué

B : nombre de personnes ayant classé un thème comportant ce mot-clé dans leurs priorités

B/A : rapport des 2 nombres en %

C : rang moyen attribué à ce mot-clé sur l'ensemble de la population

fréquence absolue (B) et relative (B/A), ainsi que son importance (C = score de priorité) parmi les besoins du personnel hospitalier. Il est également possible d'évaluer dans quelle mesure fréquence et importance de chaque mot-clé sont également répartis parmi les groupes et/ou parmi les catégories professionnelles (examen de A, B, B/A ET C).

Dans une **quatrième phase**, nous avons procédé à une analyse qualitative des expressions et de leur répartition pour chacun des mots-clés. Les expressions des responsables de service sont aussi incluses dans cette phase qualitative.

Résultats

A titre d'exemple, nous présentons ci-dessous quelques éléments d'analyse réalisés à l'intérieur du domaine " Infrastructure ".

Le **tableau 1** présente les mots-clés ayant servi à décrire les discours des participants sur l'infrastructure et les différents indices calculés sur l'ensemble des groupes interrogés et associés à chacun de ces mots-clés. Nous remarquons que le mot-clé le plus fréquemment relevé est le travail dans des locaux sans fenêtres (50 citations) et qu'il est relativement prioritaire. Viennent ensuite la température des locaux et les problèmes de ventilation-aération, le problème de la ventilation étant jugé plus important (rang moyen de priorité plus bas). Les problèmes les moins fréquemment cités sont le matériel inadéquat et le tri des déchets.

La **figure 1** montre l'importance des différents mots-clés inclus dans ce thème. Dans cette figure, les mots-clés relevés dans les groupes sont classés en fonction du nombre de citations (indice B) en abscisse et du rang moyen de priorité (indice C) en ordonnée. Cette représentation graphique des indices permet de mieux visualiser les mots-clés à la fois prioritaires (rang moyen < 3) et fréquents.

Conclusions

Cette étude procédait au départ d'une démarche qualitative. La méthodologie appliquée pour la récolte d'informations (groupes homogènes, plan d'entretien) et pour leur analyse (utilisation des mots-clés et des indices) a permis d'aboutir à une sélection quantifiée de priorités pour le bien-être au travail du personnel de l'institution.

La démarche qualitative nous a permis de fournir un support, un média pour per-

mettre aux interlocuteurs des lignes hiérarchiques des différents services d'aborder ensemble certains problèmes déjà bien connus de chacun des départements.

Cette démarche est une première étape dans un processus de promotion de la santé du personnel de l'hôpital. Les résultats sont maintenant dans les mains du Comité de pilotage «Hôpital promoteur de santé» du C.H.U. pour dégager des priorités d'action. Les pistes d'action devront être déterminées par la ligne hiérarchique en collaboration avec le personnel.

Cette démarche d'analyse qualitative peut être lourde à mettre en place dans n'importe quelle institution hospitalière. C'est pourquoi les données recueillies ont permis de mettre au point un instrument d'analyse plus léger (sous forme de questionnaire) dont les items sont formulés sur base de l'expression des participants. Cet instrument, après validation, pourra être utilisé dans d'autres établissements.

Michel Muller, Chantal Vandoorne, Philippe Mairiaux, Université de Liège, Service de Santé au Travail et Education pour la Santé (STES / APES) ■

Références

1. Commissariat général à la promotion du travail. Sécurité et hygiène dans les établissements de soins. 1988. Bruxelles.
2. De Meirleir, K., Verlent, D., et De Baets, I. Stress et burn-out : Implications cliniques. in Actes de la journée d'études «Erreur humaine, stress, fatigue et burn-out... expressions de dysfonctionnements professionnels.», 69-76. 1997. Bruxelles,

Services Fédéraux des Affaires Scientifiques, Techniques et Culturelles.

3. Verschuren, R., De Groot, B., et Nosent, S. Working conditions in hospitals of the European Union. 1995. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
4. Neveu, J. P. Epuisement professionnel : recherche exploratoire en milieu hospitalier. Le travail Humain 59(2), 173-186. 1996.
5. Estryng-Behar, M., Hercberg, S., Schaller, D., Galantier, M., et Rouaud, C. Influence des horaires de travail sur l'évolution du poids du personnel hospitalier féminin. Archives des Maladies Professionnelles, 43(7), 546-547. 1982.
6. Mary, Y., Poyen, D., Sambuc, R., Gache, G., Tafani, C., Lutz, A., Hatolas, M. Ch., et Blazic, Ch. Comportement alimentaire d'agents hospitaliers : résultats d'une enquête effectuée dans un hôpital de Marseille. Archives des Maladies Professionnelles, 43(7), 549-556. 1982.
7. Poyen, D., Mary, Y., Sambuc, R., Tafani, C., et Gache, G. Résultats d'une enquête concernant l'alimentation d'agents hospitaliers travaillant de nuit. Archives des Maladies Professionnelles 43(7), 543-545. 1998.
8. Pelikan, J., Krajic, K., et Lobnig, H. Health Promoting Hospitals : developing hospitals as settings and agents for health promotion. Euronews V(1), 7-23. 1997.
9. Mucchielli, A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. 1996. Armand Colin.
10. Montis, J. B. Analyse et mesure du climat social de l'entreprise. 1976. Paris, Entreprise Moderne d'Édition.

Figure 1 Infrastructure : hiérarchisation des besoins par mot-clé

