

Evaluation des risques
psychosociaux des
professionnels impliqués dans
l'accueil des migrants en
situation de précarité.

Utilisation de l'outil DU-RPS dans une
Permanence d'Accès aux Soins de
Santé.

Table des matières

Introduction	2
Les risques psychosociaux	2
Définition.....	2
Conséquences des RPS	2
Obligation légale d'évaluation des RPS	2
Données sur les risques psychosociaux dans la population générale	3
Données sur les risques psychosociaux chez les professionnels de santé	3
Données sur les RPS des soignants et accompagnants sociaux des migrants en situation de précarité	3
La démarche d'évaluation des RPS.....	4
Les méthodes participatives	4
Les outils d'évaluation	4
Les PASS	4
Présentation du dispositif PASS.....	4
Les risques psychosociaux dans les PASS.....	4
La PASS étudiée	5
Matériel et méthode	6
Résultats.....	7
Discussion.....	16
Critique de la méthode.....	16
Des RPS liés au fonctionnement du service	17
Une mauvaise connaissance de la PASS par l'hôpital	17
Le manque de cadre et d'objectifs	17
Illustration par la question des locaux.....	18
Charge de travail	18
Manque de moyens.....	18
Des RPS en lien avec le public accueilli	19
La prise en compte d'une culture différente	19
Un public précaire	19
Un public victime de souffrances	19
Souffrance lié au parcours administratif	19
Conclusion.....	20
Références	20

Introduction

Les risques psychosociaux

Définition

La définition des risques psychosociaux la plus consensuelle est celle adoptée par le collège d'expertise sur le suivi des RPS mis en place par le ministre du Travail en 2011, communément appelé « rapport Gollac » (1)

Les risques psychosociaux sont définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental.

Pour l'INRS (2) (Institut National de Recherche et de Sécurité), les risques psychosociaux correspondent à des situations de travail où sont présents :

- Du stress,
- Des violences externes (insultes, menaces, agressions exercées dans le cadre du travail par des personnes extérieures à l'entreprise)
- Des violences internes (harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés à l'intérieur de l'entreprise)

Ce sont des risques qui peuvent être induits par l'activité elle-même ou générés par l'organisation de travail de l'entreprise.

Selon le collège d'experts, il existe six catégories de facteurs de risques psychosociaux au travail :

- L'intensité et le temps de travail
- Les exigences émotionnelles
- Le manque d'autonomie
- Les rapports sociaux dégradés
- Les conflits de valeurs
- L'insécurité de la situation de travail

Conséquences des RPS

L'état de stress n'est pas une maladie en soi mais lorsqu'il est intense et qu'il dure, il peut avoir des effets graves sur la santé physique et mentale des travailleurs concernés (3) : Hypertension, nervosité, fatigue, dépression...

Les risques psychosociaux ont également des répercussions organisationnelles et économiques pour les entreprises, et un coût pour la société dans son ensemble (4).

Obligation légale d'évaluation des RPS

L'article L.4121 du code du travail précise l'obligation pour l'employeur de protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Il revient à l'employeur d'évaluer les risques, y compris psychosociaux, et de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de ses salariés. Il a l'obligation de transcrire et mettre à jour le résultat de cette évaluation dans un document unique d'évaluation des risques professionnels.

Concernant les hôpitaux, cette obligation est indiquée dans la circulaire DGOS relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique

hospitalière. Les risques doivent être répertoriés ainsi que le plan d'actions mis en œuvre. (5). Les risques psychosociaux doivent être intégrés dans cette évaluation.

Données sur les risques psychosociaux dans la population générale

Il existe de nombreuses données sur l'exposition de la population des travailleurs aux risques psychosociaux et sur leurs conséquences :

L'Assurance Maladie-Risques professionnels a reconnu, en 2016 (6), plus de 10 000 affections psychiques au titre des accidents du travail et près de 600 au titre des maladies professionnelles. La forte augmentation de leur fréquence s'est confirmée en 2019 (7).

Le secteur médico-social est fortement touché puisqu'il concentre, à lui seul, 20 % des accidents psychiques, alors qu'il n'emploie que 10 % des salariés.

Données sur les risques psychosociaux chez les professionnels de santé

La littérature concernant l'épuisement professionnel chez le personnel médical est riche. Une méta-analyse (8) a inclus 75 articles. La prévalence du burn-out chez les soignants (38.5%) est plus élevée que celle de la population générale (25.8%). Les métiers d'infirmier, de sage-femme et d'aide-soignant apparaissent dans le top 15 des métiers les moins favorables au bien-être psychologique (9).

Données sur les RPS des soignants et accompagnants sociaux des migrants en situation de précarité

Les publications sur les risques psychosociaux liés à l'accompagnement des populations migrantes en situation de précarité sont peu nombreuses. Elles se sont plutôt intéressées aux difficultés rencontrées par les professionnels sans aborder spécifiquement la problématique des RPS.

Une étude qualitative sur les expériences et les ressentis des professionnels de santé partenaires du dispositif PASS de ville de Médecins du Monde à Marseille (10) fait état des difficultés de prise en charge des patients et d'intégration dans le circuit de soin primaire. Les conséquences de ces difficultés sur les soignants n'ont pas été recherchées.

Pourtant il existe des spécificités de prise en charge de ces populations qui pourraient exposer les professionnels qui les prennent en charge à des risques psychosociaux. Selon le COMEDE (11), la plupart des demandeurs d'asile et des réfugiés ont vécu des violences et des tortures. Les professionnels qui leur viennent en aide peuvent se trouver confrontés à un risque d'épuisement professionnel. Celui-ci est majoré lorsque la souffrance de la personne accompagnée apparaît entretenue par notre propre société qui peut être perçue comme inhospitalière vis-à-vis des migrants (Contexte social, administratif, politique). Un sentiment d'impuissance peu apparaître devant la faiblesse des moyens dont les professionnels disposent pour aider ces patients.

Différents travaux, repris dans une revue de la littérature (12), décrivent les contre transferts et les symptômes de stress traumatique chez les thérapeutes prenant en charge des patients traumatisés. Pour le COMEDE (11), les équipes confrontées au psychotrauma des patients peuvent dysfonctionner en reproduisant les éléments des problématiques de patients : perte de confiance mutuelle ; clivage des équipes en clans ; circulation empêchée de la parole ; suspicion envers les patients.

La démarche d'évaluation des RPS

Les méthodes participatives

Parmi les méthodes d'évaluation des RPS dans les entreprises, l'approche participative semble particulièrement utile (13). Elle est plus intéressante qu'une simple démarche d'expert car un groupe de salariés a une meilleure connaissance des groupes à risques de l'entreprise et facilite la transmission vers le personnel ainsi que l'appropriation des résultats.

Les outils d'évaluation

Différents outils d'évaluation ont été développés pour faciliter une démarche participative et permettre de prendre en compte les différents facteurs de risques psychosociaux.

L'outil RPS-DU développé par l'INRS (14) apporte une trame détaillée qui permet d'aborder l'ensemble des risques auxquels sont exposés les professionnels au travers d'une démarche participative. C'est l'outil qui est choisi dans notre étude et qui est détaillé au chapitre suivant. Une publication a montré l'intérêt de cet outil dans un établissement médicosocial (15). A notre connaissance, aucune publication ne fait état d'une utilisation dans un hôpital ou une structure de prise en charge de patients migrants en situation de précarité.

A l'hôpital les risques psychosociaux sont très présents et font l'objet de différentes recommandations notamment dans un rapport de l'IGAS en 2016 (16). Cependant l'évaluation de ces risques est parfois non réalisée ou de façon très formelle car complexe et très chronophage. Le rapport de l'ANACT ARACT de 2018 (17) fait état de quelques expériences intéressantes en repartant du travail des agents et dans des démarches participatives.

Les PASS

Présentation du dispositif PASS

L'organisation des PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) est définie par la CIRCULAIRE N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (18).

Selon le site de l'Agence Régionale de Santé (19), les PASS sont des dispositifs de prise en charge médico- sociale pour les personnes en situation de précarité sociale. Les PASS proposent un accueil inconditionnel et un accompagnement dans l'accès au système de santé des personnes sans couverture médicale ou avec une couverture partielle. Leur rôle est de faciliter l'accès aux soins des personnes démunies et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Elles sont implantées au sein des hôpitaux afin de disposer d'un accès aux plateaux techniques. Le budget d'une PASS est couvert par une dotation finançant les missions d'intérêt général. Les Agences Régionales de Santé vérifient, pour chaque PASS, l'adéquation entre l'activité et le montant de leur dotation.

Les risques psychosociaux dans les PASS

A notre connaissance aucune étude spécifique ne s'est intéressée aux RPS dans les PASS. Pourtant, aux risques des professionnels de santé vus plus haut, s'additionnent des risques plus spécifiques liés aux particularités du travail avec des patients migrants en situation de précarité : confrontation aux psychotraumatismes des patients ; nécessité d'adaptation au niveau médical,

social, culturel ; confrontation à la grande précarité ; confrontation aux limites de prise en charge ; questionnement sur les valeurs (20).

La PASS étudiée

Organisation

A ce jour le personnel de la PASS comprend :

Une infirmière sur 1 ETP (50% de son activité est budgétée sur le service de la PASS et 50 % sur le service des urgences mais détachée pour la PASS)

Une assistante sociale sur 0.5 ETP (le reste de son activité se fait sur d'autres services hospitaliers)

Un médecin sur 0.4 ETP (le reste de son activité a lieu dans un centre de santé polyvalent extérieur à l'hôpital et dépendant d'un CCAS)

Le cadre de proximité de la PASS est également le cadre du service social de l'hôpital

La PASS est rattachée au pôle pneumologie - réanimation – urgences -neurologie de l'hôpital.

Le service dispose de locaux dans l'hôpital principal qui ne permettent pas de recevoir du public. Les professionnels utilisent des bureaux de consultations qui sont partagés avec le Conseil Départemental dans un site du centre-ville.

Le pôle santé publique qui comprend le CLAT, le CEGIDD, le centre de vaccination et qui reçoit une grande partie des patients de la PASS est rattaché à un autre hôpital du département.

La file active des patients en 2020 était de 251 patients.

Pourquoi évaluer les risques psychosociaux dans cette PASS

Les organisations de travail dans la PASS étudiée ont beaucoup évolué au cours des 3 dernières années notamment en raison d'une mobilité du personnel. Depuis 2018, l'ensemble des postes a été concerné, avec parfois des périodes de vacances de ces postes. De profondes modifications d'organisation du travail ont eu lieu en 2020. On peut citer l'informatisation des dossiers patients, le retour dans des lieux de consultation qui avaient été abandonnés en 2018, la redéfinition du parcours patients avec la mise en place de bilans de santé systématiques, le transfert du pôle santé publique vers un autre hôpital... La crise sanitaire liée à la Covid 19 a probablement participé à allonger les délais de mise en place des organisations.

Des arrêts de travail pour syndrome d'épuisement professionnel début 2019 de deux professionnels et des tensions apparues au sein de l'équipe sont des éléments qui alertent sur la présence de risques psychosociaux. Un travail a été débuté avec l'organisation de réunions encadrées par la psychologue du travail de l'hôpital. Elles ont donné lieu à des réflexions sur l'origine des tensions, sur des situations concrètes ayant posé problèmes, sur les fiches de postes et les rôles de chacun. L'équipe s'est confrontée à l'extrême variété des problématiques. Un besoin de cadre permettant de fixer des objectifs et de mesurer l'avancée du travail a été identifié.

L'outil RPS-DU semble pouvoir répondre à ce besoin. L'objectif est d'utiliser cet outil pour évaluer les risques psychosociaux auxquels le personnel de la PASS est confronté et de pouvoir proposer un plan d'action.

Matériel et méthode

L'outil d'évaluation des risques psychosociaux choisi est l'outil RPS-DU développé par l'INRS (14). L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles est une association loi 1901, créée en 1947 sous l'égide de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Il a pour but d'acquérir et diffuser des connaissances sur la prévention des risques professionnels ainsi que de proposer des outils de prévention adaptés aux acteurs concernés. Pour aider les entreprises dans leur démarche d'évaluation des risques psychosociaux, l'INRS a créé l'outil RPS-DU. Cet outil permet d'identifier les facteurs de risques psychosociaux auxquels sont soumis les salariés dans chaque unité de travail et d'apprécier les conditions et les circonstances d'exposition à ces facteurs. Cet outil facilite l'intégration de cette évaluation dans le document unique d'évaluation des risques professionnels de l'entreprise.

Cet outil est constitué : d'une grille d'évaluation des facteurs de risques psychosociaux, d'un tableau de synthèse, d'un tableau de suivi des actions avec des exemples d'actions possibles. L'outil RPS-DU est adapté aux entreprises de plus de 50 salariés et l'évaluation se fait pour chaque unité de travail de l'entreprise. L'unité de travail n'est pas nécessairement un poste de travail, une fonction, une activité, un processus mais une situation de travail dans laquelle un ou des salariés, avec une ou des fonctions différentes ayant en charge des activités différentes, sont exposés à un même danger. Dans notre contexte le service de la PASS est considéré comme une unité de travail de « l'entreprise » hôpital. Elle comprend une infirmière, une assistante sociale et un médecin encadrés par un cadre de proximité. Le médecin, également formé à la médecine du travail, a été identifié comme pilote de cette évaluation.

L'outil RPS-DU tel que conçu par l'INRS s'intègre dans une démarche de prévention en différentes étapes comprenant : la préparation de l'intervention, l'évaluation de RPS, l'élaboration d'un plan d'action, la mise en place du plan d'action, le suivi et l'évaluation des actions.

Le présent travail s'arrête à la deuxième étape qui constitue l'évaluation des risques psychosociaux proprement dite. En effet, il appartient à l'encadrement et à la direction de déterminer quels sont les moyens de prévention à mettre en place et de proposer un plan d'action.

La première réunion regroupe l'assistante sociale, l'infirmière, le médecin, la cadre de proximité du service, la psychologue du travail de l'hôpital. Elle permet de finaliser l'étape de préparation de l'intervention. Une information sur les risques psychosociaux, une explication sur la démarche, ses étapes et ses objectifs, sont données. Un document synthétisant ces informations est distribué aux participants. La grille d'évaluation des facteurs des risques psychosociaux conçue par l'INRS est également distribuée. Celle-ci sert de trame pour les entretiens collectifs et permet à chacun de se repérer dans le déroulé.

La deuxième partie de la réunion débute par l'évaluation proprement dite en suivant la trame d'entretiens collectifs. Les différents intervenants sont invités à prendre la parole chacun leur tour. Le pilote prend en note les discussions et la psychologue du travail intervient en tant que modérateur.

La cotation du niveau d'intensité de risques est décidée de façon collégiale selon une échelle de couleurs : vert, jaune, orange et rouge définie dans la trame d'entretiens.

Avant le début des échanges, les consignes d'utilisation de l'outil indiquées par l'INRS sont rappelées :

« L'objectif des questions est de repérer les moments et les contenus précis du travail qui exposent à des risques psychosociaux ou au contraire qui en protègent.


Il est important d'avoir une description précise, concrète et factuelle des contraintes de travail, le plan d'actions en sera d'autant plus précis. Les éléments de l'activité doivent être contextualisés. Ils peuvent être quantifiés (fréquence, durée, périodicité) et qualifiés (moments et lieux, conditions précises d'occurrence).

Il ne s'agit pas de porter des jugements sur des comportements (même s'il n'est pas anormal qu'ils soient évoqués au cours de l'échange) ni de rechercher des responsabilités. »


Une deuxième réunion comprenant les mêmes participants permet de finaliser l'évaluation.

Le résultat de cette évaluation est présenté dans le chapitre suivant.





Résultats

Famille de facteurs de RPS	Niveau d'intensité des facteurs de risque	Situation concrète de travail	Pistes d'amélioration évoquées lors des entretiens collectifs
Intensité et complexité du travail			
1. Contraintes de rythmes de travail		<p>Temps partagé des professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'assistante sociale est à mi-temps à la PASS et à mi-temps sur d'autres services de l'hôpital. Il n'y a pas de temps bien séparés pour les différentes activités et il est souvent nécessaire de répondre en urgence aux différents services dont elle a la charge. Elle doit être disponible sur tous les services en même temps et à l'impression que tout se mélange. L'organisation du travail fait qu'il n'est pas possible de réserver 2 jours uniquement à la PASS. - Il existe une concentration de la charge de travail sur deux jours pour le médecin. Il est présent deux jours à la PASS et le reste du temps dans un centre de santé extérieur à l'hôpital. <p>Taches urgentes ou non programmées</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'infirmière peut organiser son planning de tâches sur la semaine mais des rencontres ou des tâches non programmées se rajoutent systématiquement et impactent le planning. - Très souvent une échéance urgente est imposée par l'hôpital pour de nombreuses tâches. Il faut répondre de façon rapide aux demandes téléphoniques et aux mails ce qui s'ajoute aux tâches en cours. <p>Charge de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le rythme de travail de l'infirmière est élevé en lien avec la multiplicité des tâches administratives et de gestion des rendez-vous qui pourraient être déléguées à une secrétaire et qui s'ajoutent aux tâches de coordinations et de soins. - Le traitement des fiches navettes doit se faire immédiatement avec interruption de la tâche en cours et il est très chronophage (rédaction, enregistrement informatique, photocopie de l'ordonnance sur photocopieuse 	<p>Temps de secrétariat identifié PASS</p> <p>Il n'existe actuellement aucun poste de secrétariat dédié à la PASS. Les secrétaires des urgences aident pour certaines tâches mais plutôt dans une optique de dépannage car elles manquent de temps pour un investissement suffisant qui permettrait réellement de soulager la charge de travail administrative. La direction ne semble pas opposée à créer ce temps mais demande une motivation chiffrée pour en évaluer la pertinence.</p> <p>Création d'une carte valable 1 mois pour remplacer les fiches navettes.</p> <p>Sur le mode de fonctionnement de la PASS de Dreux. Cette carte délivrée par la PASS aux patients qui en relèvent permettrait l'accès à la pharmacie et au plateau technique de l'hôpital. Elle serait</p>


		<p>éloignée du bureau, classement, traitement statistique). C'est une problématique quotidienne. Ces fiches permettent l'accès des bénéficiaires de la PASS sans couverture santé à la pharmacie, aux consultations spécialisées et au plateau technique de l'hôpital. Un patient peut avoir besoin de plusieurs fiches navettes différentes au cours de la même journée.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il n'y a pas d'accueil dédié qui filtre l'accès au service. Certains usagers se présentent spontanément au bureau. L'accueil, le temps de compréhension de leur demande, l'orientation se rajoutent aux tâches en cours. - Les délais d'obtention des couvertures santé se sont allongés et cela entraîne une augmentation de la charge et du rythme de travail en augmentant la file active du service. - Il est difficile de relayer certains patients vers la ville même lorsqu'ils obtiennent une couverture santé du fait de la baisse de l'offre médicale dans le secteur. Cela entraîne une surcharge d'activité à la PASS. C'est encore plus difficile pour les personnes ne parlant pas français car il n'y a pas de structure de soins de ville disposant d'un accès à l'interprétariat. 	<p>valable 1 mois et remplacerait les fiches actuelles qui ne sont valables que pour 1 acte 1 seule fois. Cela diminuerait certaines tâches redondantes, chronophages et qui occasionnent de nombreuses interruptions. Ce serait également une facilité pour les patients en leur évitant des trajets et des attentes inutiles dans les couloirs de l'hôpital.</p> <p>Inciter les partenaires à rechercher des solutions en médecine de ville en prenant en compte la problématique de l'interprétariat.</p> <p>Utiliser la mission de la PFIDASS pour trouver un médecin traitant en ville</p> <p>Faire une évaluation des besoins du territoire pour évaluer les besoins de personnels</p>
2. Niveau de précision des objectifs de travail		<p>Objectifs du service mal définis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les objectifs du service ne sont pas définis par l'hôpital. Il n'y a pas de projet de service rédigé ni de lettre de mission. La PASS ne semble pas mentionnée dans le projet d'établissement ni dans le projet social. - Il n'y a pas de lien avec l'ARS qui finance la mission de service publique. - Il n'y a pas de collectif régional des PASS qui aurait pu être porteur d'objectifs collectifs. - Le personnel de la PASS ressent le besoin d'un interlocuteur au niveau de la direction de l'hôpital. - La liaison avec les urgences est mal définie alors que c'est le service de rattachement. - Le budget alloué à la PASS pour effectuer ses missions et la part du budget consommé ne sont pas communiqués par l'hôpital <p>Rôles dans l'équipe mal définis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'infirmière n'a pas eu de transmission sur son rôle au moment de sa prise de poste. Elle n'a bénéficié que de 4 heures qui n'ont concernées que les tâches de secrétariat. Le médecin n'a pas eu de transmission car le poste médical était vacant depuis environ 1 an à son entrée en fonction. - Le médecin ne dispose pas de fiche de poste. - L'infirmière se sent obligée de prendre le rôle de suivi des statistiques, de s'assurer de la continuité de prise en charge des patients dans le service, de relancer si nécessaire les membres du service. Elle pense que ce n'est pas son rôle mais ce rôle n'est pas attribué à un autre membre de l'équipe et il ne sera pas rempli. - Lors des staffs, les tâches à réaliser par chacun sont notées mais pas toujours faites. Il se pose la question de comment vérifier l'avancée. 	<p>Réinvestissement de l'encadrement :</p> <p>Il y a eu des changements récents dans l'encadrement de proximité et supérieur qui sont l'occasion d'un réinvestissement dans le service.</p> <p>Trouver des interlocuteurs à la direction et à l'ARS. Cela permettrait de clarifier les objectifs du service</p> <p>Demander une lettre de mission. Créer une feuille de route ou un plan d'action annuel.</p> <p>Faire un rapport d'activité annuel avec les fait marquants, les changements. Le diffuser en interne et aux partenaires. Faire un copil.</p> <p>Clarifier le budget avec le contrôleur de gestion de l'hôpital.</p>
3. Adéquation des objectifs avec les moyens et les responsabilités		<p>Outils de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les outils informatiques sont mal adaptés pour s'assurer du bon suivi des patients et pour faciliter la communication entre les membres de l'équipe. Il manque des moyens de transmission, des informations entre les différents acteurs pour suivre l'avancée des prises en charge en temps réel. - Un recueil statistique est demandé par l'ARS pour allouer le budget à l'hôpital. Il manque des outils informatiques adaptés qui permettraient de répondre facilement à ce recueil. L'équipe a l'impression que le recueil n'est actuellement pas optimal bien qu'il mobilise beaucoup de temps. - Il n'existe pas d'outils de suivi et de coordination des soins des patients réellement adaptés aux particularités de la PASS. Certains outils ont dû être 	<p>Enveloppe achat unique :</p> <p>Il est possible d'utiliser cette enveloppe pour certains achats comme des casiers qui dépasseraient l'enveloppe budgétaire.</p> <p>Locaux :</p> <p>Les locaux à l'Hôtel Dieu sont bien adaptés à l'accueil du patient et facilement accessibles.</p>





		<p>créés par l'équipe en particulier par l'infirmière qui a en charge cette coordination. Mais cette création est chronophage et difficile à mettre en place. Le médecin et l'infirmière aimeraient être d'avantage aidés pour créer ces outils.</p> <p>Locaux mal adaptés La PASS occupe des bureaux à l'hôpital Louis Pasteur (l'hôpital principal en périphérie de l'agglomération) mais ils ne sont pas adaptés aux consultations médicales ni aux soins infirmiers. Le bureau infirmier-médecin n'est pas adapté à l'accueil du public. Il se situe très à distance du service social où est basé actuellement l'assistante sociale. Les consultations et soins ont lieu à l'Hôtel Dieu (site de l'hôpital situé en centre ville) où le médecin, l'infirmière et l'assistante sociale peuvent disposer chacun d'un bureau en même temps. - Avant la crise sanitaire l'infirmière et l'assistante sociale disposaient de bureaux à proximité immédiate. Bien qu'ils étaient mal adaptés à l'accueil des patients, ils avaient l'avantage de favoriser les relations d'équipe, d'éviter l'isolement, de faciliter la transmission d'informations. Depuis la crise sanitaire l'accueil des patients dans ces bureaux n'est plus possible et l'assistante sociale n'occupe plus que le bureau du service social. - Les bénéficiaires de la PASS continuent de se présenter au bureau infirmier-médecin de Louis Pasteur. La transmission d'informations ne peut plus se faire que dans le couloir. - Il n'y a pas de lieu de soins dédié à Louis Pasteur. La solution proposée est d'utiliser un box des urgences. Mais celui-ci est souvent indisponible et il est difficile de planifier son utilisation. - Le bureau alloué à la PASS à Louis Pasteur est réduit, sans ouverture vers l'extérieur et ne permet pas le déroulement des réunions hebdomadaires ou bi-hebdomadaires nécessaires à l'activité dans le respect des règles sanitaires. - Les locaux de l'Hotel Dieu sont partagés avec le Conseil Départemental, ce qui entraine des contraintes d'utilisation et une disponibilité incertaine à l'avenir. - L'infirmière travaille plusieurs jours par semaine de façon isolée sur le site de l'Hotel Dieu. Il peut arriver qu'aucun autre professionnel ne soit présent dans cette partie des locaux de l'hôpital.</p> <p>Formations - Les formations ont été facilement acceptées pour l'infirmière et le médecin. L'assistante sociale a suivi une formation sur son temps personnel.</p> <p>Intégration de la PASS dans le fonctionnement de l'hôpital - Il est très difficile d'identifier le bon interlocuteur à l'hôpital pour avoir les réponses sur les problèmes qui se présentent en raison de la multiplicité des intervenants. Par exemple la réorganisation de l'utilisation des locaux à l'Hotel Dieu nécessite l'intervention du service informatique, du service de téléphonie, du service de sécurité incendie, du service qui s'occupe des travaux, de la personne en charge des conventions et de la direction qui devra valider l'ensemble. - La PASS apparait mal identifiée à l'hôpital ainsi que son rôle et ses missions. Par exemple un budget de 12 € annuel est prévu pour l'achat des fournitures des 3 personnes qui y travaillent. Les professionnels ressentent une lassitude à devoir en permanence défendre et réexpliquer le rôle du service pour justifier des besoins.</p>	<p>L'occupation de l'ancien bureau du CLAT a été validée par oral par la direction mais non officialisée formellement. La convention pour le partage des locaux avec le Conseil Départemental est en cours de remise à jour et il n'est pas certain qu'ils pourront continuer à être occupés. Une présence à Louis Pasteur et une proximité avec les urgences a du sens. Passer d'un site à l'autre pose des problèmes d'organisation avec des oublis de matériel, de documents et peut être difficile pour certains patients. L'équipe se retrouve divisée avec parfois isolement de certains membres.</p> <p>Une réflexion pour trouver les locaux mieux adaptés à Louis Pasteur est à poursuivre.</p> <p>Communication interne à l'hôpital : Un travail de communication sur le rôle du service est nécessaire. Cela doit se faire en priorité vers les urgences et la direction. Il faudrait être présent dans les instances stratégiques. Il faudrait pouvoir présenter le rapport d'activités et montrer ce qu'on apporte à l'hôpital. Un Copil serait peut-être à créer. La PASS serait à présenter à la commission des soins.</p> <p>Dossier patient informatisé en cours de travail. Il ne répond pas encore aux besoins et le travail est à poursuivre.</p>
<p>4. Compatibilité des instructions de travail entre elles</p>		<p>- Il n'existe pas d'instruction de travail claire de la part de l'hôpital. Les professionnels se sont fixés de façon informelle leurs propres objectifs sur la qualité de travail qu'ils souhaitent atteindre. Il y a souvent une incompatibilité entre la charge de travail que cela impose et le temps disponible. Il y a parfois des désaccords sur ces objectifs.</p> <p>- Incompatibilité entre l'attente du patient et ce qui est imposé par l'administration française. L'assistante sociale est dépendante de l'Assurance Maladie pour obtenir des réponses sur ses demandes de</p>	





		<p>couverture sociale. Elle ne maîtrise ni la réponse ni le délai de réponse qui peuvent être longs et imprévisibles alors qu'elle est soumise aux demandes de réponses rapides de la part des usagers. Elle est amenée à gérer les refus, les retards ou les dysfonctionnements qui ne sont pas de son fait. Ces délais et ces incertitudes impactent l'ensemble de la prise en charge des patients et des acteurs de la PASS.</p>	
5. Gestion de la polyvalence		<p>Augmentation des tâches de secrétariat au détriment des tâches de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'infirmière se sent submergée par les tâches administratives au détriment du soin avec sentiment de perte du sens du métier. Certaines tâches se rapportent d'avantage au rôle d'une secrétaire que d'une infirmière. Par exemple la création d'identités dans le système informatique est parfois réalisée par l'infirmière, l'assistante sociale ou le médecin. Ce serait trop long d'attendre que les bénéficiaires peu habitués au fonctionnement et à se repérer à l'hôpital se rendent aux admissions (il faudrait les accompagner). De plus les admissions n'enregistrent pas tous les éléments nécessaires pour les statistiques demandées par l'ARS. A l'Hôtel Dieu lorsque des consultations non programmées ont lieu il n'y a personne d'autre pour créer une identité. Cette création d'identité occasionne une crainte de se voir reprocher des erreurs par l'administration de l'hôpital. - Il existe des interlocuteurs qui ont du mal à identifier ce qui relève du rôle du médecin à la PASS et de son rôle au centre de santé. Cela entraîne des sollicitations inappropriées de la PASS ou directement du médecin. <p>Intervention de secrétaires médicales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il a été proposé que les AMA des urgences viennent en aide à la PASS pour aider à la gestion administrative. Un temps d'1h30 par semaine pour des échanges en présentiel puis un travail en autonomie était envisagé. Il ne s'agit pas d'un temps officiellement porté sur leur activité avec un temps dédié. Ce travail se fait en plus, en fonction des possibilités. En cas de surcharge de travail aux urgences l'aide à la PASS n'est plus possible. Dans la réalité, les temps présents sont beaucoup plus rares. Les tâches qui ne peuvent être accomplies se reportent sur l'infirmière. De plus les outils de communication en dehors des temps présents ne sont pas encore pleinement satisfaisants. Leur création et leur évolutivité reste une charge de travail supplémentaire pour l'infirmière. 	<p>Temps de secrétariat identifié PASS.</p>
6. Interruption dans le travail		<p>Interruptions internes à l'hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'assistante sociale est interrompue dans son travail par ses collègues du service social en raison de la proximité des bureaux et des portes toujours ouvertes. Elles se sent moins interrompue en télétravail. - Il est difficile de ne pas décrocher le téléphone alors qu'on effectue une tâche : il existe une suspicion de la part de collègues de l'hôpital qu'on n'est pas au travail. Il peut y avoir des sous-entendus ou des réflexions des collègues. Tout le monde doit être joignable tout le temps à l'hôpital. Par exemple les personnels qui ont un DECT vont souvent déjeuner avec au self et restent joignables pour une réponse immédiate. Lorsqu'un des membres du service n'est pas joignable sur le moment, l'interlocuteur essaie de joindre un collègue pour avoir une réponse sans attendre. <p>Interruptions liées à l'accueil des usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des usagers peuvent se présenter au bureau et interrompre le travail en cours. - L'accueil téléphonique par l'infirmière, l'assistante sociale ou le médecin interrompt très fréquemment les tâches en cours. Cette interruption peut être longue et déboucher sur une nouvelle prise en charge qui s'intercale. <p>Interruptions liées à des moyens matériels inadaptés</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'entretien avec le patient est interrompu lorsqu'il faut se rendre à l'imprimante ou la photocopieuse qui se trouve très éloignée du bureau en particulier à Louis Pasteur. Lorsque des usagers se présentent pour la délivrance d'une ordonnance à la pharmacie de l'hôpital, le service de la PASS doit fournir une fiche navette. Celle-ci doit être rédigée 	<p>Imprimante multifonction commandée depuis plus d'un an</p> <p>Mise en place d'un premier accueil physique et téléphonique par une secrétaire. Réflexion nécessaire sur les locaux et le circuit du patient pour bénéficier d'un premier accueil par secrétaire du service social (comme c'est le cas à la PASS de Blois)</p> <p>Basculer la ligne vers le secrétariat du service social quand une tâche est en cours. Cela nécessite de travailler sur le rôle à jouer par la secrétaire du service social, quel niveau de réponse elle peut donner et sur la façon dont elle transmet les informations.</p> <p>Mettre sur répondeur pendant les consultations ou les tâches nécessitant beaucoup de</p>




		immédiatement et la photocopie de l'ordonnance est nécessaire. La photocopieuse se trouve très éloignée du bureau et il y a souvent des interruptions supplémentaires par les collègues croisés dans le couloir qui ont également des sollicitations. Cette problématique se retrouve dès qu'une impression ou une photocopie est nécessaire. - L'interruption est ressentie comme normale dans le métier d'infirmière et d'assistante sociale car il s'agit de fonctions de support et d'interface	concentration en attendant un meilleur fonctionnement
7. Attention et vigilance dans le travail		<p>Ecrits professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'attention est particulièrement élevée pour les écrits professionnels qui peuvent avoir des conséquences très importantes pour le patient. C'est le cas par exemple des certificats médicaux de compatibilité demandés par l'OFPRA dans le dossier de demande d'asile ou les écrits de l'assistante sociale dans les dossiers sociaux. - Les professionnels ressentent une charge mentale en lien avec l'impression de travailler dans un système biaisé. Par exemple la non-reconnaissance du droit d'asile ou un refus d'ouverture de droits au prétexte de la moindre non-conformité dans le dossier. <p>Particularités du profil des patients accueillis</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'entretien social est beaucoup plus lourd à la PASS avec des patients qui ne sont pas toujours francophones et qui sont parfois sans connaissances du système français. Il y a également beaucoup plus de réflexions sur la stratégie à mettre en place en raison de la complexité du système d'asile. - Les entretiens avec les patients non francophones en anglais ou avec un interprète téléphonique demandent une concentration plus élevée. Cela est d'autant plus difficile si l'interprète n'est pas un professionnel. Il faut décortiquer l'information, s'assurer qu'elle a bien été comprise. Ces entretiens peuvent être parasités par des commentaires non appropriés d'un interprète non professionnel, la présence d'enfant en bas âge à la consultation, la gestion administrative de la consultation, les impressions de documents à aller chercher dans un autre bureau ... - Une attention particulière est liée au fait qu'il soit plus difficile de s'assurer que le patient a compris le projet thérapeutique. Son parcours de soins peut être chargé, il reçoit beaucoup d'informations sur sa maladie, les soins, les examens, dans des lieux différents qu'il ne connaît pas, avec de nombreux papiers qu'il ne connaît pas et parfois sans aide extérieure. <p>Nécessité d'une efficacité immédiate</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le manque de temps, la nécessité d'être efficace tout de suite et de ne rien oublier entraîne un besoin de concentration très important. Par exemple, lors d'un entretien avec un patient il y a beaucoup d'informations, de rendez-vous et de documents à lui remettre et lui expliquer. Il ne faut rien oublier car ce serait source de perte de temps par la suite (rendez-vous raté et à reprogrammer, recontacter l'interprète, nouvel entretien avec le patient ...) - Pour le médecin, le jeudi concentre l'ensemble des tâches à forte attention avec l'enchaînement d'une réunion d'équipe très chargée puis des consultations mobilisant une vigilance soutenue sur l'ensemble de la journée. 	
Horaires de travail difficiles			
8. Durée hebdomadaire du travail		La durée hebdomadaire est respectée en dehors du médecin qui effectue certaines tâches de coordination sur son temps libre mais cela ne lui est pas imposé.	
9. Travail en horaires atypiques		Il n'y a pas de travail en horaire atypique.	
10. Extension de la disponibilité en dehors		Le médecin était appelé en dehors de son temps de travail mais cela est moins le cas depuis l'augmentation de son temps de travail à 2 j par semaine. Il reste des situations où la pharmacie reçoit un patient en dehors de la présence médicale et a besoin d'une information immédiate sur la délivrance d'un traitement.	

des horaires de travail			
11. Prévisibilité des horaires de travail et anticipation de leur changement		Les plannings de travail sont prévisibles.	
12. Conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle		Il existe une facilité d'organisation par l'encadrement de proximité qui est ressentie comme une reconnaissance de l'investissement de l'équipe.	
Exigences émotionnelles			
13. Tensions avec le public		<p>Inadéquation entre les demandes du public et les possibilités de la PASS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il existe des tensions liées à l'absence de réponse sur l'ouverture des droits ou sur le refus d'ouverture des droits par l'Assurance Maladie. Certains patients qui reçoivent un refus de la Sécurité Sociale sont mécontents de l'assistante sociale et lui reprochent l'absence de résultat bien que ce ne soit pas de son fait. - Les délais de réponse aux partenaires ou les délais de rendez-vous plus ou moins longs selon les périodes peuvent être sources de tensions. - L'absence de recours à certains spécialistes à l'hôpital, comme les dentistes, pour des patients qui souffrent, peuvent occasionner des tensions. - Il n'y a pas de possibilité de relayer vers d'autres professionnels quand des tensions arrivent (les bénéficiaires n'ayant pas de couverture santé et n'ayant pas d'autre interlocuteur possible en ville) - Il arrive que des patients ne viennent pas à leur rendez-vous sans avoir prévenu. Cela allonge d'autant les délais pour d'autres patients et peut occasionner une irritation des professionnels selon les circonstances. 	<p>Mettre en place un questionnaire de satisfaction</p> <p>Proposer aux usagers d'écrire un mail pour exposer leurs motifs de satisfaction ou d'insatisfaction.</p>
14. Confrontation à la souffrance d'autrui		<p>Difficultés face à la souffrance psychique</p> <p>La souffrance des patients est très souvent psychique. Les professionnels peuvent se sentir insuffisamment formés pour la prendre en charge. La PASS psychiatrique et l'EMPP qui devraient être des acteurs de première ligne ou des relais pour ces prises en charge n'ont pas accès à l'interprétariat.</p> <p>Aggravation de la confrontation à la souffrance par un contexte de charge de travail élevée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certaines semaines, l'accumulation de situations où les patients sont en grande souffrance conduit à une impression de grande fatigue voire d'impression d'effondrement psychologique des professionnels. - Il existe un manque de temps pour préparer les entretiens. Les professionnels se retrouvent confrontés à la souffrance sans avoir préparé les questions à poser ou les réponses à apporter. - Pour certaines consultations, lorsque la charge émotionnelle devient très forte les professionnels souhaiteraient la poursuivre plus tard. Mais ce n'est pas possible en raison d'un agenda déjà saturé. - Une grande disponibilité est nécessaire pour prendre en charge des patients en grande souffrance ce qui implique d'y consacrer un temps important. L'importance du travail administratif retire du temps disponible et met les professionnels en difficulté face à cette souffrance pour laquelle ils ne peuvent accorder le temps nécessaire. <p>Parfois des informations sont données par les partenaires sur les violences subies par les patients et il est possible d'en tenir compte lors de la consultation. Mais très souvent ces informations ne sont pas transmises et ces violences sont découvertes au cours de l'entretien. Cette confrontation non</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Développer le sentiment d'équipe - Interpeler le cadre de proximité ou les collègues quand une situation difficile est vécue pour se sentir moins isolé. - Consultations conjointes entre plusieurs membres de l'équipe - Consultations conjointes avec les infirmières de l'EMPP. - Mise en place de réunions d'échanges de pratiques avec d'autres équipes sous la supervision d'un professionnel de la santé mentale (d'autres PASS, EMPP). L'objectif est de travailler sur les répercussions sur les professionnels. - Possibilité de saisie directe de la psychologue du travail de l'hôpital dans des délais rapides en cas de répercussions importantes

		<p>préparée à la souffrance peut être vécue comme déstabilisante par les professionnels.</p> <p>Isolement des professionnels face à la souffrance d'autrui :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il existe un isolement géographique à l'intérieur de l'équipe du fait de l'éloignement des locaux de consultation. L'infirmière est seule à l'Hôtel Dieu plusieurs fois dans la semaine. Le bureau de l'assistante sociale et celui de l'infirmière se trouvaient côte à côte mais ce n'est plus le cas depuis la crise sanitaire et cela rend les échanges plus difficiles. - Il n'existe pas de lien avec d'autres PASS et il n'y a pas de coordination régionale des PASS. <p>Impression d'imposer une violence administrative à des patients déjà en souffrance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour constituer leur dossier de demande d'asile, les patients doivent fournir à l'OFPPRA des certificats médicaux. Pour les obtenir, ils doivent relater en détail les violences et tortures qu'ils ont subies. <p>Les consultations pour la rédaction de ces certificats sont des moments d'exposition particulière à la souffrance pour les professionnels. Cela ne s'inscrit pas dans une démarche thérapeutique dans l'intérêt psychologique des patients mais peut être une violence supplémentaire qui leur est imposée.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parfois la seule solution disponible à annoncer est un retour en arrière dans un parcours migratoire qui avait déjà occasionné un traumatisme. Par exemple, une situation a été vécue où la seule possibilité était un aller-retour au pays par voie illégale avec traversée en zodiac. <p>Impact sur les professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels se sentent parfois « hantés » par certaines situations : du fait des violences ou des tortures subies, des mutilations ... En étant les premières personnes à qui le patient s'est confié ils deviennent leurs référents et se sentent investis de tous leurs espoirs. Ils ont le sentiment que le moindre nouvel obstacle pourrait faire tomber ces patients en grande fragilité. L'impression d'être dans des impasses de prise en charge est vécue comme particulièrement déstabilisante. - Les professionnels savent qu'ils ne sont pas touchés de la même façon par la souffrance des patients selon les situations et qu'ils doivent rester à l'écoute les uns des autres pour se soutenir. - L'exposition à la souffrance des autres permet de relativiser les problèmes du quotidien vécus par les professionnels. <p>Le fait de passer d'une consultation à l'autre d'une prise en charge bénigne à une souffrance majeure crée un contraste qui souligne la souffrance. Par exemple on peut passer d'un vaccin à une situation de traite des femmes.</p>	
<p>15. Maîtrise des émotions</p>		<p>La maîtrise des émotions est nécessaire dans la démarche de soin ou d'accompagnement social :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels doivent trouver de l'énergie pour en redonner un peu aux patients. Ils ne doivent pas perdre espoir pour relancer de nouvelles démarches même quand il y a des blocages. - La prise en charge des souffrances psychologiques des patients nécessite de maîtriser ses émotions pour rester dans une attitude thérapeutique. - Il y a parfois des émotions de joies qui ont moins besoin d'être maîtrisées par exemple à la naissance d'un enfant. <p>La maîtrise des émotions dans les relations professionnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La maîtrise des émotions est plus difficile lorsqu'elles sont causées par d'autres professionnels qui n'auraient pas un comportement adapté vis-à-vis des patients. Des comportements de professionnels extérieurs au service donnent parfois l'impression que les patients de la PASS sont gênants. Il est arrivé que des comportements apparaissent comme racistes. La capacité de maîtrise des émotions dans ces circonstances peut être dépassée et des énervements peuvent apparaître. - Les professionnels doivent maîtriser leurs émotions dans les relations avec l'institution hospitalière ou les autres services. Il y a souvent une attitude de 	<p>Information des professionnels extérieurs au service aux problématiques de la précarité et de la transculturalité.</p> <p>Les professionnels extérieurs à la PASS ne sont pas toujours armés face aux problématiques liées à la transculturalité et peuvent être victimes de stéréotypes et de clichés. Cela peut aussi être le rôle de la PASS de les accompagner et de les former. Par exemple certaines sages-femmes sont demandeuses de cette expertise de la PASS.</p> <p>- Faire appel à l'encadrement quand des comportements non appropriés sont constatés</p>

		négociation voir de séduction pour faciliter des interactions non encore cadrées.	
Faible autonomie au travail			
16. Autonomie dans la tâche		<p>Manque de directive claire et manque d'information sur les cadres d'organisation : En l'absence de directive de l'hôpital sur l'organisation de la PASS, celle-ci a été laissée aux professionnels du service. Ce contraste entre un système hospitalier très contraignant et un manque de cadre organisationnel à la PASS a parfois été vécu comme un abandon. Il ne s'agit pas forcément d'une liberté d'organisation mais parfois d'une absence de communication sur les contraintes. Celles-ci viennent finalement se heurter aux efforts d'organisation des personnels. Par exemple, au début de la crise sanitaire, le personnel a réinvesti des locaux anciennement utilisés pour poursuivre ses consultations en tenant compte des nouvelles contraintes. Cette organisation n'était pas compatible avec une convention d'utilisation des locaux qui n'a été connue qu'après.</p> <p>- L'équipe s'est créée ses outils de travail en autonomie mais s'est aussi créée ses propres contraintes.</p> <p>Dépendance entre infirmière / médecin / assistante sociale : - L'avancée du travail de l'infirmière est dépendante du traitement de certaines situations par le médecin ou l'assistante sociale. Les entretiens communs entre les patients, l'infirmière et l'assistante sociale étaient réalisés auparavant et permettaient d'avancer en même temps sur la prise en charge des patients sans être dépendant des retours de chacun. Ce n'est plus possible depuis l'inaccessibilité de certains locaux du fait des contraintes sanitaires. Il n'y a pas de vision sur le planning d'occupation de locaux alternatifs au-delà d'une semaine qui permettrait de trouver des solutions. - Il existe des difficultés dans les transmissions nécessaires à la prise en charge des patients au sein de l'équipe. L'attente de ces transmissions occasionne des blocages en attendant de les obtenir. Parfois celles-ci ne sont pas facilement compréhensibles et peuvent occasionner une erreur d'interprétation par des professionnels de formations différentes. - Il existe une dépendance de l'assistante sociale vis-à-vis des décisions de l'Assurance Maladie ou de la décision concernant les demandes d'asile.</p>	<p>Recours plus fréquents aux entretiens communs des patients avec l'infirmière et l'assistante sociale. Les informations sont partagées en temps réel. Un bureau adapté doit être disponible (aux urgences psychiatriques ?) Du temps commun doit être trouvé en évitant de réserver une journée entière car ce serait trop lourd.</p> <p>Travail sur la transmission d'information à l'intérieur de l'équipe (dossier informatique à améliorer).</p>
17. Autonomie temporelle		Il existe une autonomie d'organisation temporelle de l'équipe. Cependant celle-ci peut être contrainte par la charge de travail à répartir des motifs urgents de consultations .	S'appuyer sur les consultations non programmées des urgences. Travail de construction des relations à poursuivre.
18. Utilisation et développement des compétences		Le ressenti est très différent selon les professionnels. L'assistante sociale et le médecin se sentent en pleine capacité d'utiliser leurs compétences et d'en acquérir de nouvelles. L'infirmière se sent bridée par les tâches administratives qui l'empêchent d'aller plus loin dans l'utilisation et l'acquisition de compétences.	
Rapports sociaux au travail dégradés			
19. Soutien de la part des collègues		Les professionnels du service ont des formations et des fonctions spécifiques et ne peuvent se remplacer les uns les autres pour une grande partie du travail. Répartition de certaines tâches Au cours des évolutions d'organisation liées à la crise sanitaires, certaines tâches qui étaient partagées se sont portées davantage sur l'infirmière. (Gestion de la salle d'attente, répondre au téléphone ou gérer le répondeur ...)	<p>Entretien en commun infirmière/ assistante sociale.</p> <p>Travail sur la répartition des tâches (réponse au téléphone, au mail).</p> <p>Travail sur les congés Faire un planning.</p>

20. Soutien de la part des supérieurs hiérarchiques		L'encadrement de proximité est très investi et très disponible en cas de difficulté. L'encadrement supérieur vient de prendre ses fonctions mais répond facilement aux sollicitations.	Interpeller davantage d'encadrement supérieur.
21. Désaccords professionnels		Il existe un flou sur le rôle de chacun, sur la distribution du travail, sur les limites d'intervention et cela est cause de désaccord professionnel. Il existe une problématique récurrente concernant la couverture santé des patients. Sa mise en place et l'information la concernant est du rôle de l'assistante sociale mais elle a un impact direct sur la stratégie de soin. L'infirmière a besoin d'information sur la couverture sociale du patient au moment où elle le voit pour qu'elle organise avec lui son parcours de soin en fonction des prescriptions médicales. Seule l'assistante sociale peut accéder aux informations sur l'effectivité des droits et devrait se charger d'informer le patient. Cependant des contraintes techniques font qu'il n'est pas toujours possible d'obtenir cette information immédiatement. L'assistante sociale peut être prise par d'autres tâches par exemple dans un autre service. Elle est souvent éloignée géographiquement du lieu de consultation. L'infirmière peut ne pas avoir ces informations et se trouver en porte à faux. Différences d'interprétation par les professionnels - Il existe aussi des différences d'interprétation par les professionnels dans ce que le patient a compris de sa couverture santé et de ses droits. Par exemple l'assistante sociale pense avoir informé totalement le patient sur sa couverture santé et que celui-ci a compris les informations mais celui-ci interroge l'infirmière lors de leur entretien. - La technicité du travail social fait que des notions paraissent parfois abstraites aux professionnels de soins. Certains termes peuvent parfois être mal interprétés avec un risque de transmission d'informations erronées aux patients ou de propositions de prise en charge inadaptées. - Il existe des discussions internes sur quels patients sont inclus dans le dispositif, jusqu'où on les prend en charge. Il y a parfois des points de vue différents selon les corps de métiers.	Entretien en commun infirmière assistante sociale.
22. Reconnaissance dans le travail		Reconnaissance symbolique par l'institution - Le local de la PASS à Louis Pasteur est exigu et sans fenêtre et non adapté à l'accueil du public. Il est vécu comme le reflet symbolique de l'exclusion des patients de la PASS. - Il n'y a pas mention de la PASS ni du médecin dans la liste des praticiens de l'hôpital sur le site internet de l'hôpital. Reconnaissance des chiffres mais pas de la qualité du travail - L'équipe à l'impression que les chiffres et l'aspect quantitatif comptent plus que la qualité du travail pour obtenir des quotités de temps supplémentaires. Elle a l'impression d'être à saturation, de devoir se surcharger davantage pour montrer l'importance des besoins et de devoir en plus le démontrer par un recueil statistique.	
Conflits de valeurs			
23. Qualité empêchée		Contraintes de l'administration et de la société française - Il existe parfois un déchirement entre les représentations des soignants de la PASS, les politiques migratoires, les conséquences du racisme dans la société. L'offre de soin et l'offre sociale possible n'est pas à la hauteur de ce que souhaiteraient les professionnels. Ils ont l'impression de ne pas apporter tout ce qu'ils souhaiteraient et se sentent parfois frustrés. - Il existe des dysfonctionnements des services extérieurs comme à l'Assurance Maladie qui ont des répercussions directes sur les prises en charge de la PASS. Par exemple des retards pour l'accès à une couverture sociale pour prendre en charges des soins non disponibles à l'hôpital (exemple du dentiste ou de l'IRM). Les professionnels ne savent pas si la	

		<p>demande aboutira, ni dans quel délai, ni quelle sera la réponse. Celle-ci peut ne pas être conforme avec leurs attentes et remettre en question le projet de soin du patient.</p> <p>- Des demandes des couvertures qui paraissent justifiées aux professionnels de la PASS sont parfois refusées par l'administration et entraînent des frustrations pour les professionnels et les patients. Cela interroge les professionnels sur les risques psychologiques d'emmener les patients dans une démarche qui n'aboutira pas.</p>	
24. Travail inutile		<p>Les professionnels se sentent utiles auprès des patients et se sentent reconnus par les partenaires extérieurs</p> <p>Le service des urgences reconnaît l'utilité du service social</p>	
Insécurité de l'emploi et du travail			
25. Insécurité socio-économique (emploi, salaire, carrière...)		<p>Incertitude sur les quotités de travail dédié pour la PASS</p> <p>Il existe une incertitude sur la quotité de travail attribué à la PASS pour l'infirmière.</p> <p>Le temps de l'assistante sociale est dépendant des moyens attribués au service social. Il existe des incertitudes sur le nombre de postes d'assistantes sociales pour l'hôpital.</p> <p>Le médecin est en CDD renouvelable tous les ans</p> <p>Il y a peu de perspective d'évolution de carrière pour les professionnels en dehors de l'attribution de points pour l'infirmière et l'AS.</p>	
26. Conduite du changement dans l'entreprise		<p>Depuis 2 ans, les changements de l'organisation du service sont permanents.</p> <p>Il n'y a pas de cadre de fonctionnement qui permettrait de fixer une organisation à long terme</p>	<p>Demander une lettre de mission</p> <p>Créer une feuille de route ou un plan d'action annuel</p> <p>Faire un rapport d'activité annuel avec les faits marquants, les changements.</p> <p>Le diffuser en interne et aux partenaires.</p> <p>Faire un copil.</p>

Discussion

Critique de la méthode

Les entretiens se sont déroulés au cours de deux séances de deux heures trente. Il a été possible de traiter l'ensemble des items mais les séances se sont révélées très denses et il y avait plus de digressions en fin de séances. L'organisation de trois séances plus courtes aurait permis de préserver les capacités de concentration de l'équipe. Cela était trop contraignant au niveau des agendas et cette solution n'a pas été retenue.

Nous avons choisi de considérer la PASS comme une unité de travail, c'est-à-dire comme un ensemble homogène de situations d'expositions à des dangers (14). Cela était discutable car le service est constitué de professionnels de formations différentes et ayant des fonctions distinctes et auraient pu être exposés à des dangers différents. Au cours des échanges les professionnels se sont presque toujours considérés être exposés au même niveau de risque pour les différents items du questionnaire en dehors de celui sur l'utilisation et du développement des compétences. Leur exposition aux risques psychosociaux s'est révélée plutôt homogène.

Les entretiens se sont déroulés dans l'ensemble dans une attitude d'écoute bienveillante. Les échanges sur le chapitre des désaccords professionnels ont été source de tension mais il a été possible de contourner cette difficulté en se rattachant à la trame d'entretien et en rappelant les objectifs et règles convenues au début des entretiens. La présence de la psychologue du travail qui

apportait un regard extérieur à l'équipe a sans doute participé à avoir une ambiance apaisée lors des échanges.

Des RPS liés au fonctionnement du service

Une mauvaise connaissance de la PASS par l'hôpital

Pour les membre de l'équipe, la PASS semble peu connue au sein de l'hôpital à la fois par les services et la direction. Cela est illustré par l'absence de référencement du service sur le site de l'hôpital. La seule référence au service se trouve sur le site de la ville mais les informations mentionnées sont erronées.

Pourtant les PASS apportent une véritable plus-value à l'hôpital en particulier vis-à-vis du service des urgences comme le montre l'ouvrage « Soigner (l') humain, Manifeste pour un juste soin au juste coût » (21). Même sur un plan strictement financier, prendre le temps de combiner la problématique sociale et médicale pour des personnes en situation de précarité permet de limiter les dépenses de la collectivité en diminuant le taux de créances irrécouvrables pour l'hôpital.

Cette mauvaise connaissance du service pourrait limiter l'implication de l'institution dans son fonctionnement et les moyens qu'elle lui consacre.

Des propositions émergent des entretiens pour améliorer la visibilité du service et de ses missions au sein de l'hôpital : la participation aux instances stratégiques, la présentation du service en commission des soins, la création d'un Copil, la rédaction et la communication d'un rapport d'activité annuelle.

Le manque de cadre et d'objectifs

Lors des échanges, l'équipe exprime un manque de cadre, d'objectifs dans le travail, de rôles mal définis. Le rapport de l'IGAS de 2016 (16) note également qu'un décalage est fréquemment observé entre les attentes de l'hôpital et celles des professionnels. Les documents indiquant ce qui est attendu des professionnels, ce à quoi l'institution s'engage, comme les temps prévus pour les échanges, l'évaluation et l'ajustement, sont rares.

Au-delà de grands principes communs, les PASS sont très différentes et très hétérogènes selon leurs activités, leurs organisations et les équipes qui les composent (22). Il n'y a donc pas de cadre national pouvant faire références en termes d'objectifs et d'organisation. Les coordinations régionales pourraient jouer ce rôle. En effet, pour E Piegay et J Rieucan (21), les coordinations régionales des PASS ont en charge de veiller à leur inscription institutionnelle au sein des établissements de santé avec une réelle dynamique autour de ce dispositif. Il faut de bonnes articulations entre les acteurs de la PASS, ceux de l'hôpital et ceux des champs sanitaires et sociaux du territoire. L'absence de coordination dans notre région rend plus nécessaire l'implication de l'institution hospitalière pour fixer un cadre et des objectifs.

En raison de ce manque de cadre, les entretiens révèlent des interactions mal établies avec les autres services de l'hôpital et une répartition des rôles parfois confuse entre les membres de l'équipe.

De nombreuses pistes d'améliorations sont évoquées au cours des entretiens. Il s'agit : de poursuivre le réinvestissement de l'encadrement ; de trouver des interlocuteurs à la direction et à

l'ARS ; de demander une lettre de mission à l'institution ; de créer une feuille de route ou un plan d'action annuel ; de faire un rapport d'activité ; de créer un Copil ; de clarifier le budget avec le contrôleur de gestion de l'hôpital.

Illustration par la question des locaux

La question des locaux évoquée dans les entretiens relève à la fois du manque de connaissance du service et de son manque de cadre de fonctionnement.

Pour le personnel, les locaux inadaptés dans l'hôpital principal illustre l'exclusion symbolique des patients dont ils s'occupent. Cela évoque le film documentaire sur la PASS d'Avicenne (23) dont les locaux obscurs et vétustes semblent relégués au fond de l'hôpital. L'inadaptation des locaux peut avoir pour cause la mauvaise connaissance du service et de ses besoins.

En l'absence de cadre clair de la part de l'institution les professionnels ont réinvesti des locaux du site de l'hôpital situé en centre-ville. L'objectif était de faciliter l'accès aux patients qui n'ont pas de moyens de transport et de les recevoir dans des locaux bien adaptés. Cependant cela a créé des difficultés supplémentaires qui se sont portées sur les professionnels : les problèmes d'organisation liés à la présence sur deux sites, l'éloignement de l'équipe ... Cela a également créé des difficultés liées au partage des locaux avec d'autres professionnels extérieurs à l'hôpital et qui a contraint l'institution à se saisir de cette problématique.

Charge de travail

La charge de travail apparaît comme un élément important exposant aux risques psychosociaux.

L'importance du travail administratif est vécue comme difficile à concilier avec l'activité de soin. Cela peut être rapproché d'une enquête réalisée en 2011 auprès des personnels médicaux d'établissements de santé (24). Dans cette enquête la charge des activités administratives est considérée comme trop importante pour 80% des praticiens avec un niveau d'insatisfaction de 71.8%. Ils jugent ces activités éloignées de leur domaine de compétence et pensent qu'elles devraient être prises en charge par du personnel administratif.

De nombreuses pistes d'améliorations sont évoquées au cours des entretiens. Il s'agit de disposer d'un temps de secrétariat identifié ; de limiter les interruptions en déléguant l'accueil téléphonique et physique des usagers ; d'améliorer les outils : dossier patient informatique, outil de recueil statistique, outil de coordination et de suivi des patients ; de favoriser les sorties de dispositif en incitant les partenaires à trouver des solutions en ville grâce à l'interprétariat ; d'utiliser le dispositif de la CPAM pour rechercher un médecin traitant ; de s'appuyer sur les consultations non programmées des urgences.

Manque de moyens

Le manque de connaissance par l'institution du dispositif PASS ressenti par l'équipe pourrait expliquer l'impression de manque de moyens et d'encadrement. En raison de ce manque de cadre, le personnel semble se fixer des objectifs élevés prenant en compte principalement l'intérêt des patients et non les moyens humains et matériels disponibles. Il en ressort une inadéquation entre les objectifs et les moyens, source de risques psychosociaux pour le personnel.

Ces manques ne sont pas tous en lien avec un manque de budget pour le service et pourraient être couverts par les ressources internes de l'hôpital. Par exemple en apportant un

support pour créer des outils de suivi des patients, des outils de communication dans l'équipe ou en repensant l'affectation des locaux.

Des RPS en lien avec le public accueilli

La prise en compte d'une culture différente

Les patients pris en charge à la PASS sont très fréquemment issus d'une culture différente. Pour JB Boyer, le patient en souffrance emprunte forcément à sa culture et ses valeurs quand il s'agit de s'exprimer. Ce qui change dans ce cas, c'est que cette culture et ces valeurs sont la plupart du temps inconnues des professionnels (20). Ceci nécessite un effort d'adaptation important qui ressort des entretiens.

Un public précaire

Une étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016 (25) montre que les migrants sans domicile, sans couverture maladie et en insécurité alimentaire sont davantage représentés parmi les consultants arrivés en France depuis moins d'un an. Les violences subies sont fréquemment rapportées. Ces difficultés sont retrouvées au cours des entretiens et occasionnent des problématiques de prises en charge complexes très sollicitantes pour le personnel.

Un public victime de souffrances

Dans une étude sur la violence, les vulnérabilités sociales et les troubles psychiques chez les migrants (26), 62% des personnes accueillies déclarent des antécédents de violence, 14% des antécédents de torture et 13% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle. Selon cette étude, ces violences sont fortement associées à un risque de formes graves de troubles psychiques. L'exposition à ces souffrances ressort fortement des entretiens.

Selon le COMEDE (11), il existe un risque de contagion du traumatisme dont souffrent les patients vers les personnels qui s'en occupent. Il propose d'aménager des espaces de parole et d'expression des ressentis pour limiter les risques psychosociaux des professionnels. La création de groupes d'échange de pratique ou de parole avec des personnels d'autre PASS ou d'autres équipes confrontées à ces souffrances est largement évoquée au cours des entretiens. Il ressort également la nécessité de développer la cohésion d'équipe et de rechercher les soutiens auprès de la hiérarchie en cas de difficultés. Des entretiens conjoints entre les usagers et plusieurs membres de l'équipe ou avec des membres de l'Equipe de Mobilité Précarité Psychiatrique est également évoqué.

Souffrance lié au parcours administratif

Selon le COMEDE (11), le risque d'épuisement professionnel est majoré lorsque cette souffrance apparaît entretenue par notre propre société, perçue comme inhospitalière vis-à-vis des migrants. Ces injonctions contradictoires entre ce que veulent les professionnels pour leurs patients et ce qui est imposé par l'administration française apparaît fortement dans les entretiens. L'incompréhension des refus de prise en charge ou parfois les dysfonctionnements de l'administration sont vécus comme des violences supplémentaires imposées aux patients et cela impacte fortement les professionnels.

Conclusion

Ce travail montre que l'utilisation de l'outil DU-RPS de l'INRS est pertinent pour réaliser cette évaluation au sein d'une petite équipe d'un service de santé. La méthode participative permet d'impliquer les acteurs de terrains et les amène à s'interroger sur leurs pratiques et sur les risques auxquels ils sont soumis.

Ce travail permet de ne pas se focaliser sur les individus ou sur les conflits interpersonnels qui peuvent se manifester dans un service soumis aux risques psychosociaux. Il permet de questionner l'organisation du service et ses relations avec l'institution hospitalière. Il évoque l'impression par le personnel d'un manque de connaissance du dispositif PASS. Celui-ci peut déboucher sur un manque de cadre et de moyens organisationnels, matériels et humains. Il révèle également certains risques spécifiques auxquels sont soumis les professionnels s'occupant des personnes migrantes ou en situation de précarité en particulier l'exposition aux souffrances psychiques et son aggravation par les contraintes de l'administration française.

Cette méthode d'évaluation des risques psychosociaux permet également de faire émerger des pistes d'amélioration. Ce n'est cependant qu'une première étape. Il appartient à l'encadrement et à la direction de l'hôpital de décider des moyens à mettre en œuvre pour assurer leur prévention et d'établir un plan d'actions.

Références

- 1 ASKENAZY, Philippe, BAUDELOT, Christian, BROCHARD, Patrick, *et al.* Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé*, 2011.
- 2 PONNELLE, Sandrine. Mesurer le Stress au Travail. INRS ED 5021 septembre 2013
- 3 www.inrs.fr/risques/stress Mis à jour le 05/01/2017
- 4 www.inrs.fr/risques/psychosociaux Mis à jour le 26/04/2017
- 5 Circulaire DGOS/RH3 no 2011-491 du 23 décembre 2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière
- 6 Assurance Maladie Risques Professionnels. Santé travail : enjeux & actions ; Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie - Risques professionnels, Janvier 2018
- 7 Assurance Maladie Risques Professionnels. L'Essentiel 2019 Santé et sécurité au travail, octobre 2020.
- 8 PHAM, Nguyen. Thèse. Prévalence du burnout chez les soignants et la population générale. Une revue de littérature. Mai 2019.
- 9 COUTROT, Thomas. Travail et bien-être psychologique. L'apport de l'enquête CT-RPS 2016. 2018.

- 10 HALFORD, Alexandre. Accès aux soins primaires chez les patients précaires : à propos d'une permanence d'accès aux soins de santé de ville à Marseille. Étude qualitative sur les expériences et ressentis des professionnels de santé partenaires du dispositif PASS de ville de Médecins du Monde à Marseille. 2019.
- 11 Guide COMEDE 2015. Soins et accompagnement des migrants/étrangers en situation précaire. P 406
- 12 DOZIO Elisabetta, LAROCHE JOUBERT Mathilde, BAUBET Thierry. Le traumatisme psychique chez l'adulte. In Press. 2020
- 13 KOMPIER, Michiel AJ, GEURTS, Sabine AE, GRÜNDEMANN, Robert WM, *et al.* Cases in stress prevention : the success of a participative and stepwise approach. *Stress medicine*, 1998, vol. 14, no 3, p. 155-168.
- 14 GUYOT, Sandrine, LANGEVIN, Valérie, et MONTAGNEZ, Anne. *Évaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU*. INRS, 2013.
- 15 FRANCOIS Christophe, ROGER Magali, DESPIERRE Clément, Mise en place d'une démarche collective de prévention des RPS : Le cas d'un établissement d'accueil. *Hygiène et sécurité au travail*, n°255, juin 2019
- 16 DESAILLY-CHANSON, Marie-Ange, SIAHMED, Hamid, et ELSHOUD, S. Etablissements de santé Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques. *Rapport Inspection Générale des Affaires Sociales [Report of the Inspector General of Social Affairs]*, 2016, no 567.
- 17 DOUILLET Ph, LIAROUTZOS O, BOURGEOIS F, HANICOTTE P, DASSENS A, THURHNERR F, ZANTE F, DARNAUD E, CHOISY-DRAUBA E. Evaluation des démarches de prévention des risques psychosociaux dans dix établissements publics de santé. ANACT ARACT. Rapport de synthèse. Juin 2018.
- 18 CIRCULAIRE N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) NOR : AFSH1315745C Classement thématique : Etablissements de santé – organisation Validée par le CNP, le 7 juin 2013- Visa CNP 2013-134
- 19 <https://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0?parent=4228> mis à jour le 20 février 2017
- 20 BOYER, Jean-Baptiste, DE BECO, Antoine, DE CHAMPS-LEGER, Hélène, *et al.* Les consultations au sein d'une permanence d'accès aux soins de santé. *Médecine*, 2018, vol. 14, no 2, p. 76-80.
- 21 GEORGES-TARRAGANO Claire, ASTRE Harold, PIERRU Frédéric. Soigner (l')humain, Manifeste pour un juste soin au juste coût. Presses de l'EHESP. 2015.
- 22 Pfister Valérie, Guiboux Loriane, Naitali Juliane, « Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner », *Informations sociales*, 2014/2 (n° 182), p. 100-107. DOI : 10.3917/inso.182.0100. URL : <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2014-2-page-100.htm>
- 23 DIOP Alice. La Permanence, France, 2016, 1H37

24 AUBART François, DELMOTTE Didier, JACOB Alain, et al. Exercice médical à l'hôpital. Un système de santé recomposé, un hôpital public en mouvement, des citoyens mieux soignés, des praticiens plus reconnus. Centre National de Gestion, 2011, vol. 118.

25 TAPIÉ DE CÉLEYRAN, F., ASTRE, H., ARAS, N., et al. Etude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. *Bull Epidemiol Hebd*, 2017, p. 396-405.

26 VEÏSSE, A., WOLMARK, L., REVAULT, P., et al. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2017, p. 405-414.