



# Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe

*Prévention des départs prématurés de la profession*

*Madeleine Estryn-Behar*

*Avec la collaboration de  
Olivier Le Nézet  
et Nathalie Duville*



**Ont également collaboré :**

Affre Anne, Arbieu-Boué Patricia, Bedel Monique, Ben-Brik Erik, Benmessaoud Hayette, Bonnet Nicole, Cantet-Bailly Nicole, Charton-Promeyrat Claire, Crave Sophie, Cuénot Evelyne, Darcque Patrice, Desmoulins Simone, Derriennic Francis, Fages Annie, Gasparini Carole, Gardeur Patrick, Heurteux Pascale, Jasseron Carine, Fayet Catherine, Gouaillard Gérard, Gadier Gilles, Legal Renaud, Loriol Marc, Négri Jean-François, Paoli Marie-Christine, Perrin Nadine, Rahhali Isabelle, Sanna-Bouthier Elisabeth, Simon Agnès, Valentin René, Vambana Martine, Salbreux Roger et le comité de suivi de l'étude PRESST-NEXT.

**Responsable scientifique : Jean-François Caillard**



**Parmi les membres du comité de suivi, ont contribué à l'écriture de publications :**

Affre Anne, Médecin, *Service de médecine du travail Association Notre Dame de Bon Secours Paris (75)*  
Arbieu-Boué Patricia, Infirmière, *USAP -CGT Bourse du travail 2 rue du château d'eau 75010 Paris*  
Bedel Monique, Cadre kiné, *CFTC Fédération de la santé et des Services Sociaux 10 rue Leibniz 75018 Paris*  
Ben-Brik Erik, Médecin, *Service Central de Médecine du Travail hôpital Hôtel - Dieu, 1 Parvis Notre Dame 75004 Paris*  
Benmessaoud Hayette, Médecin, *Service de médecine du travail EHS Pierre et Marie Curie, 11 ave Balandier, Place du 1° mai Alger*  
Bonnet Nicole, Médecin, *Service de médecine du travail hôpital Lariboisière, 2 rue A Paré 75010 Paris*  
Caillard Jean-François, Médecin, *Service de Pathologies Professionnelles CHU de Rouen, 1 rue Germont 76000 Rouen*  
Cantet-Bailly Nicole, *Directeur des soins, DSS Centre hospitalier de Béziers*  
Charton-Promeyrat Claire, Infirmière, *SCMT hôpital Hôtel - Dieu, 1 Parvis Notre Dame 75004 Paris*  
Cuénot Evelyne, Panseuse, *USAP -CGT Bourse du travail 2 rue du château d'eau 75010 Paris*  
Crave Sophie, *Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer Paris (75)*  
Darcque Patrice, *FO AP-HP, Paris (75)*  
Desmoullins Simone *DRASS IDF 58\_62 rue de la Mouzaïa 75935 Paris cedex 19*  
Derriennic Francis, *Chercheur, INSERM*  
Duville Nathalie, *Chercheur, CNRS Laboratoire Georges Friedmann 16 bd Carnot 92 340 Bourg la Reine*  
Estryn-Behar Madeleine, Médecin, *Service Central de Médecine du Travail hôpital Hôtel - Dieu, 1 place du Parvis Notre Dame 75004 Paris*  
Fages Annie, Infirmière, *CFTC Fédération de la santé et des Services Sociaux 10 rue Leibniz 75018 Paris*  
Gardeur Patrick, Médecin, *SCMT hôpital Hôtel - Dieu, 1 place du Parvis Notre Dame 75004 Paris*  
Gasparini Carole, Sage femme, *ex présidente du conseil départemental de l'ordre des sages femmes du Lot et Garonne*  
Gouaillard Gérard, *FO AP-HP, Paris (75)*  
Heurteux Pascale, *Secrétaire, SCMT hôpital Hôtel - Dieu, 1 place du Parvis Notre Dame 75004 Paris*  
Jasseron Carine, statisticienne, *SCMT hôpital Hôtel - Dieu, 1 place du Parvis Notre Dame 75004 Paris*  
Loriot Marc, *Chercheur, CNRS Laboratoire Georges Friedmann 16 bd Carnot 92 340 Bourg la Reine*  
Le Nézet Olivier, Statisticien, *SCMT hôpital Hôtel - Dieu, 1 place du Parvis Notre Dame 75004 Paris*  
Paoli Marie-Christine, Médecin, *SCMT hôpital Hôtel - Dieu, 1 place du Parvis Notre Dame 75004 Paris*  
Fayet Catherine, Infirmière, *Sud - Santé, Centre hospitalier sud francilien, quartier du canal, Evry - Courcouronnes 94000*  
Gadier Gilles, Aide-soignant, *FO Fédération des services publics et de santé*  
Legal Renaud, Statisticien, *CREDES 10, rue Vauvenargues 75018 Paris*  
Négri Jean-François, Cadre supérieur, *ISIS Institut de Soins Infirmiers Supérieurs 1bis, avenue des Tilleuls 74200 THONON LES BAINS*  
Perrin Nadine, Infirmière, *CFTC, AP-HP, Paris (75)*  
Rahhali Isabelle, Cadre supérieur infirmier, *Pitié Salpêtrière AP-HP*  
Sanna-Bouthier Elisabeth, *Secrétaire, SCMT hôpital Hôtel - Dieu, 1 place du Parvis Notre Dame 75004 Paris*  
Simon Agnès Sage femme, *secrétaire du collège national des sages femmes*  
Valentin René, Cadre infirmier, *FO AP-HP, Paris (75)*  
Vambana Martine, Cadre de santé, *CFDT, Hôpital Louis Mourrier AP-HP (92)*  
Salbreux Roger, Psychiatre, *AHIRM*

# Préface

---

Marc LORIOU

Je voudrais rendre compte de tout l'intérêt et de la richesse de cette expérience à laquelle Madeleine Estryn-Béhar et Jean-François Caillard ont bien voulu m'associer. L'enquête PRESST-NEXT représente un dispositif sans précédent pour l'étude des conditions de travail à l'hôpital. Tout d'abord par l'ampleur de l'enquête menée, tant du point de vue du nombre de soignants et d'établissements dans l'échantillon que du fait de la comparaison européenne. Ensuite par le travail collectif mené sur les données.

## *Un moyen d'objectiver les difficultés*

Les décideurs publics et parfois même certains chercheurs reprochent souvent aux soignants d'exprimer leurs problèmes en « racontant leur vie », à travers des anecdotes de leurs expériences quotidiennes au travail : « On ne peut pas élaborer une politique à partir d'une collection de cas personnels ! ». Si les soignants sont aussi attachés à ce mode d'expression, c'est que le travail de soin est d'abord vécu comme une relation entre deux personnes. C'est ce qui en fait toute la richesse et la difficulté. « Mon métier est indispensable à l'amélioration de ma santé morale parce que je me sens réellement utile et les patients m'expriment souvent leur reconnaissance, ce que je trouve nulle part ailleurs, ni dans ma vie familiale, ni dans ma vie sentimentale ou amicale. Dommage que l'institution devienne de plus en plus une usine de production de soins, avec la priorité aux paperasses, en pensant que les soignants sont des robots ou des pions et les patients de la mécanique à réparer » note ainsi un infirmier à la fin de son questionnaire.

Mais si les soignants aiment rappeler les petites histoires qui font le sel de leur métier et permettent d'en comprendre les difficultés, ils peuvent également en analyser les blocages et les limites de façon plus générale comme le montre largement les libres réponses. Le sentiment de ne pas être reconnu dans la spécificité de son travail soignant, de ne pas être assez nombreux pour offrir des soins de qualité, le manque de coordination et de concertation au sein de l'équipe et entre les équipes sont ainsi largement exprimés par les soignants interrogés.

Ce malaise bien réel et aux conséquences lourdes en terme de motivation au travail, de qualité de l'implication dans la relation avec les malades, d'arrêt de carrière, de problèmes de santé mentale et physique est toutefois difficile à caractériser de façon précise. C'est pourquoi il est souvent mal entendu. Il résulte de l'accumulation de petits problèmes vécus quotidiennement et qui sapent petit à petit l'idéal et le plaisir du métier, qui empêchent les équipes de s'entendre suffisamment pour définir et mettre en œuvre la meilleure prise en charge possible : pénurie de personnel dans beaucoup de services, manque de temps pour les transmissions et la discussion formelle et informelle sur le travail, inadaptation de certains équipements, etc. Le collectif non construit par le dialogue régulier et ouvert, se construit, en cas de manque de temps, sur des corporatismes spontanés protecteurs et défensifs.

Tout cela n'est pas facile à comptabiliser ou à mesurer et est donc trop souvent oublié : on fait la chasse aux temps morts, on met en place une polyvalence non préparée pour pallier les manques de personnels, on cherche à régler les problèmes de qualité par des procédures écrites qui sont vécues comme éloignant du lit du malade, etc. Bref tout le contraire de ce que demandent les soignants !

C'est pourquoi, les données tant quantitatives que qualitatives de l'enquête PRESST-NEXT sont si précieuses. Elles permettent d'objectiver de façon plus précise les causes des malaises diffus exprimés. Les analyses factorielles ont montré que les principaux facteurs associés au désir de quitter sa profession, en France, étaient l'insatisfaction des perspectives professionnelles, l'insatisfaction du soutien psychologique et l'épuisement émotionnel. Ces difficultés peuvent sembler très générale et subjectives. Pour certains, il suffirait donc, pour les résoudre, de promouvoir un management plus dynamique et l'emploi de quelques psychologues. Si ces mesures peuvent être utiles, l'enquête NEXT-PRESST montre que les difficultés ont des causes plus profondes sur lesquelles il serait possible d'agir. Ainsi, il existe des relations nettes entre l'appréciation des relations avec les collègues et les supérieurs, le temps disponible pour les transmissions, la charge de travail, la crainte de faire des erreurs, de mal informer le malade, etc., d'une part et le développement d'une insatisfaction diffuse conduisant au désir de quitter sa profession, d'autre part. De même, les arrêts-maladie sont clairement liés à des pathologies physiques, notamment dorsolombaires, qui entraînent douleurs et difficultés fonctionnelles, et à des problèmes de santé mentale traités médicalement, donc avérés.

Finalement, les problèmes organisationnels et de charge de travail mis en évidence dans l'enquête PRESST-NEXT se traduisent, pour les soignants qui n'ont pas encore de problèmes de santé caractérisés, par une insa-

---

tisfaction difficile à objectiver mais souvent déterminante dans l'envie de quitter son métier. A plus long terme, ils peuvent déboucher sur une usure tant physique que morale qui réduit les possibilités de reconversion et conduit à tenter de se préserver par les arrêts- maladie. Le lien entre les anecdotes racontées par les soignants et les problèmes de recrutement et de santé des personnels hospitaliers peut donc être établi.

### *Un travail collectif de réflexion et d'analyse*

L'autre grand point fort de l'enquête NEXT-PRESST est d'avoir été organisée de bout en bout dans le cadre d'un travail collégial, associant des représentants des salariés et des institutions comme des chercheurs de différentes disciplines. Dès l'adaptation et la diffusion des questionnaires, ce réseau a permis une meilleure réception de l'enquête dans les établissements et une implication des soignants. Mais c'est surtout au moment des analyses que ce dispositif a montré tout son intérêt. Pour chaque étude particulière, des groupes de travail ont été mis en place dans lesquels étaient discutés le choix des données pertinentes à mettre en avant, les analyses qu'il était possible d'en faire, les conclusions à en tirer. La présence de participants avec des expériences, des formations, des points de vue et parfois des intérêts divers, mais tous passionnés par le sujet, a conduit à peaufiner les formulations, à renforcer l'argumentation. Plutôt que de chercher un consensus mou dans des formulations imprécises, la démarche a généralement été de revenir systématiquement aux données.

En les questionnant de différentes façons, en remettant en cause les analyses ou les regroupements trop rapides, en cherchant à débusquer d'éventuels biais, en cherchant à tester de nouvelles corrélations, il était possible de faire avancer un débat contradictoire, mais constructif. Les oppositions de point de vue n'ont pas empêché l'analyse, mais ont au contraire conduit à la fois à plus de rigueur et de richesse. Espérons que ce type de démarche puisse se prolonger et servir de guide à la réflexion pour la mise en œuvre d'améliorations des conditions de travail, notamment pour les établissements ayant participé à l'étude.

# Sommaire

■ Préface	4
■ Introduction	8
• Pourquoi l'étude NEXT ? ..	8
• Pourquoi PRESST ?	8
• Protocole de définition de l'échantillon	9
• Méthodologie de traitement des données	10
■ NEXT-PRESST: une comparaison européenne	12
• Les principaux motifs de satisfaction et d'insatisfaction.	12
- Le soutien psychologique	12
- Le temps de chevauchement pour les transmissions	13
- L'utilisation des compétences	13
- Pouvoir donner les soins adéquats	14
- Les perspectives professionnelles	15
- La charge physique de travail	15
- Salaire et besoins financiers	16
• La santé au travail	16
- Les accidents	17
- Les troubles musculo-squelettiques	18
- les problèmes de santé mentale	20
- La violence	21
- Les problèmes cutanés	22
- Les arrêts maladie	23
- L'invalidité définitive	23
• Fierté du métier et abandon de la profession	24
- La fierté du métier selon le grade	24
- L'intention d'abandonner sa profession	25
• Les soignants réinterrogés longitudinalement	26
- Persistance d'une proportion élevée d'envie de partir chez les soignants encore dans leur établissement	26
- Les modifications parmi les soignants qui souhaitaient quitter les soins en 2002 et ne le souhaitent plus en 2004	27
- Les modifications parmi les soignants qui ne souhaitaient pas quitter les soins en 2002 et le souhaitent en 2004	27
- Les motifs principaux des départs effectifs de l'établissement	27
■ Les résultats pour la France	28
• Des risques pour la santé et des insatisfactions différentes selon le grade	28
- Aides-soignants et Agents de service hospitaliers	28
<i>Une très grande fierté du métier mais peu de perspectives professionnelles et une forte pénibilité physique</i>	29
<i>Une faible autonomie mais un bon soutien du collectif de travail</i>	30
<i>Insuffisance des possibilités de travail et de temps de parole au sein de l'équipe</i>	30
<i>Des horaires de travail contraignants qui rendent difficiles l'équilibre vie professionnelle / vie privée</i>	31
<i>L'envie de quitter leur profession est influencée par la santé et le contenu du travail</i>	32
- Infirmiers et spécialisés	36
<i>Une grande fierté du métier mais des soucis sur la qualité des soins</i>	37
<i>Une forte crainte de faire des erreurs, liée à un manque de temps pour les transmissions</i>	38
<i>Une grande importance du travail d'équipe mais un manque de reconnaissance et de soutien</i>	40
<i>Des horaires pénibles et des rythmes de travail épuisants</i>	41
<i>Pénibilité physique et psychologique</i>	41
<i>Influence des situations décrites sur le souhait de quitter sa profession</i>	43

<i>L'analyse simultanée des différents facteurs de risque pour l'envie de partir</i> . . . . .	.44
<i>L'analyse simultanée des différents facteurs de risque pour les arrêts de travail</i> . . . . .	.45
<i>L'analyse simultanée des différents facteurs de risque pour l'envie de changer d'établissement</i> . . . . .	.45
- <b>Cadres</b> . . . . .	.47
<i>Une satisfaction globale plus forte que les infirmiers et une autonomie différente</i> . . . . .	.47
<i>Plus d'autonomie professionnelle et moins de soutien du collectif de travail</i> . . . . .	.48
<i>La pénibilité du travail et son impact sur la santé physique et mentale des cadres</i> . . . . .	.49
<i>Analyse de la prégnance de ces facteurs sur le désir de quitter la profession</i> . . . . .	.49
- <b>Sages-femmes</b> . . . . .	.52
<i>Un faible désir de quitter la profession mais un état de santé préoccupant</i> . . . . .	.52
<i>Une grande insatisfaction concernant les perspectives professionnelles, le manque de soutien et la qualité des soins dispensés</i> . . . . .	.54
• <b>Des insatisfactions différentes selon le type de service ou de structure de soins.</b> . . . . .	.55
- <b>Réanimation, urgences, blocs opératoires</b> . . . . .	.55
<i>Fierté du métier, forte autonomie mais beaucoup de stress</i> . . . . .	.55
<i>Une organisation parfois pesante et une lourde charge physique de travail</i> . . . . .	.56
<i>Appréciation de la situation personnelle au regard du travail</i> . . . . .	.56
- <b>Les hôpitaux locaux</b> . . . . .	.56
<i>Un travail soignant important mais peu valorisé</i> . . . . .	.57
<i>Une organisation bureaucratique et standardisée</i> . . . . .	.58
<i>Le travail physique lourd et routinier des aides soignantes</i> . . . . .	.58
- <b>Les maisons de retraite et les établissements pour personnes handicapées</b> . . . . .	.59

---

## ■ Outils et projets pour des améliorations tangibles 61

• <b>Une base de données attendue par la Commission Européenne</b> . . . . .	.61
• <b>Une base de données attendue par les acteurs de terrain</b> . . . . .	.61
• <b>Outils élaborés et prêts à être expérimentés</b> . . . . .	.61
- <b>Priorité donnée à certaines approches, selon la réalité locale des établissements</b> . . . . .	.62
• <b>Collaborations pluridisciplinaires et démarches participatives</b> . . . . .	.64

---

## ■ Bibliographie 64

• <b>Valorisation de la recherche – Equipe française</b> . . . . .	.64
- <b>Liste des publications et communications en langue étrangères.</b> . . . . .	.65
- <b>Liste des publications et communications en Français</b> . . . . .	.65

---

## ■ Postface 66

# INTRODUCTION

---

**Le vieillissement des Européens va bouleverser la façon d'exercer les professions soignantes. Dans la population, la part de personnes jeunes en âge de travailler ne cessera pas de décroître jusqu'en 2020. La part de personnes actives, mais âgées de plus de 45 ans, augmente d'ores et déjà. Cela signifie qu'il y aura de plus en plus de patients à soigner. On peut craindre de disposer de moins de soignants pour le faire.**

## ■ Pourquoi l'étude NEXT ?

Dans les quinze pays de l'Union Européenne, 113 jeunes arrivent en moyenne sur le marché du travail pour 100 départs. Ils ne seront plus que 80 arrivants pour 100 départs en 2020.

L'effectif infirmier diminue dans tous les pays de l'Union Européenne à de rares exceptions près comme, de façon conjoncturelle, en Espagne et, dans certains départements de la Finlande.

Le turn-over des infirmières des hôpitaux publics de Londres est d'un tiers supérieur à celui de la moyenne nationale. Le taux de postes inoccupés y est deux fois plus élevé que dans le reste du pays. Les difficultés sont encore plus grandes dans le centre de la capitale anglaise. Le taux de turn-over de ses hôpitaux y augmente de 38 % par an, selon les travaux de Belinda Finlayson, qui a évalué pendant deux ans les départs infirmiers dans les hôpitaux londoniens (1). En outre, la profession a beaucoup vieilli, au moins la moitié des infirmières du Royaume Uni ont plus de 40 ans, alors que 3,5 % d'entre elles ont moins de 25 ans. Ces chiffres seraient plus problématiques encore sans le recrutement des infirmières des pays du Commonwealth.

Le rapport du Comité Permanent des hôpitaux de l'Union Européenne ajoute qu'il manque, en France, 3 000 médecins dans le secteur public (3). Chez nos voisins allemands, 2 500 postes d'infirmières et 3 000 postes de médecins ne sont pas pourvus. En Suède, le nombre d'infirmières spécialisées en exercice a récemment baissé de 2 %. Celui des médecins spécialisés a chuté de 4 %. Aux Pays-Bas, le nombre d'infirmières en chirurgie a diminué de 3 %. Celui des infirmières anesthésistes de 6 %. En Hongrie, il manque près de six mille infirmières. Cela rend vacants 6 % des postes. Le nombre d'infirmières et de médecins diminue dangereusement en Belgique, au Danemark, en Irlande, au Portugal, etc.

*"On ignore comment les futures demandes de soins seront satisfaites",* expliquent Malberg et

Schoerström, responsables de SALTSA, programme suédois de recherche pour la vie au travail, dirigé par trois syndicats de salariés suédois (LO, TCO, et SACO) et l'Institut National pour la Vie au Travail. *"L'une des solutions – sans doute la plus efficace – serait de permettre aux soignants d'exercer plus longtemps qu'aujourd'hui leur profession"*. On ne peut donc ignorer leurs conditions de travail.

C'est pourquoi l'Union Européenne a souhaité promouvoir l'étude NEXT (*Nurses' Exit Study*), dans le cadre de son Programme Qualité de Vie et Gestion des Ressources Humaines (*Nurses' Exit Study – Quality of life and management sustaining Working Ability in the Nursing Profession : investigation of premature departure from work*. Key action n°6.3, The population and disabilities. Proposals n° QLRT-2001-00475. Technical annex. 2001. 35 p.

## ■ Pourquoi PRESST ?

En France l'évaluation du nombre des postes vacants témoignerait de la pénurie. Fin 2000, il manque six mille infirmières salariées dans la seule région Ile-de-France (2). Les auteurs de cette étude comptent "2 697 postes vacants d'IDE, infirmiers spécialisés et cadres dans l'ensemble des établissements de santé, quel que soit leur statut, public (dont AP-HP), privé non-lucratif, privé lucratif". Ils soulignent l'impact de la réduction du temps de travail (RTT) dans les établissements publics de santé. "Il peut être estimé au minimum à 6% des postes d'IDE de ces établissements, soit 2 434 postes", notent-ils. Au total, il manque une infirmière sur dix dans les établissements de santé (10 %). C'est 5 131 postes vacants sur les 49 583 postes budgétés dans les établissements de santé publics et privés. Si ce taux de 10 % est appliqué aux structures médico-sociales, on obtient 1 000 postes vacants dans ce secteur. Le total est bien de 6 000 infirmières venant à manquer en Ile-de-France.

Le projet PRESST signifie : **PRomouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail**. Il fait partie de cette importante étude scientifique européenne NEXT (**Nurses' Early Exit Study**), dont l'objectif est d'analyser pourquoi et comment, les professionnels paramédicaux quittent prématurément leur profession. Cette étude propose des pistes de réflexion, pour prévenir ce phénomène et mieux aborder l'avenir.

La santé des salariés, leur qualité de vie et le vieillis-

sement, sont étudiés et mis en relation avec le départ prématuré des soignants. Cette étude **devra fournir des bases d'actions pour améliorer la santé au travail, et favoriser le maintien de la capacité professionnelle des soignants.**

Les premiers résultats de l'enquête ont permis d'identifier les facteurs de santé, les conditions de travail et les facteurs organisationnels liés au souhait de quitter la profession prématurément. Dans la seconde partie de l'enquête, menée un an plus tard, l'étude analyse les conséquences de ces départs sur la qualité de vie et le vieillissement des salariés.

Afin de comprendre les avantages et les difficultés particulières des différentes structures sanitaires et sociales où exercent des soignants salariés en France, tout en respectant le protocole général de l'enquête européenne, nous avons réuni un comité de suivi représentant les différents partenaires et décideurs du système sanitaire français.

## ■ Protocole et définition de l'échantillon

Le questionnaire initial (Q0) des études NEXT et PRESST comporte plus de 100 questions. Il a été distribué dans 10 pays entre octobre 2002 et juin 2003. Les pays participants sont l'Allemagne, Belgique, la Finlande, la France, l'Italie, les Pays-Bas, le Royaume Uni, et la Suède, la Norvège, la Pologne et la Slovaquie.

Le questionnaire Q0, développé par un groupe d'experts des différents pays participants et se basant sur des résultats de recherches antérieures, a fait l'objet d'un pré-test dans trois pays : Allemagne, Italie et France. Puis l'ensemble des pays participants, après concertation a validé la version finale. Chaque équipe pouvait ajouter un nombre limité de questions, ce qui fut le cas en France (sur la RTT en particulier). La Grande-Bretagne, suite à son propre pré-test, a fortement raccourci le questionnaire. D'autres pays ont supprimé une ou deux questions après concertation de l'équipe scientifique ou du comité de suivi national.

La taille du questionnaire dans les pays participants, variait de 24 à 37 pages. Le questionnaire couvrait des thèmes aussi variés que le cursus professionnel, les caractéristiques du poste, l'organisation du travail, le fonctionnement des collectifs de travail, et aussi les souhaits concernant l'avenir professionnel. Le questionnaire abordait également, la situation personnelle, familiale et l'état de santé. Pour ce qui est de l'épuisement professionnel, l'ensemble des pays a adopté le Copenhaguen Burnout Inventory (CBI) qui évalue l'épuisement tant physique que psychologique. Les équipes françaises et suédoises ont ajouté le Maslach Burnout Inventory (MBI) qui met en évidence l'épuisement émotionnel des soignants.

Le questionnaire Q0 français comportait 122 questions à choix multiples avec de nombreuses sous-questions.

Trois questions ouvertes terminaient le questionnaire sur deux pages entières :

« *Qu'est-ce qui vous semble le plus pénible dans votre travail ? Expliquez :* »

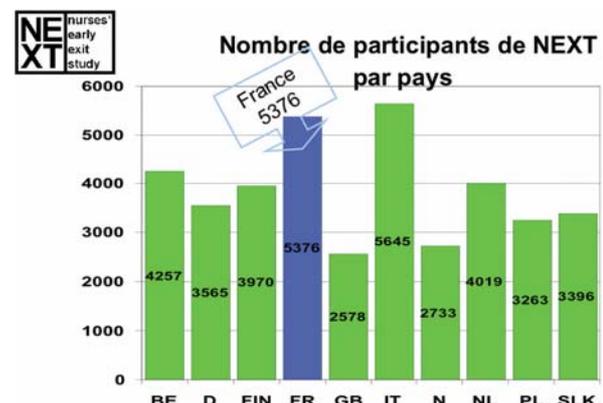
« *Quel(s) changement(s) utile(s) suggéreriez-vous dans votre travail pour améliorer son efficacité et ménager votre santé ?* »

"*Avez-vous des commentaires sur vos perspectives, votre santé, ou sur le questionnaire. Merci de les partager avec nous.*"

Les questions ouvertes ont été codées par grandes catégories. Les codes ont été élaborés de manière heuristique, au fur et à mesure de l'apparition des thèmes évoqués par les soignants d'un échantillon des différents types d'établissement. Nous avons cependant, pour permettre une synthèse, limité le nombre de codes à 98 pour les pénibilités, 98 pour les propositions et 98 pour les commentaires. Ces codes ont ensuite été regroupés en 18 grandes catégories, puis en 11 familles.

Une analyse qualitative a été réalisée par Marc Lorient et Nathalie Duville, sociologues au Laboratoire Georges Friedmann du CNRS.

Les dix équipes européennes ont sélectionné des établissements de santé et médico-sociaux publics et privés en fonction de leur représentation dans la structure du système de santé de leur pays. L'accord des employeurs et des organisations représentatives des salariées devait être obtenu.



Différentes procédures de distribution des questionnaires anonymes ont été utilisées. La plus fréquente, employée en France, a été la livraison d'enveloppes fermées aux établissements qui les adressaient, par courrier, au domicile des personnes interrogées. Les enveloppes contenaient, avec le questionnaire, une enveloppe en T, prépayée, pour un retour direct à l'adresse de l'équipe de recherche.

Le questionnaire Q0 a été envoyé, eu Europe, à **69 902** soignants de toute qualification. Le taux de réponse global est de 53,2 % soit **37 161** répondants.

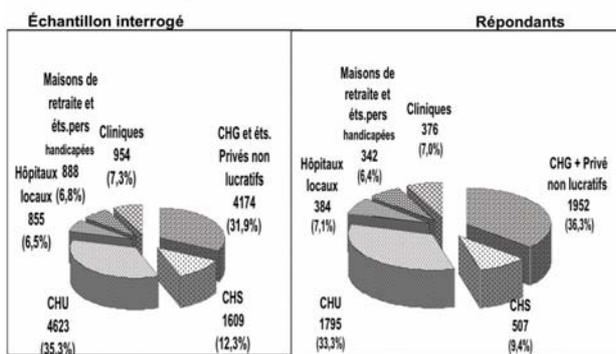
Si l'on ne s'intéresse qu'aux établissements, recensés

dans la SAE (Statistique annuelle des établissements de soins) les effectifs du secteur privé représentent 26 % des soignants. Si l'on inclut les soignants travaillant dans le secteur médico-social et social, hébergement de long séjour et maisons de retraite les effectifs du privé sont, pour l'ensemble des deux secteurs, 31,8%.

L'échantillon interrogé comprend 84 % de soignants appartenant à des établissements publics, 12 % à des établissements privés lucratifs et 4 % non lucratifs. La dispersion des soignants dans les petites structures du privé aurait nécessité d'inclure plus d'établissements que les 14 maisons de retraite que nous avons pu associer à l'enquête pour atteindre l'objectif de 31,8 % de privé. L'échantillon des répondants comporte 21,8 % de soignants du privé. Cet échantillon est très proche de la répartition nationale des grades. Il sur-représente un peu les infirmiers au détriment des ASH. Retenons que cette étude avait surtout pour objet de rechercher des pistes pour retenir les soignants qualifiés.

Le taux de réponse, dans les établissements français, a été inégal. Mais la répartition des soignants enquêtés dans les différentes structures de soins demeure. Nous avons comparé les réponses aux questions portant sur 20 caractéristiques clefs entre les soignants des 16 établissements à fort taux de réponse, les 25 établissements à taux de réponse moyen et les 15 établissements à mauvais taux de réponse. Des différences significatives n'ont été trouvées que sur une seule de ces caractéristiques. De ce fait, nous avons choisi d'analyser l'ensemble du fichier concernant les réponses des soignants des 55 établissements. Nous n'avons écarté qu'une maison de retraite dont un seul salarié avait répondu.

Répartition des effectifs concernés par classe d'établissements



La répartition nationale des soignants selon les différentes classes d'établissements est conservée

La partie longitudinale de l'étude comportait un deuxième questionnaire transmis, douze mois après le premier (Q12), à tous les soignants restés dans la même institution.

Par ailleurs, tout soignant quittant l'établissement, au cours des 12 mois suivant l'envoi du premier questionnaire, devait en recevoir, par son service de gestion, un deuxième, spécifique (Qex). Ce questionnaire a recueilli les raisons et circonstances de son départ, ainsi que ses futurs projets professionnels.

Une enveloppe prépayée permettait au soignant de renvoyer ce questionnaire à l'équipe de recherche. Un an après ce départ, avec son accord, un troisième questionnaire (Qex 12) lui était adressé pour préciser sa nouvelle situation.

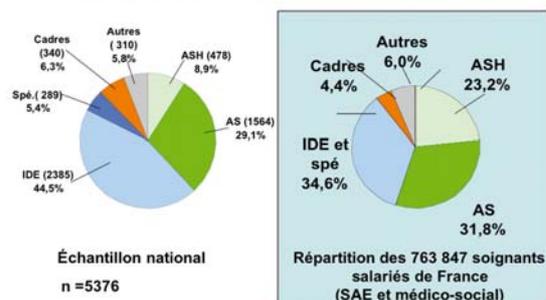
D'autres données, permettant de mieux comprendre la situation économique de l'institution, ont été recueillies, et précisent les actions entreprises dans le domaine de la promotion de la santé au travail, et du maintien en poste des soignants vieillissants.

## ■ Méthodologie de traitement des données

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel SPSS 11.0. Le test de chi carré de Pearson a été utilisé pour déterminer si les différences étaient significatives. Nous n'avons retenu que les résultats fondés sur des relations très significatives (au seuil de 0,001). Les analyses multivariées, réalisées dans une deuxième étape de ce travail, ont été des régressions logistiques multiples.

Un comité de suivi de l'étude PRESST a été créé dès le printemps 2002. Il est constitué de représentants institutionnels, de chercheurs, de représentants des personnels des établissements de santé et de représentants des fédérations d'établissements. Il a aidé à l'élaboration du matériel d'information à toutes les étapes. Il a suivi le choix de l'échantillon, le taux de réponses, l'analyse des résultats, les rapports et les publications de diffusion des résultats. Il favorise la diffusion nationale des résultats et leur utilisation

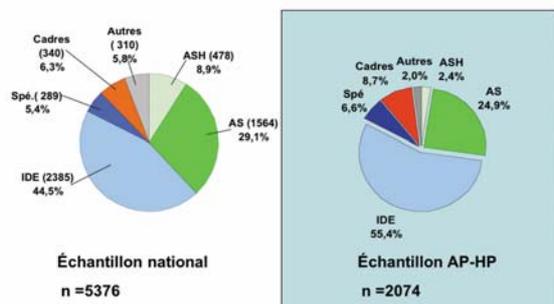
Répartition des soignants paramédicaux dans l'enquête nationale par rapport à la répartition des soignants salariés en France



Plus de cadres et plus d'IDE proportionnellement parmi les répondants du panel national que parmi l'ensemble des soignants salariés

La direction et le CHSCT central de l'AP-HP ont décidé de participer à l'enquête PRESST. Un financement autonome permet d'appliquer le même protocole dans 8 établissements de l'AP-HP. Malgré des atouts certains : formation, innovation etc... , cette institution perd plus de soignants, chaque année, que les autres hôpitaux (vie en région parisienne, organisation du travail...).

### Répartition des soignants paramédicaux dans l'enquête nationale et AP-HP



Plus de cadres et plus d'IDE proportionnellement parmi les répondants de l'AP-HP que dans le panel national

Les résultats présentés pour la France sont, le plus souvent, les résultats de l'échantillon représentatif national de 5 376 soignants, incluant deux établissements de l'AP-HP, et non les huit établissements de l'extension, pour ne pas sur-représenter l'AP-HP.

Chaque établissement pouvait, à sa demande, avoir une restitution spécifique de ses propres résultats globaux.

Lorsque cela a été possible, thème par thème, nous avons comparé les résultats de cette étude avec ceux des autres pays européens participants à NEXT, ainsi qu'à ceux de l'enquête de la DRESS.

La DRESS a pu échantillonner, à partir du fichier annuel des données sociales (DADS) 2001 de l'INSEE, parmi les entreprises du secteur 851A (activités hospitalières) 4 977 salariés des établissements hospitaliers publics et privés. Cet échantillon comprend 28 % d'infirmiers, 24 % d'aides-soignants et 13 % d'agents de service hospitaliers. Il s'agit d'une enquête par téléphone à domicile, qui, avec son caractère très officiel, n'a eu un taux de refus que de 8 %. Cet échantillon est composé pour moitié de salariés du secteur public et pour moitié du secteur privé. Nous verrons que nos résultats descriptifs français (2674 infirmiers et spécialisés, 648 cadres, 2043 AS et ASH) sont corroborés par ceux obtenus lors de cette enquête "Conditions et organisation du travail à l'hôpital" réalisée en 2003 par la DRESS auprès de 1407 IDE, 1045 AS et 636 ASH.

Nous remarquons des différences dans la répartition pour le grade entre l'échantillon français et l'échantillon européen. Les aides soignants et ASH sont plus représentés dans l'échantillon français.

La distribution du personnel soignant diffère également par service. Les soignants français sont plus nombreux à travailler dans les unités médicales et chirurgicales (26,2% vs 17,1%), les maisons de retraites (21,4% vs 12,6%) et en psychiatrie (13,2% vs 4,8%). Ils sont moins nombreux à travailler en réanimation - urgences (17,9 % vs 24,4 %) en soins à domicile -hôpital de jour et consultation (4 % vs 8,4 %) et en pédiatrie – maternité (8,5 % vs 16,9 %).

L'échantillon PRESST français comporte 11,2 % d'hommes contre 10,2 % dans l'ensemble de l'échantillon européen. En France, 51,6 % de l'échantillon a entre 30 et 45 ans et 28,6 % plus de 45 ans. Ces chiffres sont respectivement 56,1 % et 25,6 % dans l'échantillon européen.

Nous avons comparé les éléments de satisfaction au travail, la santé et la fréquence de l'intention de quitter sa profession entre les pays européens. Ces comparaisons nous ont permis de souligner, pour la France, les facteurs les plus liés à la satisfaction au travail, à l'intention de quitter la profession et aux problèmes de santé majeurs.

### Echantillons interrogés

	NEXT - PRESST FRANCE	DREES FRANCE	NEXT EUROPE
Cadres et autres hautement qualifiés	648	1 407	6 335
Infirmiers spécialisés	289		4 933
Infirmiers	2 385		23 584
Aides soignants et ASH	2 043		1 681

Groupes professionnels, essentiellement féminins, conservant, selon les trois bases de données, des facteurs de risques importants. Leur réduction est un enjeu européen.

# NEXT-PRESST:

## Une comparaison européenne

### Les principaux motifs de satisfaction et d'insatisfaction

Sur l'ensemble des soignants de tout grade des 10 pays étudiés, les points les plus fréquemment insatisfaisants ou très insatisfaisants sont, par ordre d'importance:

- le salaire par rapport aux besoins financiers
- le soutien psychologique
- les conditions physiques de travail
- la possibilité de donner des soins adéquats
- les perspectives professionnelles
- le temps de chevauchement pour transmission
- l'utilisation des compétences.

En France, la demande de soutien psychologique arrive en première position (mentionnée par 66,1 % des soignants versus 50,3 % en Europe).

#### Motifs d'insatisfaction par ordre d'importance

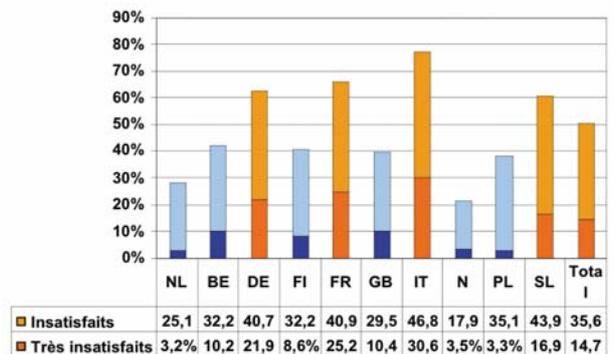
	Très insatisfaisants ou insatisfaisants France	Très insatisfaisants ou insatisfaisants Europe
1° Soutien psychologique au travail	66,1 %	2° 50,3 %
2° Temps de chevauchement pour les transmissions	53,7 %	6° 37,1 %
3° Conditions physiques de travail	52,0 %	3° 44,2 %
4° Pouvoir donner les soins adéquats	49,5 %	4° 41,3 %
5° Salaire par rapport aux besoins financiers	44,0 %	1° 53,0 %
6° Perspectives professionnelles	37,4 %	5° 40,0 %
7° Utilisation des compétences	36,4 %	7° 31,6 %

Nous présenterons ces différents thèmes en regroupant ceux qui concernent la charge mentale, puis la charge physique du travail. Nous aborderons aussi le thème de l'insatisfaction liée au salaire et le salaire.

#### Le soutien psychologique

Plus de la moitié des soignants se plaignent du manque de soutien psychologique, face à la charge émotionnelle, aux questions éthiques, à la violence etc... Cette difficulté est surtout soulevée en Italie, en France, en Allemagne et en Slovaquie (respectivement 77,4 %, 66,1 %, 62,6 % et 60,8 % des soignants). Elle est considérée comme éprouvante par moins de soignants en Norvège, aux Pays-Bas, en Pologne, en Finlande, en Grande-Bretagne et en Belgique, (respectivement 21,4 %, 28,3 %, 38,4 %, 40,8 %, 40,8 % et 42,4 %).

Insatisfaction du soutien psychologique reçu au travail

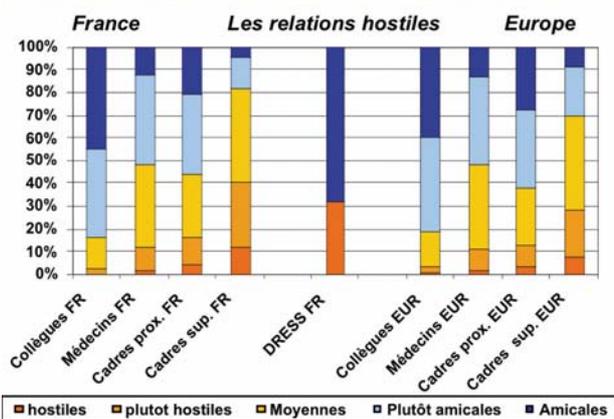


Le travail d'équipe passe par la construction d'un collectif de travail soudé, stable et pouvant intégrer le personnel récemment affecté. Des temps d'échange sont indispensables pour établir des liens autour d'objectifs communs, et conforter l'identité professionnelle. Ils permettent de mieux contrôler le stress lié à la charge de travail, dans un contexte d'innovation et de développement de compétences spécifiques. La qualité d'une organisation dépend, pour une large part, de son infrastructure sociale. Or cette infrastructure dépend avant tout des personnes qui y participent, de leurs qualités comme partenaires et collègues, impliqués dans des interactions sociales, et de leurs possibilités d'échanger du soutien. Le succès du réseau social dépend de la capacité des salariés à échanger et à mettre en pratique des informations pertinentes, en particulier lors de changements technologiques rapides ou lors des réorganisations. Pour permettre l'épanouissement des salariés, les réseaux doivent agir vers un but commun et créer des environnements d'apprentissage interactif, à travers une "communauté de pratiques" à double sens : chacun apprend des autres et leur transmet ses connaissances. Ce réseau est une part du capital social de chacun. Il crée des ressources (informations, influence, solidarité) dont chacun peut disposer du fait de sa position dans ce groupe. Les soignants sont exposés aux émotions, au stress, à des contraintes professionnelles diverses et à une forte incertitude. Le besoin de parler avec des collègues et des responsables proches est fortement apparent. Lors des situations de stress, l'équipe et les collègues sont la plus importante source de soutien.

Or, si les relations sont majoritairement bonnes, un pourcentage significatif de soignants ressent des relations hostiles ou plutôt hostiles sur son travail. Sur l'ensemble de l'échantillon européen, c'est le cas de

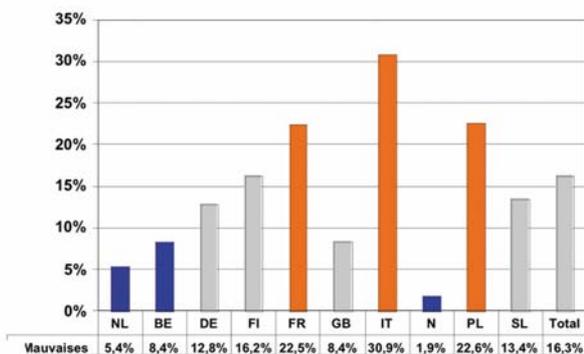
3,7 % des soignants avec leurs collègues, de 11,4 % avec les médecins, 13,1 % avec leur cadre de proximité, et 28,4 % avec leur cadre supérieur. Ces chiffres sont respectivement, en France de 3,2 %, 12,3 %, 16,8 % et 41,1 %. Ces chiffres sont corroborés par l'étude de la DRESS (1) qui note 32 % de relations hostiles au travail globalement sur un échantillon représentatif français.

#### Caractéristiques communes entre infirmiers européens



Nous constatons que le score global de relations interpersonnelles (avec les collègues, les cadres de proximité, les cadres supérieurs, les médecins et l'administration) diffère fortement selon les pays.

#### Infirmiers et spécialisés ayant un mauvais score de relations interpersonnelles au travail

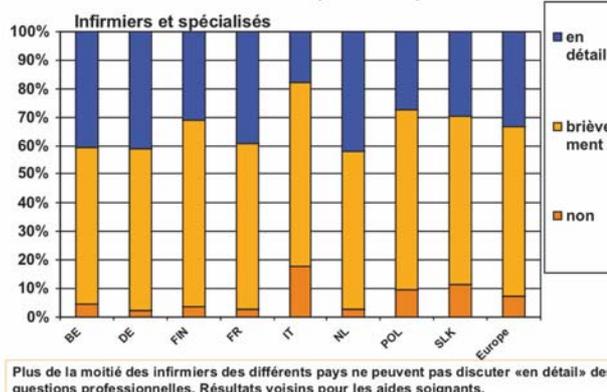


Seuls 1,9 % des infirmiers et infirmiers spécialisés norvégiens, 5,4 % des néerlandais et 8,4 % des belges ont un mauvais score de relations interpersonnelles. Par contre, 30,9 % des infirmiers et spécialisés italiens, 22,5 % des polonais et 22,5 % des français ont ce mauvais score.

La discussion des questions professionnelles est souvent écourtée. Seuls, 33,2 % de l'ensemble des soignants européens disent pouvoir mener ces discussions en détail et 39,1 % des français.

#### Qualité des soins et du travail d'équipe

##### Possibilités de discuter des questions professionnelles

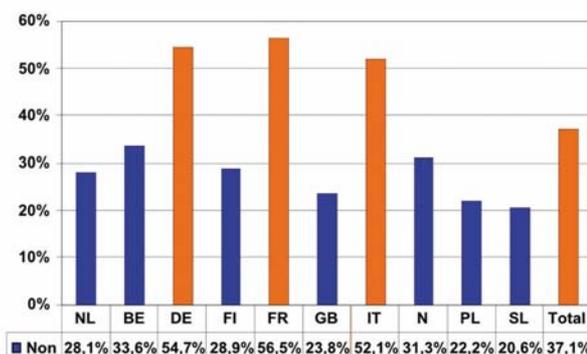


Plus de la moitié des infirmiers des différents pays ne peuvent pas discuter «en détail» des questions professionnelles. Résultats voisins pour les aides soignants.

#### Le temps de chevauchement pour les transmissions

La continuité des soins ne peut s'effectuer dans de bonnes conditions qu'avec une connaissance suffisante de l'évolution du diagnostic, du traitement et de ses effets ainsi que des réactions psychologiques des patients. C'est pourquoi, le temps de chevauchement pour les transmissions est le moment qui est le plus privilégié par les collectifs de travail pour se donner les moyens d'une prise en charge globale des patients. Ainsi, l'insatisfaction concernant ce temps particulier de travail est la plus importante en France avec 56,5 % de soignants insatisfaits, puis en Allemagne avec 54,7 % et en Italie avec 52,1 %. Cette insatisfaction ne dépasse guère les 30 % dans les autres pays.

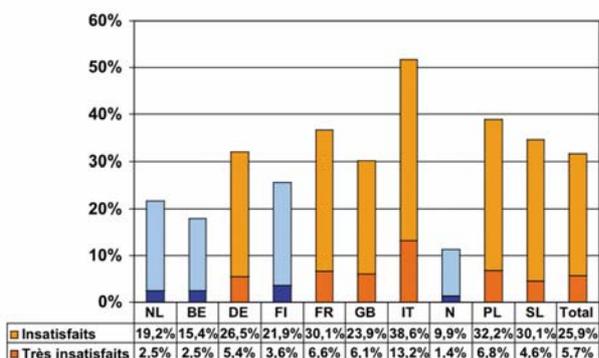
##### Insatisfaction du temps de chevauchement pour les transmissions



#### L'utilisation des compétences

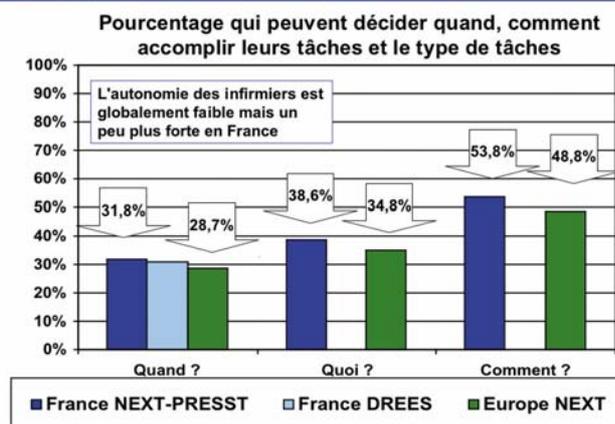
Un peu plus des deux tiers des soignants sont satisfaits de l'utilisation de leur compétence. Mais l'insatisfaction est bien plus forte en Italie, en Pologne, en France, en Slovaquie et en Allemagne (respectivement 51,8 %, 37 %, 37 %, 34,7 % et 31,9 %), qu'en Norvège, en Belgique, aux Pays-Bas et en Finlande (respectivement 11,3 %, 17,9 %, 21,7 % et 25,5 %).

### Insatisfaction de l'utilisation de ses compétences au travail



L'autonomie dans le travail, lorsque les critères et les conditions de la qualité ont été collectivement élaborés, est un élément important de la reconnaissance professionnelle.

### Autonomie dans le travail des IDE et Spécialisés



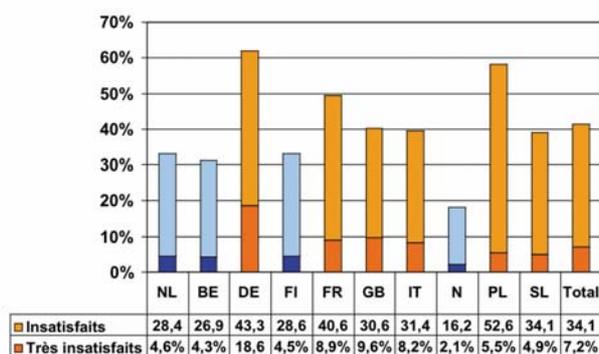
L'autonomie des infirmiers, globalement faible, est un peu plus forte en France.

### Pouvoir donner les soins adéquats

La densification et la charge de travail amènent les soignants à se sentir insatisfaits de la qualité des soins qu'ils dispensent. Ceci est encore plus douloureusement ressenti à l'heure où les procédures d'accréditation et de certification réaffirment une théorie de plus en plus difficile à mettre en place. Ainsi, 61,9 % des soignants en Allemagne sont insatisfaits des possibilités de donner aux patients la qualité des soins dont ils ont besoin.

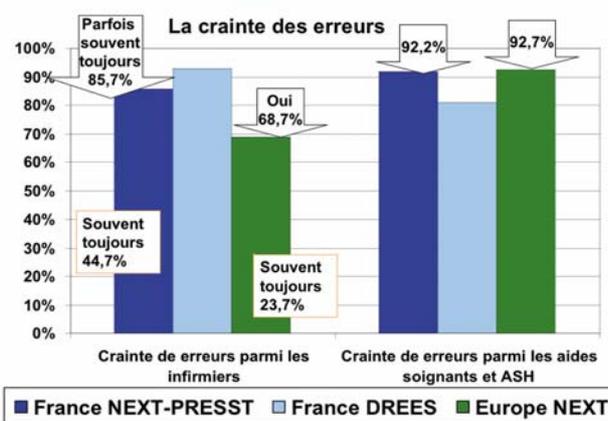
Ce pourcentage s'élève à 58,21 % en Pologne, 49,5 % en France, 40,2 % en Grande Bretagne, 39,6 % en Italie et 38 % en Slovaquie. Il ne représente que 33,1 % en Finlande, ainsi que 33 % aux Pays-bas, et 31,2 % en Belgique dont seulement moins de 5 % se disent très insatisfaits. Seuls 18,3 % des soignants norvégiens sont insatisfaits dont 2,1 % de très insatisfaits.

### Insatisfaction des possibilités de donner aux patients la qualité des soins dont ils ont besoin



La crainte des erreurs est une préoccupation majeure pour les soignants. Plus des deux tiers travaillent avec ce souci.

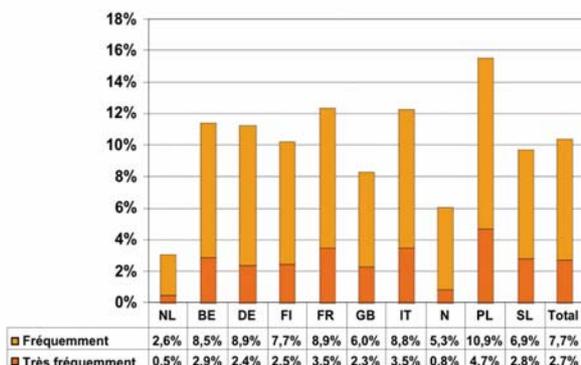
### Qualité des soins et du travail d'équipe



Les infirmiers et infirmiers spécialisés français craignent davantage de faire des erreurs que la moyenne des IDE européens (85,7 % dans l'enquête PRESST, 93 % dans l'enquête de la DRESS, contre 68,7 % dans l'ensemble de l'échantillon européen.). Les aides soignants et ASH craignent aussi de faire des erreurs. Les erreurs peuvent être techniques, en lien avec les modifications rapides de prescription du fait de la réduction des durées moyennes de séjour. En France, 38,8 % des soignants disent avoir fréquemment ou très fréquemment des informations trop tard, 31,5 % des ordres contradictoires, 27,3 % des informations insuffisantes.

Les différents équipements spécifiques ne sont plus l'apanage de la réanimation. Ils sont une forte source d'angoisse, s'ils sont utilisés sans formation préalable et sans tutorat lors des changements de service. Plus de 12 % des infirmiers polonais, italiens et français ont fréquemment ou très fréquemment des incertitudes quant à leur utilisation contre 6 % ou moins en Norvège et aux Pays-Bas.

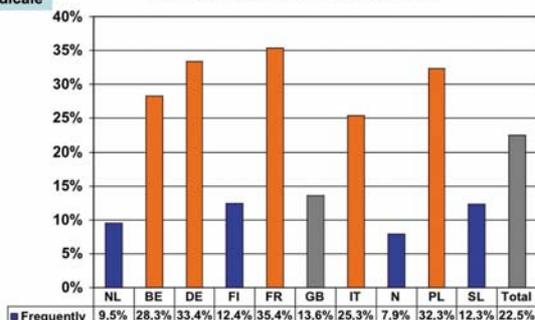
### infirmiers et spécialisés incertains sur le fonctionnement d'un équipement



Les erreurs peuvent aussi se produire dans la prise en charge globale du malade et son accompagnement.

Améliorer la concertation dans l'équipe médicale et paramédicale

### infirmiers et spécialisés sachant rarement ce qui peut être dit aux patients sur leur traitement et leur état

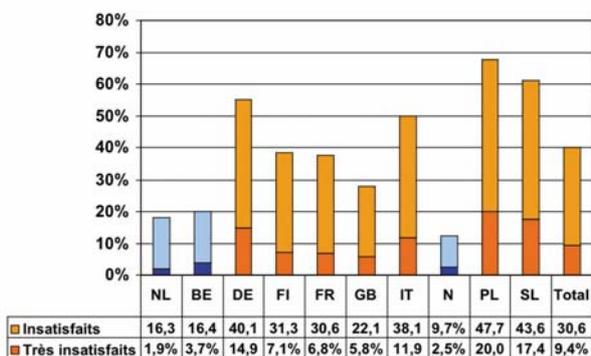


### Les perspectives professionnelles

On constate que les pays où le temps relationnel et l'entente sont les plus développés sont aussi ceux où l'incertitude sur ce qui peut être dit au malade ou à sa famille est la plus faible.

Sur l'ensemble du panel européen, l'insatisfaction sur les perspectives professionnelles, tous grades confondus, vient ensuite. Mais elle est très inégalement répartie.

### Insatisfaction des perspectives professionnelles

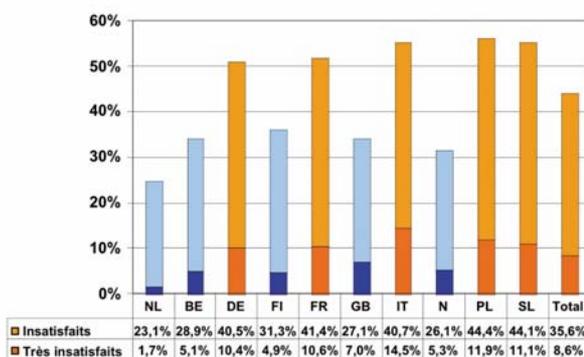


On constate qu'elle est de 67,7 % pour la Pologne, 61 % pour la Slovaquie 55 % pour l'Allemagne et 50 % pour l'Italie. Alors que la Finlande ne compte que 38,4 % de soignants insatisfaits, 34,7 % pour la France et 27,9 % pour la Grande Bretagne. Bien mieux lotis encore sont les soignants de la Belgique, des Pays-Bas et de la Norvège où seuls 19,1 %, 17,2 % et 12,2 % des soignants sont insatisfaits.

### La charge physique de travail

La pénibilité physique du travail est elle aussi perçue de façon très inégale selon les pays.

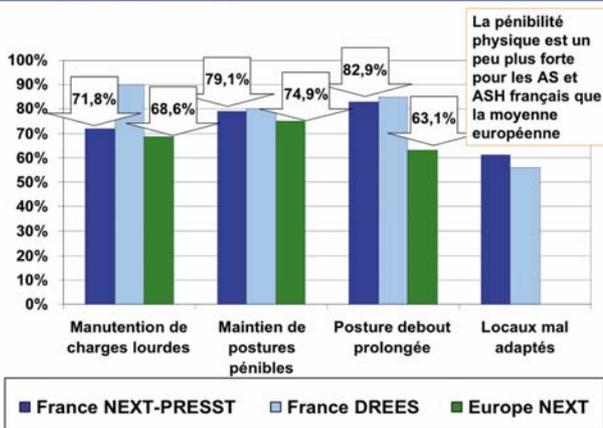
### Insatisfaction des conditions physiques de travail



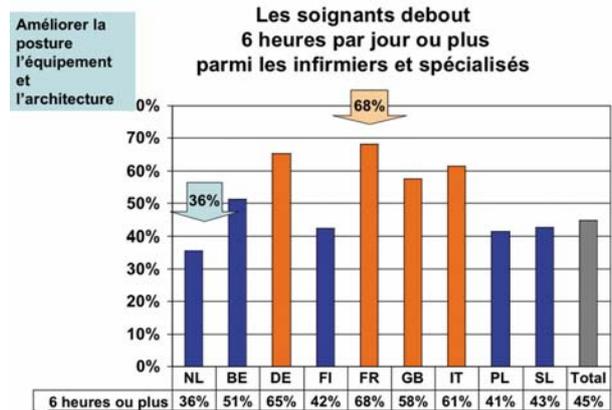
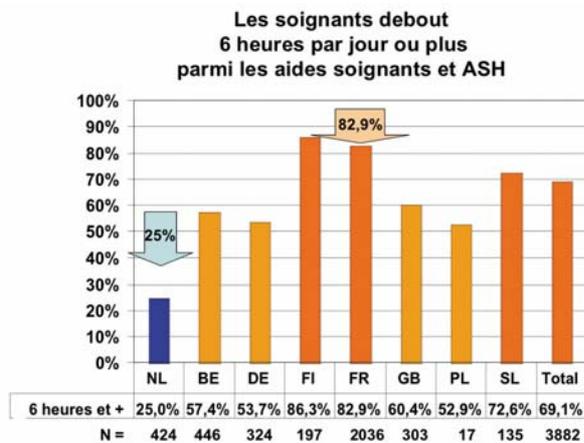
L'insatisfaction liée aux conditions physiques de travail est la plus importante en Pologne (56,3 %), puis en Slovaquie et Italie (55,2 %), France (52 %) et Allemagne 50,9 %. L'écart se creuse au bénéfice de la Finlande avec seulement 36,2 % de soignants insatisfaits, 34,1 % pour la Grande-Bretagne, 34 % pour la Belgique, 30,4 % pour la Norvège et 24,8 % pour les Pays-Bas.

Les aides soignants et ASH sont très exposés à la pénibilité physique, et encore plus en France pour les postures pénibles et les postures debout prolongées. Ces résultats sont concordants avec ceux recueillis par l'étude de la DRESS.

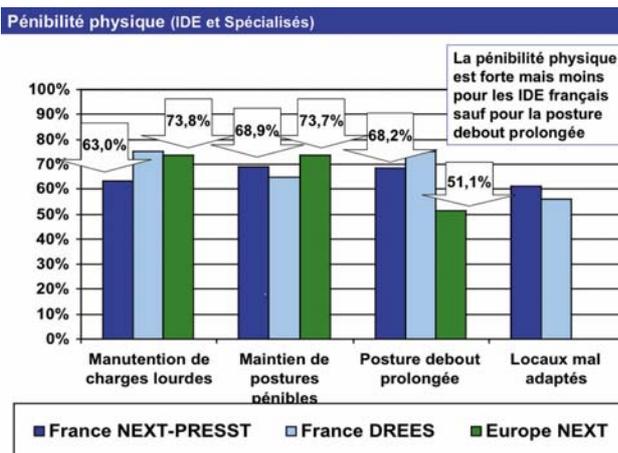
### Pénibilité physique (AS et ASH)



Ainsi, 82,9 % des AS et ASH français sont debout 6 heures par jour, ou plus, contre 25 % des AS et ASH des Pays-Bas. Les AS finlandais sont très exposés mais leur nombre est faible comparé à celui des infirmiers en Finlande.



La pénibilité physique est fréquemment décrite aussi par les infirmiers et spécialisés (plus de 60 % sont concernés sur les différents aspects), mais un peu moins par les IDE français, sauf pour la posture debout prolongée. Ces résultats sont concordants avec ceux recueillis par l'étude de la DRESS.

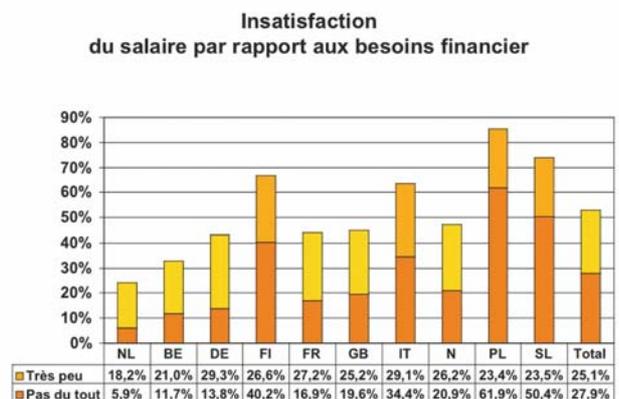


Les infirmiers français de l'étude PRESST, et de celle de la DRESS, sont près de la moitié à considérer que leurs locaux sont mal adaptés aux exigences de leur travail. Cette affirmation est encore plus fréquente pour les AS et ASH français. Cette question n'a pas été posée dans les autres pays.

La posture debout 6 heures par jour et plus est décrite par plus de 60 % des infirmiers français, allemands et Italiens. Par contre ceux des Pays-Bas sont moins de 40 % dans ce cas et ceux de Finlande, Pologne et Slovaquie moins de 50 %.

## Salaire et besoins financiers

LL'insatisfaction concernant le salaire semble importante pour tous les pays étudiés. Au total 53 % des soignants en sont insatisfaits. Cette insatisfaction est majeure dans les pays nouvellement entrés dans l'Union Européenne (Pologne 85,3 %; Slovaquie 83,9 %). Elle est aussi très forte en Finlande et en Italie. Elle est moindre aux Pays-Bas et en Belgique.



## La santé au travail

La question était libellée ainsi : "Dans la liste suivante, inscrivez les maladies et blessures dont vous souffrez actuellement. Indiquez aussi si un médecin a fait le diagnostic ou traité ces problèmes de santé".

L'ensemble des soignants de l'échantillon européen ont déclaré avoir eu les affections suivantes:

- un **accident 13 %** (9,7% traité),
- des **troubles musculo-squelettiques 52,8 %** (28,7 % traités),
- une maladie cardio-vasculaire 11,6 % (9,1 % traitée),
- une maladie respiratoire 13,8 % (9,2 % traitée),
- des **troubles de la santé mentale 18,9 %** (5,4 % traités),

- des troubles neurologiques ou sensoriels 19,4 % (10,5 % traités),
- des troubles digestifs 22,3 % (11,3 % traités),
- des **problèmes cutanés 27,7%** (15,6 % traités),
- une tumeur 2 %
- une maladie métabolique ou endocrine 8,4 %
- une maladie sanguine 5,7 %
- une pathologie congénitale 1,6 %
- une autre pathologie 6,2 %

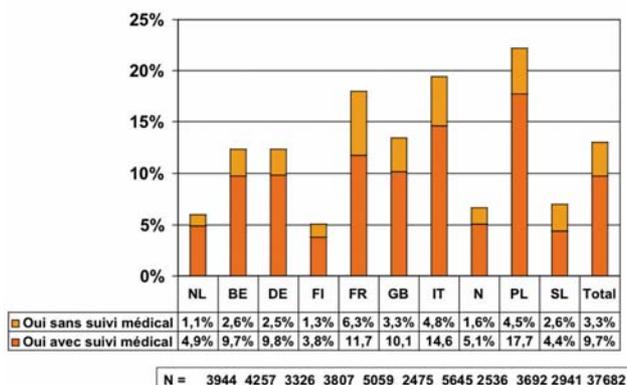
Nous analyserons ici les facteurs de risque des accidents, des TMS, des troubles de la santé mentale, et des dermatoses.

### Les accidents

Proposition de la liste : "Blessures suite à un accident (ex : au dos, aux membres, brûlure...)"

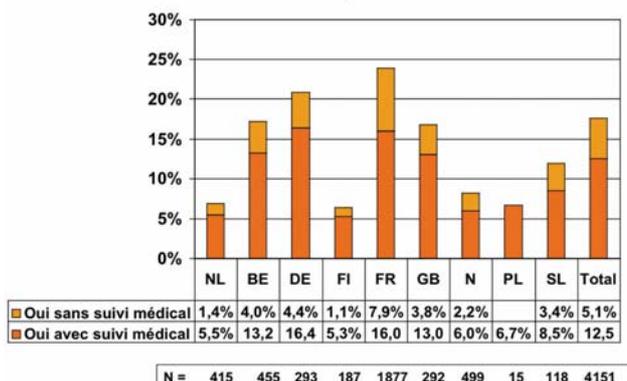
Plus de 15 % des soignants en Pologne, Italie et France ont déclaré un accident. Ce n'est le cas seulement de moins de 8 % en Finlande, aux Pays-Bas, en Norvège et en Slovaquie.

Soignants ayant déclaré une blessure par accident



Les aides soignants et ASH paient un plus lourd tribut aux accidents. Plus de 20 % des aides soignants et ASH en France et Allemagne ont déclaré un accident. C'est le cas de moins de 8 % en Finlande, aux Pays-Bas et en Norvège. L'effectif est insuffisant pour considérer la situation des AS en Pologne.

Aides Soignants et ASH ayant déclaré une blessure par accident



Ces constats de l'étude PRESST -NEXT sont **confirmés par les statistiques de l'étude de l'invalidité, qui vient d'être publiée en janvier 2004 par la Caisse des Dépôts –Etablissement de Bordeaux, Service "Etudes et Actuariat".**

Les AS ont 60 % de plus de survenue d'accidents de travail justifiant l'attribution d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI) que les IDE. Les ASH ont 45 % de plus de survenue d'accidents de travail justifiant l'attribution d'une allocation temporaire d'invalidité que les IDE.

La cause la plus fréquente d'attribution d'une ATI pour les collectivités hospitalières est "l'effort" qui concerne 27 % des agents indemnisés. La deuxième cause d'attribution d'une ATI est la **chute** qui concerne 15,3% des agents.

Si l'on regroupe, comme il est classique de le faire, les **chutes et glissades**, les accidents en circulation doivent être ajoutés aux chutes. Dans ce cas, les chutes et accidents en circulation représentent 24 % des accidents.

Répartition professionnelle du flux des agents hospitaliers percevant une allocation temporaire d'invalidité (ATI) au titre des accidents de travail à l'ATIACL en 2002

**Nouveaux allocataires en 2002**  
**30 % des ATI sont accordées à des AS**  
**23 % des ATI sont accordées à des IDE**  
**13 % des ATI sont accordées à des ASH**

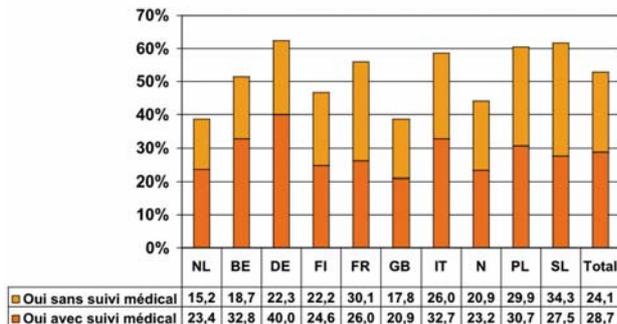
Total attribué	Effectif des soignants des collectivités hospitalières publiques selon la SAE 1999	Incidence pour 1000 soignants de chaque grade
à des AS 379	78 747	4,8
à des ASH 551	165 014	3,3
à des IDE 367	190 323	1,9

## Les troubles musculo-squelettiques

Proposition de la liste : Pathologie ostéo-articulaire ou musculaire du dos, des membres ou de toute partie du corps ex. : douleur répétée articulaire, des articulations, des muscles, sciatique, arthrite, arthrose)

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont déclarés par près de 60 % des soignants allemands slovaques, italiens et français. Ils concernent près de 40 % de ceux travaillant aux Pays-Bas, en Grande-Bretagne et en Norvège.

Soignants ayant déclaré des troubles musculo-squelettiques (TMS)

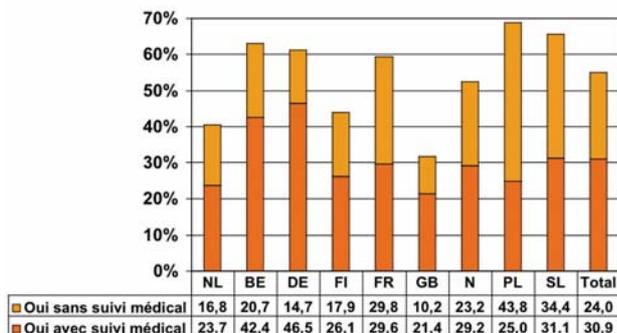


N = 3956 4257 3442 3788 5200 2489 5645 2560 3927 3123 38387

L'étude plus spécifique des AS et ASH montre des résultats voisins sauf en Belgique où ils sont plus concernés par les TMS que l'ensemble des soignants de tous grades.

Mais, si l'on s'intéresse aux TMS traités médicalement davantage d'aides soignants et d'ASH sont concernés. Ils sont plus de 40 % dans ce cas en Belgique et en Allemagne alors que sur l'ensemble de l'échantillon aucun pays ne dépasse la proportion de 40 % de soignants suivis médicalement pour TMS.

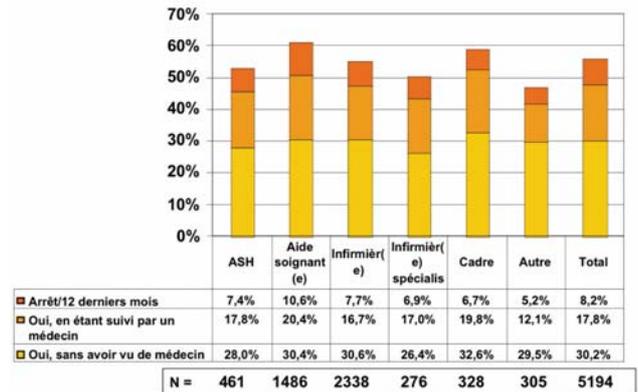
Aides Soignants et ASH ayant déclaré des troubles musculo-squelettiques (TMS)



N = 417 455 312 184 1947 295 514 16 122 4262

En France, nous avons détaillé les traitements avec et sans arrêts de travail pour TMS.

## Troubles musculo-squelettiques selon le grade en France



On constate que les cadres, plus âgés et ayant eu une carrière de soignants au lit du malade, souffrent autant que les AS et ASH, plus jeunes. Mais, leur travail actuel est davantage compatible avec ces douleurs, si elles sont modérées. Le travail actuel des AS et ASH comporte le plus d'activités de maintenance et de postures pénibles ce qui est lié avec leur plus grande fréquence d'arrêts (10,6 % contre 6,7 % pour les cadres).



Il est possible d'étudier le poids spécifique de chaque facteur de risque en prenant en compte les autres facteurs, par une régression logistique multiple.

Cette analyse montre que, après prise en compte de l'âge, du grade, du sexe, et de la santé mentale, les conditions physiques de travail défavorables (prendre des postures pénibles plus de 6 fois par jour) sont spécifiquement liées à 50 % de plus de TMS traités. Ceux qui déclarent devoir soulever des malades sans aide plus de 10 fois par jour ont 16% de plus d'inaptitude que ceux qui ne le font pas ou au plus 5 fois par jour.

(14 % de plus quand elle n'est pas bonne). Une santé mentale dégradée est retrouvée fréquemment parmi les soignants ayant un traitement pour TMS (presque 2 fois plus parmi les soignants qui déclarent des problèmes de santé mentale traités).

Facteurs associés, en EUROPE, avec des TMS traités (Odds ratios ajustés) N= 6 788 / 24 566 soignants		
Soulever des malades 2-10 fois / jour	1,10 **	16 % à 50% de plus de restriction d'aptitude quand la charge physique est élevée
>10 fois / jour	1,16 **	
Postures inconfortables 6-10/jour	1,27 ***	
>10/ jour	1,50 ***	
Demande quantitative moyenne élevée	1,11 **	
Service de soins à domicile (/ médecine) de gériatrie	1,25 ***	
Insatisfait du soutien psychologique	1,52 ***	10 à 20 % de plus si pas d'entraide ou horaires extensifs
Score de soutien des collègues faible	1,09 **	
Insatisfaction du temps de transmission	1,14 ***	
Changements d'horaire sans prévention	1,13 ***	
Heures supplémentaires	1,20 ***	39 % plus si fatigue 2 fois plus si pb de santé mentale
Fatigue	1,10 **	
Pb de santé mentale traités	1,39 ***	
Femmes (par rapport à hommes)	1,99 ***	Le sexe n'a plus d'influence après prise en compte des conditions de travail.
Grade Infirmier(par rapport à cadre)	ns	Un peu + pour les moins gradés.
AS-ASH	1,17 ***	L'âge et l'ancienneté de l'exposition ont une influence majeure.
Ancienneté >15 ans	1,17 ***	
Age 39- 45 ans (par rapport à <30)	1,41 ***	
> 45 ans (par rapport à <30)	2,14 ***	

Facteurs associés, en EUROPE, avec une inaptitude partielle liée aux lombalgies et dorsalgies (Odds ratios ajustés) N= 10 283 / 23 868 soignants		
Debout 4 heures et plus	1,13 **	50% à 78% de plus de restriction d'aptitude quand la charge physique est élevée
Soulever des malades 2-10 fois / jour	1,38 ***	
>10 fois / jour	1,50 ***	
Postures inconfortables 2-10/jour	1,40 ***	
>10/ jour	1,78 ***	
Demande quantitative moyenne élevée	1,21 ***	
Service de soins à domicile (/ médecine) de gériatrie	1,53 ***	
Insatisfait du soutien psychologique	1,31 ***	22% de plus si pas d'entraide
Collègues peu prêts à aides	1,19 ***	
Fatigue	1,22 **	70% plus si fatigue ou pb de santé mentale
Pb de santé mentale non traités	1,22 ***	
traités	1,69 ***	Sport et temps partiel protègent
Pas de sport et hobbies	1,87 ***	Un peu + pour les femmes et les moins gradés.
Temps plein (par rapport à temps partiel)	1,72 ***	L'âge et l'ancienneté de l'exposition ont moins d'influence que les conditions de travail
Femmes (par rapport à hommes)	1,35 **	
Grade Infirmier(par rapport à cadre)	1,46 ***	
AS-ASH	1,36 ***	
Ancienneté >15 ans	1,21 ***	
Age 45 ans (par rapport à <30)	1,24 ***	
	1,35 ***	
	1,41 ***	

En France, on relève les mêmes influences, en particulier celle des postures inconfortables et une situation particulièrement défavorable pour les AS et ASH. Certaines tendances sont retrouvées sans atteindre le seuil de significativité du fait de la taille plus petite de l'échantillon.

En France, on retrouve les mêmes facteurs de risque pour l'inaptitude partielle due aux lombalgies et dorsalgies.

Facteurs associés, en FRANCE, avec des TMS traités (Odds ratios ajustés) N= 948 / 3 873 soignants		
Soulever des malades 2-10 fois / jour	0,98 ns	43 % de plus de restriction d'aptitude quand les postures inconfortables sont fréquentes
>10 fois / jour	1,08 ns	
Postures inconfortables 6-10/jour	1,50 ***	
>10/ jour	1,43 **	
Demande quantitative moyenne élevée	1,17 ns	
Service de soins à domicile (/ médecine) de gériatrie	1,25 ns	
Insatisfait du soutien psychologique	2,26 ***	Les effectifs ne sont pas suffisants pour laisser apparaître le rôle de l'équipe
Score de soutien des collègues faible	1,26 *	59 % de plus si fatigue
Insatisfaction du temps de transmission	1,07 ns	Près de 2 fois plus si pb de santé mentale
Changements d'horaire sans prévention	1,09 ns	Le sexe n'a plus d'influence. Nettement plus pour les moins gradés.
Heures supplémentaires	1,07 ns	L'âge et l'ancienneté de l'exposition ont une influence majeure.
Fatigue	1,04 ns	
Pb de santé mentale traités	1,59 ***	
Femmes (par rapport à hommes)	1,90 ***	
Grade Infirmier(par rapport à cadre)	ns	
AS-ASH	1,30 ***	
Ancienneté >15 ans	1,47 ***	
Age 39- 45 ans (par rapport à <30)	1,43 ***	
> 45 ans (par rapport à <30)	1,67 ***	
	2,90 ***	

Facteurs associés, en FRANCE, avec une inaptitude partielle liée aux lombalgies et dorsalgies (Odds ratios ajustés) N= 1 563 / 3 594 soignants		
Debout 4 heures et plus	0,90 ns	39 % à 69 % de plus de restriction d'aptitude quand la charge physique est élevée
Soulever des malades 2-10 fois / jour	1,25 **	
>10 fois / jour	1,37 **	
Postures inconfortables 2-10/jour	1,51 ***	
>10/ jour	1,69 ***	
Demande quantitative moyenne élevée	0,99 ns	
Service de soins à domicile (/ médecine) de gériatrie	1,15 ns	
Insatisfait du soutien psychologique	1,45 ns	23 % de plus si pas d'entraide
Collègues peu prêts à aides	1,26 *	
Fatigue	1,18 *	Presque 2 fois plus si fatigue
Pb de santé mentale non traités	1,23 *	35 % à 45 % de plus si pb de santé mentale
traités	1,95 ***	
Pas de sport et hobbies	1,43 **	Presque 2 fois plus pour les AS et ASH
Temps plein (par rapport à temps partiel)	1,07 ns	L'âge et l'ancienneté de l'exposition ont un rôle majeur
Femmes (par rapport à hommes)	1,16 ns	
Grade Infirmier(par rapport à cadre)	1,15 ns	
AS-ASH	1,27 ns	
Ancienneté >15 ans	1,77 ***	
Age 45 ans (par rapport à <30)	1,42 **	
	2,01 ***	

Si l'on s'intéresse à l'inaptitude partielle (au travail, dans les loisirs et la vie personnelle) due aux lombalgies et dorsalgies, on constate aussi, après prise en compte de l'âge, du grade, du sexe, et de la santé mentale, que les conditions physiques de travail défavorables sont spécifiquement liées à presque deux fois plus de restriction d'aptitude physique. Ainsi, les soignants qui déclarent devoir prendre des postures pénibles plus de 10 fois par jour ont 78% de plus d'inaptitude que ceux qui ne le font pas ou au plus 5 fois par jour. Les soignants qui déclarent devoir soulever des malades sans aide plus de 10 fois par jour ont 50% de plus d'inaptitude que ceux qui ne le font pas ou au plus 1 fois par jour.

L'entraide entre collègues a aussi un rôle important pour prévenir la restriction d'aptitude physique (22% de plus quand elle n'est pas bonne). Une santé mentale dégradée est retrouvée fréquemment parmi les soignants ayant une forte inaptitude physique (87 % de plus parmi les soignants qui déclarent des problèmes de santé mentale non traités et 72 % traités).

La pratique du sport est protectrice (35 % de plus chez ceux qui n'en pratiquent pas).



Le questionnaire français demandait une précision supplémentaire concernant les arrêts de travail pour cette pathologie dans les 12 derniers mois.

### Fréquence des arrêts pour TMS parmi les 7 033 soignants Français selon la fréquence des postures pénibles

Age (effectif)	0-5 par jour	6-10 par jour	>10 par jour
< 30 ans (1 425)	3,4 %	7,4 %	6,8 %
30 – 44 ans (3 021)	5,7 %	11,4 %	12,8 %
45 ans et + (1 893)	8,2 %	14,4 %	18,1 %

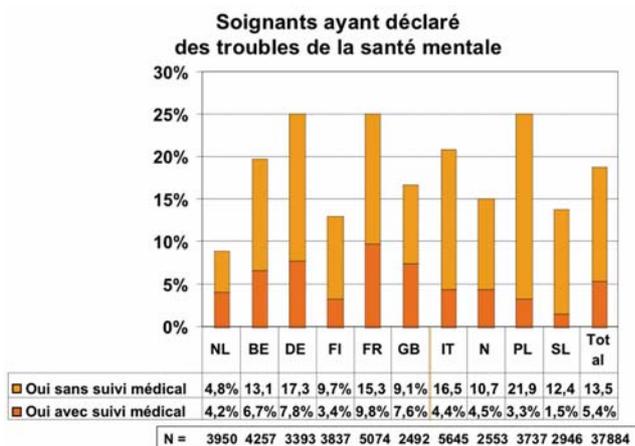
On constate que les soignants de 45 ans et plus qui n'ont pas à maintenir de fréquentes postures pénibles s'arrêtent moins que ceux de 30 à 44 ans qui doivent le faire souvent.

### Les problèmes de santé mentale

Proposition de la liste : Trouble de la santé mentale (ex : dépression, « burn out », anxiété, insomnie)

Près du quart des soignants ont déclaré des troubles de la santé mentale en Pologne, France et Allemagne. Ce n'est le cas que de 15 % ou moins aux Pays-Bas, en Finlande et en Norvège.

C'est en France que les soignants sont le plus nombreux à déclarer être suivi médicalement pour troubles de la santé mentale (9,8 %) ensuite on trouve l'Allemagne, la Grande-Bretagne et la Belgique (7,8 %, 7,6 % et 6,7 %). Moins de 5 % des soignants des autres pays déclarent être suivis médicalement.



Il est possible d'étudier le poids spécifique de chaque facteur de risque en prenant en compte les autres facteurs, par une régression logistique multiple. Cette analyse montre que, après prise en compte de l'âge, du grade, du sexe, et de la santé mentale, une forte crainte de faire des erreurs dans les soins est liée à une augmentation de 71 % des problèmes de santé mentale.

### Facteurs associés, en Europe, avec des troubles de la santé mentale (Odds ratios ajustés) N = 4 585 / 23 373 soignants

Forte crainte des erreurs	1,71 ***	Une forte crainte de faire des erreurs dans les soins est liée à 71% de plus de problèmes de santé mentale
Incertitude concernant les équipements	1,16 ***	
Informations nécessaires souvent trop tard	1,17 ***	
Fréquemment interrompu	1,22 ***	
Débordé par les tâches à faire	1,18 ***	
Peu d'autonomie sur quand réaliser les tâches	1,15 ***	
Violence des patients et familles	1,26 ***	
Travail peu varié	1,30 ***	
Insatisfait de la qualité des soins	1,14 ***	
Faible aide des collègues	1,11 *	
Harcèlement des collègues	1,28 ***	
Relations hostiles avec les collègues	1,35 ***	
Harcèlement des supérieurs	1,49 ***	
Insatisfait du temps de chevauchement	1,28 ***	Le travail de nuit, et les TMS ont un rôle majeur pour la santé mentale
Travail de nuit fixe	1,40 ***	
Troubles Musculo Squelettiques	2,05 ***	Les femmes vivant seules ne faisant pas de sport et insatisfaites de leurs perspectives professionnelles sont plus à risque
Femmes	1,36 ***	
Vie Seul(e) (/ 2adultes sans enfants)	1,33 ***	
Seul(e) avec enfant(s)	1,30 ***	
Deux adultes avec enfants	0,86 ***	
Sport presque jamais	1,38 ***	
Grade AS et ASH	1,20 *	
Insatisfait des perspectives professionnelles	1,43 ***	
Age >45 ans (/ <=45 ans)	1,44 ***	
Ancienneté >15 ans	1,29 **	

L'incertitude pour utiliser les équipements, le manque d'informations et les interruptions jouent un rôle important dans le survenue de troubles de santé mentale ainsi que la violence et l'insatisfaction de la qualité des soins dispensés.

En France, on relève les mêmes influences, en particulier celle de la crainte des erreurs, de l'impression d'être débordé et de la violence. Le rôle de la qualité des relations au sein de l'équipe est encore plus fort. Certaines tendances sont retrouvées sans atteindre le seuil de significativité du fait de la taille plus petite de l'échantillon.

### Facteurs associés, en FRANCE, avec des troubles de la santé mentale (Odds ratios ajustés) N = 943 / 3 791 soignants

Forte crainte des erreurs	1,51 ***	Une forte crainte de faire des erreurs dans les soins est liée à 51% de plus de problèmes de santé mentale
Incertitude concernant les équipements	ns	
Informations nécessaires souvent trop tard	ns	
Fréquemment interrompu	ns ***	
Débordé par les tâches à faire	1,30 **	
Peu d'autonomie sur quand réaliser les tâches	ns	
Violence des patients et familles	1,21 *	
Travail peu varié	1,21 *	
Insatisfait de la qualité des soins	ns	
Faible aide des collègues	ns	
Harcèlement des collègues	1,82 ***	
Relations hostiles avec les collègues	1,46 ***	
Harcèlement des supérieurs	1,35*	
Insatisfait du temps de chevauchement	ns	Les TMS ont un rôle majeur pour la santé mentale
Travail de nuit fixe	ns	
Troubles Musculo Squelettiques	1,80 ***	Les femmes ne faisant pas de sport et insatisfaites de leurs perspectives professionnelles sont plus à risque
Femmes	1,42 *	
Vie familiale)	ns	
Sport presque jamais	1,37 ***	
Grade	ns	
Insatisfait des perspectives professionnelles	1,50 ***	
Age >45 ans (/ <=45 ans)	ns	
Ancienneté >15 ans	1,67 ***	



Les troubles de la santé mentale augmentent avec l'âge, mais, sur l'échantillon français, on constate que les soignants plus âgés ayant rarement de crainte

de faire des erreurs ont près de deux fois moins de troubles.

**Fréquence des troubles de la santé mentale  
parmi les 7 033 soignants Français  
selon la fréquence de la crainte des erreurs**

Age (effectif)	Rarement	Parfois	Souvent
< 30 ans (1 440)	14,6 %	16 %	24,6 %
30 – 44 ans (3 079)	21,1 %	24 %	31,8 %
45 ans et + (1 962)	23,3 %	26,8 %	38,4 %

Cette question de la crainte de faire des erreurs renforce notre conclusion sur l'importance du travail d'équipe pluridisciplinaire.

L'analyse multivariée concernant la forte crainte de faire des erreurs montre le rôle spécifique des différents facteurs. On observe des odds ratios dépassant deux, soit deux fois plus de crainte des erreurs dans certaines situations.

L'incertitude sur les équipements, ne pas savoir quoi dire aux malades, l'épuisement émotionnel sont des facteurs multipliant la crainte de faire des erreurs.

**Forte crainte de faire des erreurs (Europe)**

Incertitude concernant les équipements	2.33 ***
Devoir travailler rapidement	2.09 ***
Être débordé par la quantité de travail	1.60 ***
Ne pas savoir quoi dire aux patients	1.42 ***
Durée hebdomadaire de 35 heures ou plus	1.46 ***
Travail de nuit fixe	1.41 **
Epuisement émotionnel	1.44 ***
Troubles de la santé mentale	1.46 ***
Fatigue	1.36 ***
Travail debout 6 heures par jour ou plus	1.28 ***
Relations moyennes avec les médecins	1.22 ***
Relations moyennes avec l'administration	1.28 ***
Peut décider partiellement comment réaliser	1.26 ***
Ancienneté 15 ans ou plus	0.83 ***
Travail en gériatrie	0.70 ***
Pédiatrie - maternité	0.80 ***

Le développement du tutorat des nouveaux par des soignants expérimentés est une bonne opportunité pour la reconnaissance de la compétence, dans le déroulement de carrière, par la création de postes d'infirmiers référents ou cliniciens.

La stratégie visant à augmenter la productivité par la flexibilité des affectations est dangereuse aussi bien pour la qualité des soins que pour la santé mentale des soignants.

Elle est aussi liée, comme nous le reverrons au départ de soignants qualifiés.

Les changements de postes devraient être organisés seulement après 2 à 4 années de travail dans le même service.

Des protocoles doivent être mis au point pour choi-

sir, tester et implanter les nouveaux équipements dans les unités de soins. Afin que chaque soignant soit à l'aise avec leur utilisation avant d'avoir à les utiliser seul.

"Faire du patient un partenaire" nécessite de fréquentes discussions multidisciplinaires impliquant tous ceux qui s'occupent des mêmes patients. Il est nécessaire de veiller à qui peut y participer, au lieu où elles se tiennent et au moment le plus propice.

La qualité des relations avec les collègues est protectrice à tout âge et limite l'impact de l'âge.

**Fréquence des troubles de la santé mentale  
parmi les 7 033 soignants Français  
selon la qualité des relations entre collègues**

Age (effectif)	Amicales	Moyennes	Tendues
< 30 ans (1 438)	23,3 %	27,9 %	39,6 %
30 – 44 ans (3 060)	22,8 %	36,3 %	49,1 %
45 ans et + (1 933)	26,9 %	36,3 %	50,5 %



**La violence**

La violence, qui peut avoir des conséquences dramatiques, se retrouve plus souvent dans certaines circonstances. L'analyse par régression logistique fait apparaître le rôle de la cohérence d'un projet de soin élaboré par une équipe soudée dans la prévention des incidents violents. Désamorcer la violence en psychiatrie, rassurer les personnes âgées démentes nécessite d'avoir clarifié l'attitude adaptée dans chaque cas et d'avoir du temps à consacrer à chaque patient sans interruptions constantes.

Facteurs associés, en Europe , avec des épisodes violents au moins mensuels (Odds ratios ajustés) N = 5252 / 20 649 soignants		
Fréquemment interrompu	2,16 ***	Manquer de temps, être très interrompu, incertain sur les traitements, manquer de temps pour transmettre entre collègues, sont liés à 1,5 à 2 fois plus de déclaration d'exposition à la violence.
Insatisfait du soutien psychologique	1,23 ***	
Faible aide des collègues	1,15 **	
Insatisfait du temps de chevauchement	1,47 ***	
Incertitude forte sur les traitements	1,75 ***	
Demande quantitative moyenne élevée	1,30 **	
	1,69 ***	
Jour non classique (/jour classique)	1,29 **	
Nuit fixes	2,47 ***	Les soignants de nuits ou en horaires alternants se déclarent plus victimes de
Alternant sans nuit	1,88 ***	
Alternant avec nuit	1,75 ***	
Travail à temps plein (/temps partiel)	1,31 ***	Les soignants s'occupants de personnes âgées sont à la fois insatisfaits des conditions physiques et exposés à la violence
Score de handicap physique moyen ou élevé	1,18 **	
Insatisfaction des conditions physiques	1,51 ***	
Service de Soins intensifs (/ Méd. -chir.)	1,25 ***	Les soignants de psychiatrie sont 5 fois plus exposés que ceux de médecine chirurgie.
S. à domicile -hóp. de jour -consultations	0,74 **	
Pédiatrie -obstétrique -gynéco.	0,96 ns	
M. de retraite -long séjour	1,32 ***	
Psychiatrie	5,36 ***	
Autre	0,82 **	
Femmes	0,84 *	
Grade aide soignant (/cadre)	1,23 ***	

En France les mêmes facteurs de risque, interruptions, incertitudes, horaires de nuits, travail en psychiatrie et gériatrie sont encore plus marquants. Le travail en réanimation - urgences a aussi une exposition plus importante que dans les services de médecine.

Facteurs associés, en FRANCE , avec des épisodes violents au moins mensuels (Odds ratios ajustés)		
Fréquemment interrompu	2,49 ***	Manquer de temps, être très interrompu, incertain sur les traitements, manquer de temps pour transmettre entre collègues, sont liés à 1,3 à 2,5 fois plus de déclaration d'exposition à la violence.
Insatisfait du soutien psychologique	1,31 **	
Faible aide des collègues	1,01 ns	
Insatisfait du temps de chevauchement	1,36 **	
Incertitude forte sur les traitements	1,82 ***	
Demande quantitative moyenne élevée	1,48 **	
	1,84 ***	
Jour non classique (/jour classique)	1,60 *	
Nuit fixes	1,53 *	Les soignants de nuits ou en horaires alternants se déclarent plus victimes de
Alternant sans nuit	1,57 **	
Alternant avec nuit	1,78 ***	
Travail à temps plein (/temps partiel)	1,47 ***	Les soignants s'occupants de personnes âgées sont à la fois insatisfaits des conditions physiques et exposés à la violence
Score de handicap physique moyen ou élevé	1,21 **	
Insatisfaction des conditions physiques	1,51 **	
Service de Soins intensifs (/ Méd. -chir.)	1,50 ***	Les soignants de psychiatrie sont 6 fois plus exposés que ceux de médecine chirurgie.
S. à domicile -hóp. de jour -consultations	0,87 ns	
Pédiatrie -obstétrique -gynéco.	0,48 **	
M. de retraite -long séjour	1,43 **	
Psychiatrie	5,67 **	
Autre	0,89 ns	
Femmes	0,92 ns	
Grade spécialisés (/cadre)	0,73 ns	
infirmiers	1,86 ***	
aide soignant	1,65 **	Les IDE et AS près de 2 fois plus que les cadres

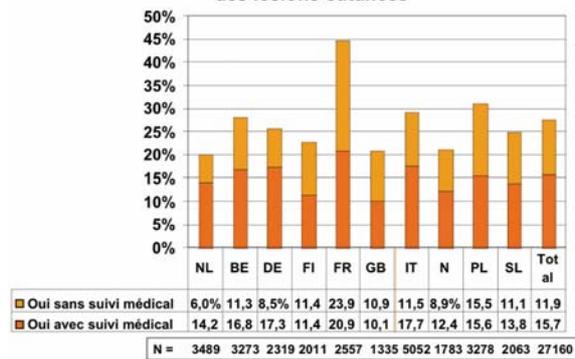
### Les problèmes cutanés

Proposition de la liste : Maladie de peau (ex. : allergie, autre dermite ...)

Le quart des infirmiers a déclaré des problèmes cutanés, mais davantage en France (44,8 %). Ces problèmes sont suivis médicalement pour plus de 16 % des infirmiers en France, Italie, Allemagne et Belgique. Ils sont moins de 15 % à le déclarer dans les autres pays.

L'organisation du travail et les modes de transmission des informations peuvent générer des interruptions très fréquentes. (Comment se laver les mains à chaque entrée et sortie de chambre, lorsque l'on est amené à y entrer plus de 50 fois par jour du fait des interruptions souvent liées au manque d'informations ? Au-delà de 25 lavages par jour la peau des mains se crevasse !). Le protocole de lavage des mains, pour être respecté, dépend d'une organisation des soins où chaque soignant s'occupe d'un groupe de patients, a le matériel adapté sur un chariot et les informations nécessaires pour ne pas multiplier les déplacements.

Infirmiers et spécialisés ayant déclaré des lésions cutanées



Les facteurs liés à l'organisation collective du travail, à la transmission des informations peuvent réduire ou multiplier les interruptions.

Les multiples entrées et sorties de chambre réduisent les échanges avec les patients et augmentent le nombre théoriquement nécessaire de lavage de mains.

Les services de médecine, chirurgie et réanimation sont plus à risque que les soins à domicile, la pédiatrie, la gériatrie, ou l'organisation des soins réduit le besoin de lavages.

Les soignants entrant plus de 50 fois dans leur journée de travail dans une chambre (comme le montrent les observations ergonomiques), ne peuvent se laver 100 fois les mains et s'inquiètent de la qualité des soins. Mais leur trentaine de lavages n'est pas tolérée par leur peau. Il faut souligner qu'une peau lésée est vectrice de contamination manu -portée.

Les femmes cumulant les soins aux travaux domestiques sont plus exposées.

Facteurs associés, en EUROPE , avec des problèmes cutanés (Odds ratios ajustés) N = 7 148 / 24 458 soignants		
Fréquemment interrompu	1,29 ***	La pression temporelle les interruptions le manque d'organisation collective multiplient inutilement le nombre de lavages des mains qui décapent la peau
Nécessité de travailler rapidement	1,17 ***	
Temps insuffisant pour parler aux patients	1,08 *	
Collègues peu prêts à aider	1,13 ***	
Peu d'occasion de discuter d'organisation	1,08 *	
Insatisfait du temps de chevauchement	1,29 ***	
Soins à dom consult (/médecine chir)	0,82 **	Les soins de base sont plus l'occasion de lavages de mains
Pédiatrie et maternité	0,89 *	
Gériatrie	0,88 *	
Grade Spécialisés (/cadre)	1,16 *	Les femmes, cumulant les tâches domestiques et les soins sont plus à risque
IDE	1,22 ***	
AS et ASH	1,63 ***	
Travail à temps plein (/ temps partiel)	1,21 ***	
Femmes	1,56 ***	
Seul avec enfant (/ 2 adultes sans enf)	1,15 *	
Ancienneté >5 ans	1,08 ns	

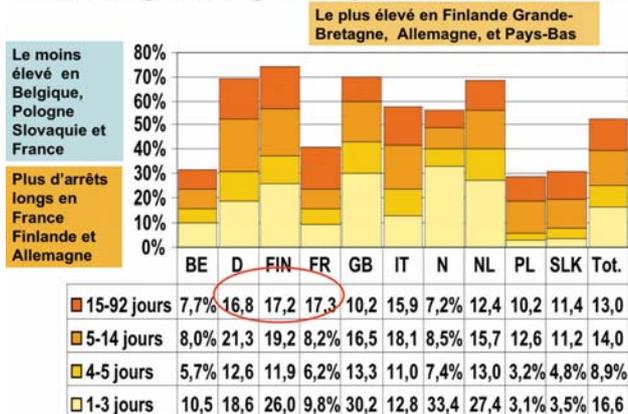
## Les arrêts maladie

Plus de la moitié des soignants en Pologne, Slovaquie, Belgique et France n'ont eu aucun arrêt dans les 12 derniers mois, selon leurs déclarations.

Les arrêts courts, de 5 jours au plus sont nettement plus fréquents en Grande-Bretagne, Norvège, Pays-bas et Finlande.

Mais plus de 16 % des soignants ont eu plus de 15 jours d'arrêts en France, Finlande et Allemagne.

### Pourcentage de soignants ayant des arrêts maladie



L'analyse multivariée montre la prééminence des facteurs de santé mentale suivis par la santé physique bien avant les caractéristiques personnelles dans la survenue de plus de 5 jours d'arrêts de travail dans les 12 derniers mois.

Les soignants de gériatrie et de soins à domicile qui peuvent cumuler pénibilité physique et psychologique déclarent plus d'arrêts.

Il faut préciser que les soins à domicile concernent une plus grande part de l'effectif en Allemagne, alors que cette rubrique en France regroupe plutôt des soignants en consultation ou hôpital de jour. Les soignants français obtiennent ces postes à horaires plus agréables souvent en milieu ou fin de carrière.

### Facteurs associés, en EUROPE, avec des arrêts maladie de plus de 5 jours (Odds ratios ajustés) N = 5 825 / 21 151 soignants

Problèmes de santé mentale traités	2,24 ***	2 fois plus si problèmes de santé mentale
Travail peu varié	1,09 *	
Insatisfait de l'utilisation des compétences	1,13 ***	Plus, si organisation des horaires permettant mal de structurer un travail d'équipe
Insatisfait du temps de chevauchement	1,14 **	
Changement d'horaire avec délai court	1,17 ***	
Restriction d'aptitude physique	1,91 ***	Presque 2 fois plus si restriction d'aptitude physique
Insatisfait des conditions physiques	1,10 **	Plus, si charge physique élevée
Postures inconfortables 2-10/jour	1,11 ***	
>10/ jour	1,26 ***	
Travail en gériatrie (/ médecine -chirurgie)	1,12 *	Gériatrie et soins à domicile cumulent difficultés physiques et psychologiques
Travail en soins à domicile	1,27 ***	
Femmes	ns	
Insatisfait du salaire	1,15 ***	
Infirmiers spécialisés (/cadres)	1,15 *	
Age 30-44 ans (/ <30 ans)	ns	
>45 ans	1,13 *	Faible rôle des conditions personnelles
Ancienneté > 15 ans	0,85 ***	

En France les problèmes de santé mentale sont encore plus dominants.

La plainte concernant les risques physiques est plus claire.

Dans ce contexte la situation des femmes et des aides soignantes est la plus difficile avec plus d'arrêts de travail.

### Facteurs associés, en FRANCE, avec des arrêts maladie de plus de 5 jours (Odds ratios ajustés) N = 735 / 2 967 soignants

Problèmes de santé mentale traités	4,20 ***	4 fois plus si problèmes de santé mentale
Travail peu varié	1,18 ns	
Insatisfait de l'utilisation des compétences	1,13 ***	Plus si organisation des horaires permettant mal de structurer un travail d'équipe
Insatisfait du temps de chevauchement	1,19 ns	
Changement d'horaire avec délai court	1,05 ns	
Restriction d'aptitude physique	1,53 ***	50% de plus si restriction d'aptitude physique
Insatisfait des conditions physiques	1,36 **	Plus si charge physique
Postures inconfortables 2-10/jour	1,11 ns	
>10/ jour	0,96 ns	
Travail en gériatrie (/ médecine -chirurgie)	0,70 *	Gériatrie moins d'arrêts à conditions de travail égales
Travail en soins à domicile	1,27 ***	
Femmes	1,94 ***	Les femmes et les aides soignants sont plus en difficultés
Insatisfait du salaire	1,13 ns	
Infirmiers spécialisés (/cadres)	1,86 ***	
Age 30-44 ans (/ <30 ans)	0,79 ns	
>45 ans	1,05 ns	
Ancienneté > 15 ans	0,77 *	

## L'invalidité définitive

Les statistiques de l'étude de l'invalidité, qui vient d'être publiée en janvier 2004 par la Caisse des Dépôts – Etablissement de Bordeaux, Service "Etudes et Actuariat" rendent clair l'enjeu de la réduction des facteurs de risque de troubles musculo-squelettiques et de troubles de la santé mentale. L'étude PRESST - NEXT permet de rechercher ces facteurs de risque.

Selon l'étude de l'invalidité de la Caisse des Dépôts, les Agents de service hospitaliers et les Aides soignants sont les plus exposés à l'invalidité.

Le flux d'invalidité est multiplié par 2,5 pour les Agents de service hospitaliers (ASH) par rapport aux Infirmiers diplômés d'état (IDE). Ce flux d'invalidité est multiplié par 1,7 pour les Aides soignants (AS) par rapport aux IDE.

Les ASH et les AS ont les postes les plus pénibles physiquement et ont le moins de possibilités de reconversion, car ils accèdent moins facilement à la formation continue au cours de leur carrière.

### Répartition professionnelle du flux des agents hospitaliers percevant une allocation temporaire d'invalidité (ATI) au titre des accidents de travail à l'ATIACL en 2002

**Nouveaux allocataires en 2002**  
**30 % des ATI sont accordées à des AS**  
**23 % des ATI sont accordées à des IDE**  
**13 % des ATI sont accordées à des ASH**

Total attribué	Effectif des soignants des collectivités hospitalières publiques selon la SAE 1999	Incidence pour 1000 soignants de chaque grade
à des AS 379	78 747	4,8
à des ASH 551	165 014	3,3
à des IDE 367	190 323	1,9

Les pathologies anxieuses et dépressives ainsi que les troubles musculo-squelettiques sont les infirmités les plus fréquentes.

Pour l'année 2002, l'analyse des classifications des infirmités a regroupé les 1942 invalidités reconnues dans les collectivités hospitalières et les 4 564 reconnues dans les collectivités territoriales soit un **total de 6 506**.

Les 50 infirmités les plus fréquentes regroupent, en fait, **20 libellés définissant des pathologies anxieuses et dépressives. Ces 20 libellés totalisent 1 275 infirmités.** L'inclusion probable d'une partie de ces diagnostics dans le groupe des pathologies neurologiques, ou encore des pathologies mal définies, explique que la synthèse, réalisée dans le rapport, ne comptabilise que 159 infirmités psychiatriques pour les collectivités hospitalières et 494 pour les collectivités territoriales (soit 653 au lieu de 1 275).

On relève ensuite **12 libellés concernant des troubles musculo-squelettiques. Ils totalisent 584 infirmités.** La synthèse, réalisée dans le rapport, ne comptabilise que 89 infirmités rhumatologiques et traumatologiques pour les collectivités hospitalières et 430 pour les collectivités territoriales (soit 519 au lieu de 584).

Quel que soit le mode de calcul, il apparaît clairement que la réduction du flux des invalidités passe par la réduction des facteurs de risque de pathologies anxieuses et dépressives et de ceux des pathologies rhumatologiques et traumatologiques.

En conclusion de cette première partie, il apparaît nettement des enseignements forts mettant en évidence des possibilités d'action.

### Les enseignements principaux

#### Pour agir sur l'absentéisme :

- ⇒ prévenir l'apparition de problèmes de santé mentale et/ ou physique par de meilleures conditions de travail

#### Pour que les soignants ne quittent pas trop tôt leur métier :

- ⇒ offrir de meilleures perspectives de carrière  
garantir une **qualité des soins satisfaisante** grâce à un **collectif de travail soudé**

**Ceux dont les problèmes de santé physique sont trop importants ne peuvent plus se reconvertir. Ils restent, avec prescription d'arrêts maladie.**

## Fierté du métier et abandon de la profession

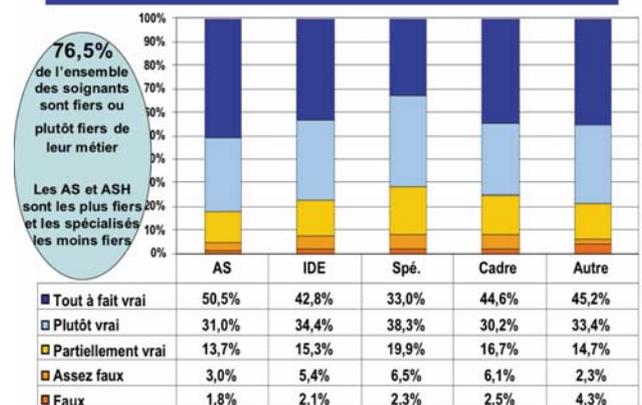
### La fierté du métier selon le grade

Le métier de soignant est un métier particulier, il est décrit, comme nous le verrons au chapitre concernant les libres réponses, avec des mots appartenant au vocabulaire de l'amour.

Ce choix professionnel est lié avec une fierté très forte de l'exercer.

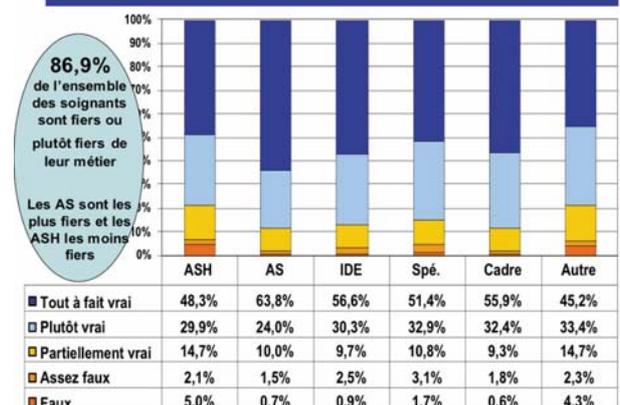
Pour l'ensemble des soignants européens 76,5 % se disent tout à fait fiers ou plutôt fiers d'exercer ce métier. Les moins qualifiés en sont le plus fiers et espèrent souvent accéder à une formation continue. Les infirmiers spécialisés sont les moins fiers, leur compétence les confronte tout particulièrement avec l'écart entre la qualité des soins théoriques et les possibilités du travail réel.

Fierté d'être soignant selon le grade en Europe



En France, cette fierté du métier est encore plus forte. Ainsi les infirmiers français sont 56,6 % à être tout à fait fiers et 30,3 % plutôt fiers d'être soignants ce qui n'est le cas que de 42,9 % et 34,4 % respectivement des infirmiers européens.

Fierté d'être soignant selon le grade en France



Les spécialisés français sont aussi bien moins fiers que les aides soignants, mais ils restent plus fiers que les spécialisés européens.

## L'intention d'abandonner sa profession

L'abandon de sa profession avant l'âge de la retraite peut être connu précisément, en France pour le secteur public qui emploie 70% des soignants. En effet la CNRACL enregistre tous les soignants en activité.

### Age de départ des soignants, enregistré à la CNRACL, en 2003 et 2004

	Effectif total	30-44 ans	45-54 ans	55 ans ou plus
<b>AIDES SOIGNANTS</b>	<b>10 867</b>	<b>9,7%</b>	<b>14,8%</b>	<b>75,6%</b>
<b>IDE</b>	<b>9 636</b>	<b>11,5%</b>	<b>18,7%</b>	<b>69,7%</b>
<b>IDE spécialisés</b>	<b>785</b>	<b>11,7%</b>	<b>16,2%</b>	<b>72,1%</b>
<b>CADRES</b>	<b>3 216</b>	<b>1,3%</b>	<b>7,3%</b>	<b>91,4%</b>
<b>Total</b>	<b>24 504</b>	<b>9,4%</b>	<b>15,4%</b>	<b>75,2%</b>

24 504 départs

• dont 2 864 hommes : 1 % partis avant 55 ans

21 640 femmes : 28 % parties avant 55 ans

• dont 1 346 IDE hommes : 0,1 % partis avant 55 ans

8 288 IDE femmes : 35,2 % parties avant 55 ans

En 2003 et 2004 sur un total de 8 288 infirmières ayant cessé d'être enregistrées comme actives, **35,2 % sont parties avant 55 ans.**

Selon l'enquête NEXT initiale, 15,4 % des soignants ont souvent pensé à quitter leur profession, plus en Ile de France (18,4 %) et moins en Haute Normandie (11,2 %).

### Pourcentage de soignants déclarant penser souvent à abandonner leur profession

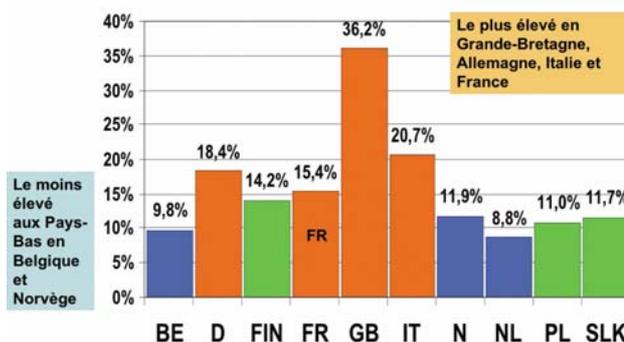
	Haute Normandie	Poitou-Charentes	Rhône-Alpes	Languedoc-Roussillon	Ile de France
<b>ASH</b>	<b>9,4%</b>	<b>8,1%</b>	<b>13,1%</b>	<b>8,2%</b>	<b>19,4%</b>
<b>Aide soignant(e)</b>	<b>10,7%</b>	<b>13,2%</b>	<b>14,3%</b>	<b>14,6%</b>	<b>18,7%</b>
<b>Infirmier(e)</b>	<b>13,4%</b>	<b>14,7%</b>	<b>16,1%</b>	<b>18,6%</b>	<b>17,1%</b>
<b>Infirmier(e) spécialisé(e)</b>	<b>9,3%</b>	<b>21,4%</b>	<b>20,8%</b>	<b>17,9%</b>	<b>18,0%</b>
<b>Cadre</b>	<b>12,5%</b>	<b>10,5%</b>	<b>19,7%</b>	<b>11,1%</b>	<b>22,7%</b>
<b>Autre</b>	<b>15,6%</b>	<b>13,8%</b>	<b>10,8%</b>	<b>20,8%</b>	<b>24,4%</b>
<b>Ensemble</b>	<b>12,1 %</b>	<b>13,5%</b>	<b>15,5%</b>	<b>15,8%</b>	<b>18,4%</b>
<b>N =</b>	<b>898</b>	<b>1059</b>	<b>1143</b>	<b>1176</b>	<b>2631</b>

Avec extension AP-HP

Ce pourcentage est identique à la moyenne européenne en France et plus élevé en Grande - Bretagne, Italie et Allemagne. Il est moindre en Belgique Norvège et Pays-Bas.



### Pourcentage de soignants ayant souvent l'intention de quitter leur profession (Y pensent chaque mois, semaine ou jour)



L'analyse par régression logistique multiple permet de cerner le rôle propre de chacun des facteurs les plus liés à l'envie de partir.

Sur l'ensemble de l'échantillon européen, on constate que le manque de perspectives professionnelles et le manque de soutien psychologique ont le plus d'influence. Il apparaît clairement que le départ est envisagé par des soignants qualifiés encore jeunes qui se sentent épuisés émotionnellement.

### Facteurs associés, en Europe, avec l'intention de quitter la profession (Odds ratios ajustés) N=3 721 / 23 273 soignants

Insatisfait des perspectives professionnelles	2,24 ***	2 fois plus si peu de perspectives professionnelles	
Insatisfait de l'utilisation des compétences	1,51 ***		
Insatisfait du soutien psychologique	1,40 ***		
Faible support des supérieurs	1,13*		40% de plus si faible soutien du collectif de travail et soucis qualité des soins
Harcèlement des supérieurs	1,32 ***		
Mauvaises relations d'équipe	1,26 ***		
Pas de poste fixe	1,29 **		60% de plus si épuisement émotionnel élevé
Crainte des erreurs	1,49 ***		
Violence fréquente	1,21 ***		
Épuisement émotionnel	1,60 ***		Peu de rôle de la santé physique dans l'envie de partir
Traitement pour santé mentale	1,67 ***		
Traitement pour TMS	1,11*	Départ jeune Reclassement difficile après TMS -> persistance dans l'emploi des soignants malgré le handicap	
Mauvais score d'invalidité physique	0,97 ns		
Postures inconfortables fréquentes	1,22 ***		
Insatisfait des conditions physiques	1,16*		
Épuisement physique	1,28 ***		
Insatisfait du salaire	1,12*		
Age >45 ans (moins de 30 ans)	0,77***		
Femmes(hommes)	0,84**		
2 adultes et enfants	0,76**		
Grade Spécialisés (cadres)	1,16*		
IDE	0,73***		
AS-ASH	0,74***		

Par contre les soignants moins qualifiés, plus âgés et souffrants de troubles musculo-squelettiques ne pensent pas à quitter leur emploi hospitalier car ils savent avoir peu de chance de retrouver un autre emploi dans leur situation.

En France, on constate l'influence des mêmes facteurs. L'importance des perspectives professionnelles est similaire (OR = 2,29). Le rôle du soutien psychologique et de l'épuisement émotionnel est encore plus important en France. On constate bien une envie marquée d'abandon entre 30 et 34 ans alors que les soignants souffrant de TMS ne souhaitent pas plus partir que les autres.

Facteurs associés, en France, avec l'intention de quitter la profession (Odds ratios ajustés) N= 512 / 3 334 soignants		
Insatisfait des perspectives professionnelles	2,29 ***	2 fois plus si peu de perspectives professionnelles
Insatisfait de l'utilisation des compétences	1,25 *	
Insatisfait du soutien psychologique	1,47 **	
Faible support des supérieurs	ns	
Harcèlement des supérieurs	ns	40% de plus si faible soutien du collectif de travail et soucis qualité des soins
Mauvaises relations d'équipe	ns	
Pas de poste fixe	ns	
Crainte des erreurs	1,34 **	78% de plus si épuisement émotionnel élevé
Violence fréquente	ns	
Épuisement émotionnel	1,78 ***	
Traitement pour santé mentale	ns	Moindre rôle de la santé physique dans l'envie de partir
Traitement pour TMS	ns	
Mauvais score d'invalidité physique	ns	
Postures inconfortables fréquentes	1,45 **	
Insatisfait des conditions physiques	1,29 *	Départ entre 30 et 44 ans
Épuisement physique	1,29 **	
Insatisfait du salaire	ns	
Age 30-44 ans	1,35 *	Reclassement difficile après TMS -> persistance dans l'emploi malgré le handicap
Femmes	ns	
Situation familiale	ns	
Grade (/cadres)	ns	

La fréquence de l'intention d'abandonner le métier de soignant diffère selon les pays. On retrouve partout les mêmes facteurs de risque. Cependant il y a moins de soignants exposés à ces facteurs dans les pays où moins de soignants souhaitent abandonner leur métier.

Facteurs associés, dans des pays à forte (Grande Bretagne) ou faible (Pays Bas et Belgique) intention de quitter la profession			
	Gr Bretagne	Pays Bas	Belgique
Insatisfait des perspectives professionnelles	2,26 ***	3,52 ***	2,86 **
Insatisfait de l'utilisation des compétences	1,17 ns	1,20 ns	1,44 *
Insatisfait du soutien psychologique	1,99 ***	1,61 **	1,17 ns
Faible support des supérieurs	ns	ns	ns
Harcèlement des supérieurs	ns	1,91 ns	1,20 ns
Mauvaises relations d'équipe	1,34 *	2,0 *	1,16 ns
Pas de poste fixe	1,29 ns	1,23 ns	1,18 ns
Crainte des erreurs	1,62 ***	1,78 **	1,32 ns
Violence fréquente	1,38 **	0,91 ns	1,17 ns
Épuisement émotionnel	1,78 ***	1,16 ns	1,51 *
Traitement pour santé mentale	ns	2,27 **	1,55 *
Traitement pour TMS	1,12 ns	1,22 ns	1,14 ns
Mauvais score d'invalidité physique	1,09 ns	1,21 ns	1,52 **
Postures inconfortables fréquentes	1,33 ns	1,34 ns	1,11 ns
Insatisfait des conditions physiques	1,23 ns	1,37 ns	1,59 **
Épuisement physique	1,29 **	1,49 ns	1,42 *
Insatisfait du salaire	1,03 ns	1,08 ns	1,01 ns
Age 30-44 ans	1,03 ns	1,13 ns	1,28 ns
Femmes	1,05 ns	0,79 ns	0,68 *
Situation familiale	ns	ns	ns
Grade aide soignant (/cadres)	0,65 *	0,65 ns	0,87 ns

## Les soignants réinterrogés longitudinalement

Lors de cette étude longitudinale, nous avons pu obtenir trois échantillons de soignants :

- 5376 soignants ayant répondu au questionnaire initial (Q0) dans 55 établissements
- 2627 soignants ayant répondu au questionnaire un an après et étant encore dans leur établissement (Q12) dans 45 établissements. Parmi eux nous avons pu relier 1186 questionnaires avec le questionnaire Q0 des mêmes soignants dans 44 établissements
- 208 soignants ayant répondu au questionnaire spécifique à ceux qui ont quitté leur établissement (QEx) dans 23 établissements dont 91 ont pu être reliés avec Q0 dans 15 établissements.

Les départs se sont fait en retraite à l'âge normal pour 22,2 % et en retraite prématurée pour 13,8 %. Le plus grand nombre de répondants a pris un

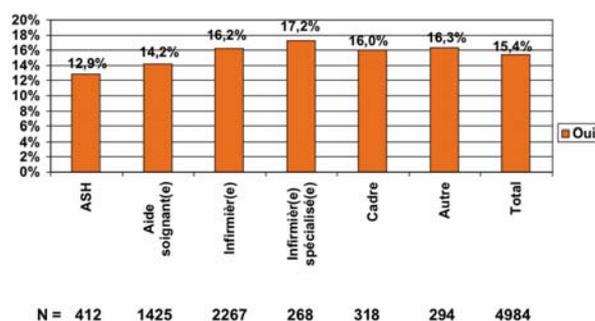
nouveau travail ou formation dans les soins (43,3 %). Cependant 12,8 % ont débuté un autre travail hors des soins et 7,9 % ont pris congés pour d'autres raisons principalement s'occuper de leurs enfants.

### Persistance d'une proportion élevée d'envie de partir chez les soignants encore dans leur établissement

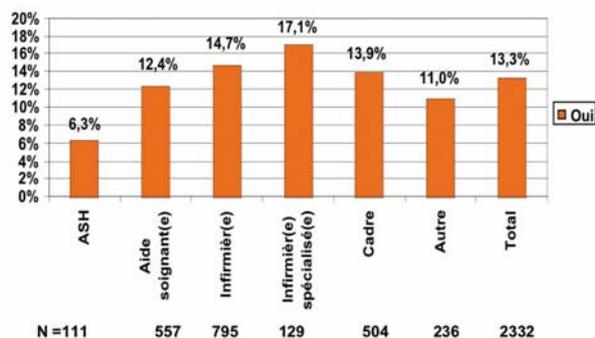
Parmi l'échantillon initial, 15,4 % des soignants avaient une envie fréquente de quitter leur profession. Cette envie était plus importante parmi les infirmiers spécialisés (17,2 %).

Un an après, l'envie fréquente de quitter sa profession est encore de 13,3 % dans l'échantillon Q12, toujours maximale pour les infirmiers spécialisés (16,2 %). Le parallélisme entre les déclarations des infirmiers spécialisés interrogés initialement et un an après est particulièrement préoccupant, car ce sont des soignants très qualifiés ayant bénéficié d'une formation longue et coûteuse. Leur découragement est d'autant plus grave au plan humain comme économique.

Intention de quitter définitivement la profession parmi les 4984 répondants au Questionnaire de 2002



Intention de quitter définitivement la profession parmi les 2332 répondants au questionnaire de 2004



Pour les soignants dont on a pu relier les questionnaires Q0 et Q12 :

- Parmi les 914 soignants qui ne pensaient pas à partir en 2002-2003, 11,2 % y pensent souvent en 2004.
- Parmi les 144 soignants qui pensaient souvent à partir en 2002, 44,4 % y pensent souvent en 2004, sachant que 208 sont déjà partis et ont rempli Q ex.

Ces soignants encore dans le même établissement en 2002 et 2004, ont déclaré, par ordre de fréquence, que **les 15 motifs suivants, sur 41 proposés, pouvaient les amener à changer d'établissement:**

Possibilités de gardes d'enfants	43,4 %
Dotation en personnel suffisante	41,1 %
Salaire obtenu dans l'institution	37,6 %
Support psychologique au travail	36,4 %
Considération et respect du personnel	34,1 %
Opportunités de développ. profess.	32,4 %
Conditions psychologiques de travail	31,5 %
Fidélisation de soignants qualifiés	31,3 %
Equilibre T. administratives – soins	31,0 %
Valeurs institutionnelles	30,2 %
Règles flexibles horaires et congés	27,5 %
Avoir suffisamment de temps pour discuter avec les patients	27,3 %
Conditions physiques de travail	26,9 %
Recrutement de soignants qualifiés	26,6 %
Philosophie et éthique des soins	26,2 %

### **Les modifications parmi les soignants qui souhaitaient quitter les soins en 2002 et ne le souhaitent plus en 2004**

La situation des soignants qui ont cessé de vouloir abandonner s'est significativement améliorée sur les points suivants:

- La  **Crainte des erreurs** a diminuée pour 35,4 %
- Les **soins doivent être faits moins rapidement** pour 31,6 %
- Moins de besoin de **soulever un patient au lit sans aide mécanique** pour 31,1 %

### **Les modifications parmi les soignants qui ne souhaitaient pas quitter les soins en 2002 et le souhaitent en 2004**

Parmi ceux qui souhaitent récemment abandonner on constate une diminution de :

- La satisfaction du **soutien psychologique** pour 31,6 %
- La **fierté** d'appartenir à l'institution pour 54,5 %
- La **variété du travail** pour 36 %
- L'**influence sur les horaires** pour 35,3 %
- La satisfaction du **temps de chevauchement** pour les transmission pour 20,7 %
- La **santé perçue** s'est dégradée pour 30,7 %
- L'impression d'**être débordé** a augmenté pour 43,4%.

### **Les motifs principaux des départs effectifs de l'établissement**

Les soignants ayant quitté leur établissement ont considéré, parmi 63 possibilités de choix, que **les 15 motifs suivants avaient fortement contribué à leur décision:**

Manque de soutien psychologique	41,9 %
Nombre insuffisant de personnel	41,4 %
Attentes professionnelles non satisfaites	41,2 %
Pression du temps	40,5 %
Dégradation des conditions de soins	40,3 %
Manque de temps pour les soins	40,3 %
Opportunités insuffi. développ. profess	37,9 %
Salaire bas pour le travail réalisé	35,6 %
Manque d'opportunités de promotion	35,6 %
Difficultés à combiner vie professionnelle et vie privée	32,7 %
Qualité de travail insatisfaisante	32,2 %
Prendre soin de mon/mes enfant(s)	32,6 %
Orga. horaires de travail insatisfaisante	31,0 %
Salaire bas comparé à celui de professions ayant le même profil de formation	30,2 %
Trop à faire	30,2 %

Ces motifs diffèrent peu selon le grade sauf pour la qualité des soins à laquelle infirmiers et spécialisés sont nettement plus sensibles que les autres catégories professionnelles.

Ces motifs diffèrent peu selon que les soignants ont simplement changé de mode d'exercice soignant ou d'établissement ou complètement quitté les soins alors qu'ils n'avaient pas l'âge de la retraite.

Ceux qui ont **complètement quitté les soins** ont été plus nombreux que ceux qui ont simplement changé de lieu ou de mode d'exercice soignant à déclarer que les éléments suivants ont **fortement ou moyennement contribué :**

- Mauvaise organisation du travail 50% au lieu de 44,2 %
- Trop peu de liberté de décision 45,8% au lieu de 39,2 %
- Ambiance générale 64% au lieu de 46,3 %
- Organisation des horaires de travail insatisfaisante 47,8% au lieu de 38,5 %
- Difficultés à combiner vie professionnelle et vie privée 52% au lieu de 39,5 %.
- Travail trop routinier 45,8 % contre 29,5 %

# PRESST : Les résultats pour la France

## ■ Des risques santé et des insatisfactions différentes selon le grade

### Aides-soignants et Agents de service hospitaliers

L'étude sur l'invalidité qui vient d'être publiée en janvier 2004 par la Caisse des Dépôts –Etablissement de Bordeaux, permet de constater que les **Agents de service hospitaliers et les Aides-soignants sont les plus exposés à l'invalidité**. Le flux d'invalidité est multiplié par 2,5 pour les Agents de service hospitaliers (ASH) par rapport aux Infirmiers diplômés d'état (IDE) ; et par 1,7 pour les Aides-soignants (AS) par rapport aux IDE.

**Les pathologies anxieuses et dépressives ainsi que les troubles musculo-squelettiques sont les infirmités les plus fréquentes. De plus, les Aides-soignants sont les plus concernés par les Accidents de travail avec ATI** : on constate une majoration de 60 % de survenue d'accidents de travail justifiant l'attribution d'une allocation temporaire d'invalidité par rapport aux IDE. Les ASH ont 45 % de plus de survenue d'accidents de travail justifiant l'attribution d'une allocation temporaire d'invalidité que les IDE. Or, les ASH et les AS ont **les postes les plus pénibles physiquement et le moins de possibilités de reconversion**, car ils ont moins accès à la formation continue au cours de leur carrière.

Selon l'enquête Emploi menée chaque année entre 1990 et 2001 auprès des actifs salariés et libéraux, **les effectifs aides-soignants ont augmenté de 34,98% en 11 ans**. En 2001, les aides-soignants sont 388 998. Ils se répartissent entre le secteur santé pour 237 381 (dont 211 998 hospitaliers), et secteur médico-social pour 122 600 d'entre eux. **Par contre, les effectifs d'agents de service hospitaliers ont cru jusqu'en 1996 pour décroître progressivement jusqu'en 2001** pour rejoindre quasiment le nombre d'ASH de 1990. En 2001, les ASH sont au nombre de 245 114. Ils se répartissent entre le secteur santé pour 132 690 (dont hospitaliers 125 640), et secteur médico-social pour 103 921 d'entre eux. On peut penser que la formation continue des ASH en aides-soignants explique ce phénomène. Les chiffres de l'enquête emploi surestiment les effectifs en poste, car ceux qui sont salariés hors hôpital et secteur médico-social sont inclus (exemple crèches...).

Au sein des équipes paramédicales des services de soins (ASH, AS, IDE et cadres uniquement), les aides-soignants représentent, selon la SAE, 35% et les ASH 18%, auxquels s'ajoutent les infirmiers (42%) ainsi que les cadres infirmiers (5%).

Selon l'enquête emploi de 2001, **parmi les aides-soignants, les femmes représentent 92% des salariés**. La synthèse annuelle des données sociales hospitalières 1998, du ministère de l'emploi et de la solidarité, nous permet d'obtenir la répartition par âge des aides-soignants et ASH, mais seulement pour les établissements publics de santé : **les aides-soignants sont 32,7% à avoir 45 ans et plus, et les ASH 28,9%**.

Selon notre enquête, la répartition par sexe montre globalement **une faible proportion d'hommes (11,2%)**. Celle-ci est plus élevée parmi les plus qualifiés (8,2% parmi les ASH, 9,8% parmi les AS, 11,3% parmi les IDE).

**Parmi les AS on trouve 15,4 % d'agents de moins de 30 ans, alors que parmi les infirmiers ils sont près d'un quart dans cette tranche d'âge (24,6 %)**. Parmi les ASH le pourcentage de moins de 30 ans est de 25%. Les AS de 45 ans et plus sont les plus nombreux dans les CHS (44,9 %) contre seulement 26,3 % dans le privé non lucratif et 27,4 % à l'AP-HP. Les AS de moins de 30 ans sont plus nombreux dans le total des effectifs des cliniques (22 %) et de l'AP-HP (21,8 %) qu'ailleurs.

**L'ancienneté professionnelle est très importante dans les CHU avec 43,2 % d'AS ayant une ancienneté entre 16 et 25 ans et 22,9 % avec plus de 25 ans d'ancienneté professionnelle**. Une ancienneté professionnelle de plus de 25 ans n'est observée que pour 12,6 % des AS dans les longs séjours. Les soignants nés à l'étranger sont peu nombreux (5,9 % de l'ensemble de l'échantillon). Par contre, **la mobilité géographique entre les régions françaises est importante**, puisque 38,8 % des soignants sont nés dans une autre région que celle où ils travaillent (y compris les départements et territoires d'outre-mer).

**Les AS sont nombreux (12,5%) à vivre seul adulte dans le foyer avec un ou des enfants et les ASH encore plus fréquemment (15,9 %)**. Les AS ayant 3 enfants ou plus sont plus fréquemment dans les CHS (22,4 %) et à l'AP-HP (23,5 %). La majorité des AS n'a pas d'enfant de moins de 7 ans (de 62,4 % en privé non lucratif à 79,3 % en clinique).

**Le temps de trajet entre le domicile et le travail (aller et retour) dépasse une heure pour 21,7 % des agents de l'échantillon** sans différence significative selon le grade.

Le niveau d'étude majoritaire des AS est celui du BEPC ou du CAP (63,4% de ceux du privé non lucratif et 78,5% de ceux des CHU).

### Une très grande fierté du métier mais peu de perspectives professionnelles et une forte pénibilité physique

La reconnaissance du public pour ce type de métier, se transforme en fierté pour ceux qui le pratiquent. Plus que la reconnaissance des autres, c'est avant tout l'expression de gratitude qui se lit dans le regard des soignés, qui fonde en quelque sorte cet « honneur » du métier. Ainsi les aides-soignantes nous déclarent : *" je fais ce métier parce que je l'aime, je connaissais les contraintes de ce métier, mais aussi la reconnaissance des personnes soignées "*.

Parmi l'ensemble des répondants, **57,1 % considèrent comme tout à fait vraie l'affirmation : " je suis fier d'être soignant " et 29,9 % la trouve plutôt vraie, soit au total 87%**. Cette fierté d'appartenance est légèrement plus élevée dans le groupe aides-soignantes (87,8 %) que dans celui des infirmiers (86,9 %). Bien que l'écart se creuse avec notre échantillon des ASH (78 %), elle reste tout de même élevée dans ce groupe.

**Concernant les perspectives professionnelles, elles sont jugées " insatisfaisantes " ou " très insatisfaisantes " par 36 % des AS et 31,5% pour les ASH.** C'est en CHS que les AS sont les plus satisfaits ou très satisfaits de leurs perspectives professionnelles (69,4% contre 60,5% des AS en longs séjours). Le groupe déclarant être le plus souvent "très insatisfait" de ses perspectives professionnelles se trouve à l'AP-HP (8,5 % contre 2 % en CHS).

Pour les établissements de province, le changement de ville qu'implique la formation continue est souvent un obstacle supplémentaire pour les AS et ASH.

Si la fierté du métier reste élevée, **les difficultés liées à l'exercice sont considérées, par nombre d'entres elles comme trop fortes** : *« Le 'don de soi' peut être dangereux pour la santé lorsqu'il ne procure plus satisfaction. Il faut protéger les soignants en leur offrant un cadre de travail rassurant et attrayant pour qu'ils n'aient plus envie de fuir. Les soignants aiment, pour la plupart, leur métier. Mais ils ne sont plus disposés à y 'laisser leur peau'. Une si belle profession, en déclin...!! »* (AS). Ainsi, ce qui semble le plus préoccupant n'est pas tant le métier que le cadre dans lequel il s'exerce.

Mis en exergue par notre enquête, **le manque de soutien psychologique sur le lieu de travail est criant.** En effet, bien qu'existant, il est considéré comme " insatisfaisant " ou " très insatisfaisant " par 66,2 % de l'ensemble des soignants(e)s. Il est encore plus frappant de constater que l'insatisfaction augmente au fur et à mesure que l'implication auprès du patient est nécessaire : **c'est le cas de 55,9 % des ASH, de 66,4 % des AS et de 70,9 % des infirmiers.** De même, si l'ensemble du personnel soignant trouve « insatis-

faisantes » ou « très insatisfaisantes » leurs conditions physiques de travail, le mécontentement semble plus important lorsque que les manutentions de patients dépendants, sans matériel adapté, sont répétés comme pour les aides-soignantes : 50,1 % des ASH, 58 % des AS.

D'autre part, la possibilité de donner les soins adéquats est considérée comme " insatisfaisante " ou " très insatisfaisante " par 42,3 % des ASH, 48 % des AS. Les AS des cliniques déclarent à 70,2% qu'ils peuvent donner des soins adéquats contre 42,3% des AS en longs séjours et 55,6% de ceux de l'AP-HP. Ce sentiment se retrouve de façon plus ténue lorsqu'il s'agit de l'utilisation de leur savoir faire et compétences.

**Les conditions physiques de travail sont déclarées satisfaisantes ou très satisfaisantes par moins de la moitié des AS de tous les types d'établissements à l'exception des CHS (63,3%).**

Les aides-soignants sont les plus touchés, pour tout ce qui concerne la pénibilité physique. Les cadres contribuent exceptionnellement à des tâches impliquant des efforts physiques auprès des patients.

A la question : «combien de fois par jour êtes-vous personnellement occupé à coucher ou repositionner des patients» les AS sont 39,8 % à déclarer le faire plus de 5 fois par jour, les ASH 22,9 %. **Dans l'ensemble, 86,5 % des AS déclarent coucher ou repositionner des patients deux fois par jour ou plus et 80,3 % transférer ou porter des patients deux fois par jour ou plus.** Pour transférer ou porter des patients les AS sont 39,8 % à déclarer le faire plus de 5 fois par jour et les ASH 25,6 %.

**Le soulèvement de patients sans aide mécanique est encore l'apanage des AS qui sont 37,8 % à déclarer le faire plus de 5 fois par jour et les ASH 25,5 %.** Le score moyen pour « l'action de soulever » est de 44,25 pour les AS et de 33,45 pour les ASH. Le score moyen pour « l'action de se courber » est aussi plus élevé pour les AS (46,71) devant les ASH (38,54) et près de moitié moins des IDE (24,54).

*«Le plus pénible Il y a trop de manipulation, c'est trop physique à la fin de la journée je suis sur les genoux»*(ASH)

Suggestions: *«Du matériel adéquat comme des douches adaptées, des soulèves malades qu'on puisse utiliser.»* (AMP)

**Les tâches impliquant beaucoup de postures penchées sont aussi réalisées le plus fréquemment par les AS, et plus particulièrement pour les AS des longs séjours et des CHG.**

Les AS sont 52,2 % à déclarer faire des lits plus de 5 fois par jour, et 42,9 % des ASH. Les AS sont amenés à pousser des lits ou des chariots : 40,9 % plus de 5 fois par jour et les ASH 38,2 %. Les AS restent les plus concernés pour maintenir des postures inconfortables (46,1% plus de 5 fois par jour) suivies des ASH

(38,8 %). La posture debout quasi constante est encore générale, en France, pour tous les soignants auprès des malades. Ils sont debout 6 heures et plus pour 78,2 % des AS : 90,4 % dans les CHG, 88,5 % dans les cliniques, 82,4 % dans les CHU, versus 57,1 % en CHS.

**Les AS des longs séjours et CHG déclarent plus souvent participer aux tâches physiquement pénibles. Ceux des CHS contribuent plus rarement à des tâches impliquant des efforts physiques auprès des patients.** «*Beaucoup de travail physique pour des femmes, patients trop lourds physiquement et moralement. Espaces de travail trop étroits (chambres de patients surtout). Trop de pas dans une journée. Manque de temps personnel, manque de créneaux horaires pour ma pause repas.*»(AS, médecine)

### **Une faible autonomie mais un bon soutien du collectif de travail**

**Les ASH ont un degré d'autonomie assez similaire à celui des AS : 27,6 % des ASH disent ne pas ou peu pouvoir prendre d'initiatives dans leur travail et 23,2 % des AS contre 9,5 % des IDE.** Concernant la manière d'accomplir les tâches, seules 49,1 % des AS disent avoir leur mot à dire, à peine plus que ASH (48,9 %). Pour ce qui est du moment où accomplir les tâches, moins d'un tiers des AS comme les ASH disent pouvoir s'exprimer.

Les AS se rapprochent plus des IDE que des ASH, pour ce qui est de pouvoir travailler à leur propre rythme, mais environ les deux tiers d'entre eux ne le peuvent pas. Pourtant, ils sont 24,8 % à déclarer "ne pas", "très peu" ou "peu" pouvoir utiliser leurs compétences et leur savoir faire dans le travail, dans ce cadre là, ils se rapprochent plus des ASH (33,5 %) que des IDE (13,1 %).

**Le groupe des aides-soignants n'est pas homogène, suivant le lieu de travail de grandes différences apparaissent.** C'est en clinique que les AS déclarent être le plus autonomes dans leur travail. Elles sont 34,7 % à déclarer pouvoir prendre beaucoup d'initiatives, contre 17,6 % des AS dans les CHG. C'est aussi le cas pour, déclarer avoir leur mot à dire dans le type de tâches à réaliser ou pour décider soi-même comment accomplir les tâches. A l'opposé c'est en CHS que les AS ont une plus grande autonomie.

**C'est à l'AP-HP et en longs séjours que les AS déclarent le plus "ne pas" ou "très peu" ou "peu" pouvoir utiliser leurs compétences et leur savoir faire dans le travail (32,5 % et 32,8 % respectivement).** C'est le cas de 16,5 % des AS des cliniques.

**Quelque soit le grade, le soutien et les conseils des collègues sont importants. Les AS sont 20,7 % à déclarer ne jamais ou rarement pouvoir en bénéficier. C'est le cas de 20,8 % des ASH et de 15,7 % des IDE.** A l'opposé, le support et le soutien du respon-

sable sont plus rares ; ils ne sont jamais ou rarement obtenus pour 41,3 % des AS et 38,9 % des ASH.

La même opposition, se retrouve pour l'entraide, pourtant primordiale dans le travail soignant en équipe. **Les AS sont 8,7 % à dire que leurs collègues ne sont pas du tout ou rarement prêts à les aider dans la pratique, les ASH, 13,6 %.** Alors qu'ils sont nombreux à dire que leurs responsables ne sont pas prêts à les aider (39,5 % des AS, 41,4 % des ASH).

«*Le plus pénible est du côté psychologique: maladie, souffrance, mort, problèmes relationnels (rare). Pas de soutien psychologique (de temps en temps) on trouve réconfort auprès de l'équipe*» (AS unité médicale CHG)

**Pour le soutien des collègues, plus de la moitié des AS de tous les types d'établissements déclarent être "souvent" ou "très souvent" soutenus et conseillés par leurs collègues.** On constate que le soutien des collègues est encore plus important dans les cliniques. A l'opposé, on constate, globalement que les AS sont plus souvent satisfaites que les autres grades du soutien accordé par leur supérieur direct..

### **Insuffisance des possibilités de travail et de temps de parole au sein de l'équipe**

**L'individualisation du travail est relativement importante. La possibilité de discuter en détail de questions professionnelles n'existe que pour 44,3 % des AS et 44,2 % des ASH.** C'est en CHS et en clinique qu'elle est la plus développée (66,7 % et 52,1 % respectivement) alors qu'à l'AP-HP et en longs séjours peu d'AS peuvent le faire (37,1 % et 37,8 % respectivement). «*Mais quelles joies de partager avec mes collègues, le bien-être des patients quand ils partent guéris ou en meilleure forme. Pour rien au monde je changerais de métier ni d'endroit, malgré la tristesse malheureusement de voir partir, mourir des patients.*» (ASH, Femme, Chirurgie, CHG)

**Un avis sur le travail fait est obtenu des collègues pour bien moins de la moitié des AS et ASH.** L'avis du responsable n'est pas obtenu plus fréquemment. La considération et l'estime des collègues sont ressenties fortement dans toutes les catégories professionnelles. Les AS sont 60,5 % et les ASH 59,9 % à dire que leurs collègues sont beaucoup, ou tout à fait, conscient de la valeur de leur travail et de ses résultats. L'avis des collègues sur le travail fait est obtenu par les AS plus fréquemment en CHS (51 % souvent et très souvent contre 31,8 % dans les CHU).

**Par contre plus de la moitié des soignants estiment que leur responsable n'apprécie pas leur travail à sa juste valeur ("pas du tout ou moyennement selon 55,1 % des AS, 52,4 % des ASH).** C'est encore en CHS que les AS estiment que leur responsable est le plus conscient de la valeur de leur travail (63,3 % beaucoup contre 39,1 % en privé non lucratif, 39,4 % en longs séjours et 39,7 % à l'AP-HP).

		AP-HP	CHU	CHG	Cliniques	Privé non lucratif	Long séjour*	CHS	p
	Effectifs	526	312	492	122	153	328	49	
crainte de faire des erreurs	Rarement	35,7%	34,3%	32,0%	32,2%	33,1%	32,5%	29,2%	
	Parfois	38,2%	42,1%	44,9%	37,2%	41,7%	45,2%	56,3%	
	Souvent Toujours	26,1%	23,6%	23,1%	30,6%	25,2%	22,3%	14,6%	<0,001
Satisf. Du temps Chevauchement	Oui	45,5%	44,4%	47,9%	41,4%	53,2%	39,2%	73,9%	
	Non	40,4%	55,6%	52,1%	58,6%	46,8%	60,8%	26,1%	
	Non concerné	14,0%							<0,001
Possib. discuter d'organisation	Non	6,3%	4,2%	3,1%	2,5%	6,6%	3,7%	4,2%	
	Brièvement	58,3%	53,6%	51,9%	49,2%	48,7%	56,7%	37,5%	
	En détail	35,4%	42,2%	45,1%	48,3%	44,7%	39,6%	58,3%	<0,001
Possib. discuter psychologiques.	Non	31,6%	26,6%	23,7%	21,2%	23,5%	23,1%	8,3%	
	Brièvement	48,9%	49,8%	49,3%	49,2%	51,0%	56,9%	39,6%	
	En détail	19,5%	23,6%	27,0%	29,7%	25,5%	20,0%	52,1%	<0,001
Groupe de parole avec psy	Non mais souhaité	48,7%	56,6%	54,5%	59,2%	38,8%	50,2%	21,7%	
	Non et non souhaité	20,2%	13,3%	13,5%	12,5%	9,2%	4,7%	2,2%	
	Oui, mais rarement	19,0%	18,8%	22,9%	20,0%	32,9%	31,5%	41,3%	
	Oui, régulièrement	12,1%	11,3%	9,1%	8,3%	19,1%	13,7%	34,8%	<0,001
formations par vos médecins	Non	51,9%	50,2%	63,8%	63,3%	67,1%	69,9%	68,1%	
	Oui, < 6 fois/an	37,1%	38,3%	28,6%	24,2%	20,8%	25,5%	25,5%	
	Oui, 6 fois/an +	11,0%	11,6%	7,6%	12,5%	12,1%	4,7%	6,4%	<0,001
violence des patients ou de leur famille	Jamais	24,2%	18,8%	12,8%	27,9%	20,8%	11,4%	6,4%	
	rarement	39,5%	49,5%	45,5%	46,7%	47,0%	41,2%	40,4%	
	1 fois/mois	18,8%	18,4%	21,3%	21,3%	17,4%	17,5%	29,8%	
	Chaque semaine	12,4%	9,4%	14,7%	3,3%	8,7%	17,8%	17,0%	<0,001
	Tous les jours	5,0%	3,9%	5,6%	0,8%	6,0%	12,0%	6,4%	

Les AS à 23,7 % déclarent qu'ils sont souvent ou toujours préoccupés par la crainte de faire des erreurs comme pour 21,8 % des ASH. En prenant aussi en compte les soignants qui se disent parfois préoccupés par cette crainte, 67,4 % des AS déclarent ce stress majeur.

Une majorité des AS (54 %) n'est pas satisfaite du temps de chevauchement entre les équipes pour les transmissions, alors que les ASH sont plus satisfaits (42 % d'insatisfaits). Seuls les AS des CHS s'en satisfont avec seulement 26,1 % de mécontents.

Les discussions d'ordre psychologique n'existent pas pour 31,6 % des AS de l'AP-HP. Les AS de CHS sont les seuls à pouvoir discuter en détail des aspects psychologiques pour plus de la moitié d'entre eux (52,1 %). Plus de la moitié (52,7 %) des AS n'ayant aucune discussion en groupe avec une personne spécialisée sur les aspects psychologiques en émettent le souhait et seuls 10,9 % ne le souhaitent pas. Ceux qui n'en bénéficient pas le souhaitent majoritairement.

La grande majorité des AS (61,8 %) n'a reçu aucune formation interne au service pendant les 12 mois précédents. Ceci n'existe quasiment pas pour les ASH (75,7 % n'a reçu aucune formation interne). Elles sont inexistantes pour près des deux tiers des AS des différents établissements.

L'incertitude sur les réponses à donner, la précipitation l'isolement sont liés à la survenue de réactions violentes des patients et des familles. Les AS sont 19,6 % à déclarer en être victime au moins chaque

semaine. Les AS sont 39,3 % à en être victimes au moins une fois par mois. On constate, dans ce contexte de travail d'équipe insuffisant et de précipitation, que 29,8 % des AS de long séjours sont victimes au moins chaque semaine de violence des patients ou des familles. L'attente, le bruit et l'incohérence des réponses entre les différents membres de l'équipe sont des facteurs de risque connus.

### Des horaires de travail contraignants qui rendent difficiles l'équilibre vie professionnelle / vie privée

L'horaire pratiqué le plus fréquemment chez les AS est l'alternance (56,5 %) : équipe du matin / équipe d'après-midi (45,4 %) et alterné avec nuit (11,1 %). Cet horaire alternant est encore plus fréquent chez les ASH (64,7 %).

Les AS sont 16,5 % à avoir un travail en nuits fixes et les ASH sont encore 6,2 % à être concernés. Les horaires de journée, en phase avec le reste de la population, concernent principalement les cadres et les cadres supérieurs (72,6 % et 87 % respectivement) alors que les AS et IDE n'en bénéficient respectivement que dans 14,9 % et 18,4 % des cas.

Le temps partiel, avec une durée hebdomadaire de travail, moyenne, inférieure à 35 heures, est rarement pratiqué en France. Les ASH sont un peu plus concernés (16,3 %), contre 10,6 % des AS. Pour une part, il s'agit de temps partiel contraint, en horaires coupés, essentiellement en maisons de retraite. Il est le plus pratiqué par les AS dans les établissements privés non lucratifs (29,3 % versus 3,1 % à l'AP-HP). De 15%

à 30% des AS, selon leur type d'établissement, déclarent faire des heures supplémentaires.

On constate que 59 % des AS et 63,4 % des ASH déclarent devoir changer d'horaire de façon impromptue.

**Le travail au moins 2 week-ends par mois (samedi et / ou dimanche) concerne 84,1 % des ASH et 83,9 % des AS. Les postes ou organisations permettant de travailler moins de deux week-ends par mois sont rares (16,1% des AS).** Le travail au moins 2 week-ends par mois concerne 92,9 % des AS des longs séjours et 34 % de ceux des CHS. Les AS sont 43 % à souhaiter un changement d'horaire. De même ils sont les plus insatisfaits de leurs horaires pour leur bien être (29,7 %), et plus de 34% pour leur vie privée (comme les ASH).

**Dans ce contexte d'horaires atypiques, il n'est pas surprenant de constater que les AS sont 24,7% à déclarer ne pas avoir de solutions suffisantes de gardes d'enfants.** C'est aussi le cas de 20,7 % des ASH. Seuls 39,7% des AS déclarent avoir tout à fait les solutions nécessaires et 46,1 % des ASH concernés. Les AS sont 25 % à être tout à fait d'accord et 26,8 % à être plutôt d'accord avec l'affirmation que **«le temps que prend leur travail rend fréquemment difficile la réalisation de leurs responsabilités familiales»**. Les ASH en déclarent légèrement moins (21,6 % tout à fait d'accord et 22,8 % à être plutôt d'accord). Les soignants, des femmes dans leur très grande majorité, continuent à réaliser, sans aide ou partage, les tâches ménagères (69,5 % des AS, 69,1 % des ASH).

Les soignants dont le salaire est le moins élevé sont ceux qui rencontrent le plus de difficultés pour trouver un logement compatible avec leur budget : c'est le cas de 48,8 % des ASH, 48,5 % des AS, de 39,7 % des IDE. Les AS de l'AP-HP sont ceux qui rencontrent le plus de difficultés pour trouver un logement compatible avec leur budget (66,3 % versus 33,3 % dans les CHS et 33,9 % en long séjour).

Les AS 60,1 % et 57,2 % des ASH considèrent que "vu tous leurs efforts, leur salaire n'est pas correct (adéquat)". Soit 92,6 % des AS en clinique et 67,4 % à l'AP-HP, contre 38,8 % de ceux des CHS. Ce sont les ASH (34%) qui déclarent le plus être dans une situation économique très difficile ou difficile (28 % des AS). Par rapport à leurs besoins financiers, plus de la moitié des ASH et AS considèrent que leur salaire est insatisfaisant (54,5 % et 51,4 % respectivement). Par rapport aux soignants d'autres institutions les soignants ne sont pas majoritairement insatisfaits dans l'ensemble, à l'exception des cliniques. Par contre, par rapport aux salariés de professions comparables, les AS ne sont que 38,4 % à ne pas être satisfaits et les ASH 41,5 %.

*«Le plus pénible: Patients très demandeurs, pas ou peu de reconnaissance, salaire insuffisants, charge de travail trop importante, manque de personnel, horaires trop difficiles. J'ai l'impression que la profession est dévalorisée d'où la perte d'intérêt pour celle ci les conditions*

*de travail et les salaires ne sont plus motivants.» (AS)*

## **L'envie de quitter leur profession est influencée par la santé et le contenu du travail**

### *La santé*

Ce type de travail et les conditions dans lesquelles il est effectué a **de forts retentissements sur l'état de santé** des AS et ASH. D'une manière générale, sans préciser s'il s'agit d'une fatigue physique, psychique ou les deux, plus de la moitié des soignants, sauf les cadres supérieurs, se sentent souvent ou toujours fatigués. Les chiffres les plus élevés se retrouvent chez les IDE (59,7 %) puis les AS et les spécialisés (52,8 % et 52,7 % respectivement). **Les AS sont 37,9 % à se dire épuisés physiquement souvent ou toujours. Ils sont 61,4 % à déclarer souffrir de troubles musculo-squelettiques (TMS); 30,4 % souffrent sans être suivis et 31 % sont suivis par un médecin avec ou sans arrêt.** Les AS sont les plus nombreux à être suivis par un médecin pour troubles musculo-squelettiques (31 % versus 24,4 % pour les IDE). Le travail physique des AS les oblige plus à s'arrêter (10,6 % contre 7,7 % pour les IDE). Mais les différences d'âge et l'ancienneté entrent aussi en ligne de compte.

**Les AS se déclarent presque aussi souvent épuisés émotionnellement que les IDE (27,8 % souvent ou toujours versus 29,1 % pour les IDE).** Ils déclarent un peu plus souvent être suivi par un médecin pour troubles de la santé mentale (11,9 % versus 9,1 % pour les IDE).

**La perception de menaces sur leur santé, les conduit à souhaiter abandonner le métier. On constate deux fois plus de volonté de quitter définitivement sa profession chez les soignants dont la santé physique ou mentale est menacée ou déjà atteinte.**

Parmi les 112 AS toujours fatigués, 35,7 % pensent souvent à quitter leur profession, alors qu'ils ne sont que 9,3 % à y penser parmi les 763 qui ne se déclarent fatigués que « quelques fois » et 4,5 % parmi les 75 qui se déclarent rarement fatigués. Parmi les 517 AS suivis pour TMS, 19 % pensent souvent à quitter leur profession, alors qu'ils ne sont que 11,4 % à penser parmi les 686 qui ne souffrent pas de TMS. Parmi les 56 AS toujours épuisés émotionnellement, 51,2 % pensent souvent à quitter leur profession, et 25,7 % parmi les 637 AS qui sont souvent épuisés, alors qu'ils ne sont que 7,9 % à y penser parmi les 232 qui ne sont jamais épuisés émotionnellement. Parmi les 203 AS suivis pour troubles de la santé mentale, 22,7 % pensent souvent à quitter leur profession, et 25,4 % parmi les 252 qui en souffrent sans être traités. Par contre, ils ne sont que 11,7 % à y penser parmi les 1215 qui ne souffrent pas de troubles de la santé mentale.

L'organisation et le contenu du travail peuvent être frustrants et particulièrement décourageants pour

les AS et ASH. **On constate deux fois plus de volonté de quitter définitivement sa profession chez les soignants dont le contenu du travail est stressant.** Ceci se retrouve pour tous les grades.

Parmi les 553 AS qui déclarent n'avoir jamais ou rarement le temps de parler aux patients, 22,9 % pensent souvent à quitter leur profession, alors qu'ils ne sont que 10,1 % à y penser parmi les 454 qui ont souvent ou toujours le temps et 12,9 % parmi les 757 qui ont parfois le temps. Parmi les 1132 AS qui disent devoir souvent ou toujours travailler rapidement, 17,7 % pensent souvent à quitter leur profession, alors qu'ils ne sont que 11,3 % à y penser parmi les 63 qui doivent parfois le faire et qu'ils ne sont que 8,8 % à y penser parmi les 10 qui ne doivent jamais ou rarement le faire.

**La possibilité d'apprendre de nouvelles choses par le travail est très liée avec l'envie de partir.** Les AS qui peuvent beaucoup apprendre sont seulement 10 % à envisager un abandon de leur profession, alors qu'ils sont 23,8 % parmi ceux qui déclarent très peu pouvoir apprendre. **Les AS satisfaits de leur poste pensent bien moins à partir.** Parmi les 1072 AS satisfaits de l'utilisation de leurs compétences seuls 10,2 % pensent souvent à quitter leur profession alors qu'ils sont presque deux fois plus (19,5 %) parmi les 565 qui sont insatisfaits et plus de trois fois (35,5 %) parmi les 156 qui sont très insatisfaits. Parmi les 924 AS satisfaits de la qualité des soins qu'ils peuvent

prodiguer seuls 8,5 % pensent souvent à quitter leur profession alors qu'ils sont plus de deux fois plus (21,3 %) parmi les 685 qui sont insatisfaits et plus de trois fois plus (29,5 %) parmi les 149 qui sont très insatisfaits. Parmi les 736 AS satisfaits de leurs conditions physiques de travail seuls 8,3 % pensent souvent à quitter leur profession alors qu'ils sont plus de deux fois plus (17,6 %) parmi les 814 qui sont insatisfaits et plus de trois fois plus (28 %) parmi les 250 qui sont très insatisfaits.

**Au total, on constate un gradient de l'envie de partir selon la satisfaction d'ensemble du poste.** Parmi les 145 AS très insatisfaits de leur poste en général, 31,7 % envisagent de quitter leur profession, parmi les 743 AS insatisfaits, 21,4 % pensent à partir, alors que parmi les 892 AS satisfaits ou très satisfaits, seulement 7,4 % pensent à abandonner leur profession ( $p < 0,001$ ).

### *L'analyse simultanée des différents facteurs de risque pour l'envie de partir*

L'analyse simultanée des différents facteurs de risque permet de comprendre la part respective de chacun dans l'envie de partir. Nous pouvons présenter, grâce à une méthode de régression logistique multiple, les facteurs restant liés à l'envie de partir après prise en compte simultanée des autres facteurs. Elle montre que **les 123 aides-soignants qui sont très insatisfaits**

*Facteurs psychologiques et de santé restant liés à l'envie de quitter leur profession des aides-soignants après prise en compte simultanée des autres facteurs dans une régression logistique multiple \**

		Effectifs	Odds ratios ajustés	Intervalle de confiance à 95%
<b>Perspectives professionnelles</b>	Satisfait ou très satisfait	1131	1	-
	Très insatisfait	<b>123</b>	<b>2,60</b>	1,57 – 4,31
	Insatisfait	<b>518</b>	<b>2,26</b>	1,63 – 3,12
<b>Utilisation des compétences</b>	Satisf ou très satisfait	1072	1	-
	Très insatisfait	<b>156</b>	<b>2,05</b>	1,35 – 3,13
	Insatisfait	565	-	-
<b>Sentir faire partie de l'hôpital</b>	Plutôt ou tt à fait vrai	1542	1	-
	Faux ou assez faux	<b>246</b>	<b>1,65</b>	1,15 – 2,36
<b>Epuisement physique</b>	Non	268	1	-
	Oui	<b>1546</b>	<b>2,44</b>	1,32 – 4,5
<b>Epuisé émotionnellement</b>	Non	1336	1	-
	Oui	<b>467</b>	<b>2,11</b>	1,56 – 2,86
<b>Crainte de devenir incapable de travailler</b>	Non	1103	1	-
	Oui	<b>667</b>	<b>1,53</b>	1,14 – 2,06
<b>Troubles de la santé mentale</b>	Non	1215	1	-
	Oui	<b>503</b>	<b>1,49</b>	1,09 – 2,03
<b>Santé perçue</b>	Bonne, très bonne	1068	1	-
	Mauvaise ou correcte	<b>744</b>	<b>0,65</b>	0,48 – 0,89
<b>Crainte de faire des erreurs</b>	Non	1365	1	-
	Oui	<b>435</b>	<b>1,52</b>	1,12 – 2,07

\* Facteurs pris en compte dans la régression logistique et n'ayant pas d'influence significative après prise en compte des autres facteurs : sexe, âge, situation familiale, situation financière, problèmes de logement, temps de trajet, horaires, pénibilité physique du travail.

**de leurs perspectives professionnelles ont près de trois fois plus envie d'abandonner que les 1131 qui en sont satisfaits (OR=2,6) ; les 518 qui en sont insatisfaits ont cette envie deux fois plus (OR=2,26).**

**L'attachement à l'établissement où l'on travaille est souvent lié aux possibilités de promotion que cet établissement offre et à la reconnaissance des compétences acquises qu'il permet.** On constate que les 156 AS très insatisfaits de l'utilisation de leurs compétences ont deux fois plus de désir de quitter leur profession (OR = 2,05).

**L'épuisement physique** est ensuite le facteur qui a le plus d'impact. Les 1546 AS qui se déclarent épuisés physiquement ont deux fois et demi plus envie d'abandonner que les 268 qui ne se déclarent pas épuisés (OR=2,44). L'épuisement émotionnel a aussi un impact très fort (OR=2,11). La déclaration de troubles de la santé mentale, traités ou non, est liée avec 50% de plus d'envie d'abandonner sa profession pour les 503 AS concernés par rapport aux 1215 qui ne déclarent pas ces troubles (OR = 1,49).

**La santé perçue, par contre, lorsqu'elle est considérée mauvaise ou juste correcte est liée à presque deux fois moins d'envie de quitter son emploi (OR = 0,65)** pour les 744 AS qui se plaignent de leur santé par rapport aux 1068 qui se considèrent globalement en bonne santé. Ceci se comprend bien car, lorsque l'on est en mauvaise santé, il est bien plus difficile de trouver un autre emploi. Par contre, l'épuisement physique ou émotionnel peut être réversible et il semble cohérent de souhaiter s'écarter d'une situation que l'on perçoit à risque pour sa santé future. D'ailleurs, les 667 AS qui craignent de devenir incapables de travailler sont 50 % de plus à envisager l'abandon de leur profession (OR= 1,53).

**D'autres facteurs personnels ou institutionnels jouent aussi un rôle important même après ajustement sur les autres facteurs de risque.** Les 451 AS qui considèrent que leurs horaires interfèrent sur leur vie familiale ont près de deux fois plus l'envie d'abandonner leur métier que les 853 qui ne déclarent pas ce problème (OR = 1,71). Les 243 AS qui souhaitent absolument changer d'horaire de travail ont aussi près de deux fois plus l'envie d'abandonner leur métier que les 1547 qui ne déclarent pas ce problème (OR = 1,65).

### *L'analyse simultanée des différents facteurs de risque pour les arrêts de travail*

L'analyse simultanée des différents facteurs de risque permet de comprendre la part respective de chacun dans la déclaration de plus de 5 jours d'arrêt de travail dans l'année.

Le travail en service de psychiatrie et géro-psycho-trie, se distingue par nettement plus d'arrêts de travail de plus de cinq jours parmi les 107 AS qui y travaillent que parmi les 270 travaillant en soins

intensifs (OR=2,40). Le travail en long séjour et maison de retraite est aussi lié à plus d'arrêts (OR = 1,36).

Plusieurs difficultés se retrouvent majorées dans ces spécialités. **En tout premier lieu la difficulté psychologique dans la relation à la démence et à la dégradation des capacités relationnelles des patients. Le travail d'équipe et la qualité du soutien psychologique mis en place sont un facteur d'équilibre pour les soignants confrontés à ces difficultés.** Les 483 AS très insatisfaits du soutien psychologique reçu au travail sont 50 % de plus à s'arrêter en maladie (OR = 1,49). **Le rôle du cadre dans ce soutien psychologique face à la demande émotionnelle du travail** se retrouve avec près de 50% de plus d'arrêts de travail pour les 428 AS qui déclarent que le support du responsable est moyen par rapport aux 608 qui déclarent avoir souvent le soutien de leur cadre (OR=1,44). De même, les 543 AS qui déclarent que leur responsable donne peu de priorité à la satisfaction au travail ont plus d'arrêts que les 1245 AS qui déclarent cette priorité chez leur cadre (OR=1,33).

**La formation continue permet un étayage du soignant pour analyser et comprendre les événements difficiles dans la relation soignant - soigné.** Les 1004 AS qui n'ont eu aucune formation dans l'année s'arrêtent plus que les 766 qui en ont bénéficié (OR = 1,33).

Les 439 AS qui déclarent travailler seuls ou avec un seul collègue ont un contenu du travail et des responsabilités différents. Ils s'arrêtent moins que les 1365 AS qui travaillent dans des unités avec plusieurs collègues (OR = 0,67). Les 212 AS hommes s'arrêtent moins en maladie que les 1600 femmes (OR = 0,65). **D'une façon générale, les 744 AS qui perçoivent leur santé comme mauvaise ou juste correcte s'arrêtent bien plus que les 1068 AS qui considèrent leur santé comme bonne (OR = 1,63).**

**La pénibilité physique du travail, après prise en compte des autres facteurs, est liée à un tiers de plus d'arrêts de travail.** Les 762 AS qui considèrent que leur capacité de travail est moyenne ou mauvaise par rapport aux exigences physiques du poste de travail s'arrêtent plus que les 1042 AS qui considèrent leur capacité comme bonne (OR = 1,36). Les 1072 AS qui déclarent souffrir de troubles musculo-squelettiques, avec ou sans traitement, s'arrêtent plus que les 686 AS qui n'en souffrent pas (OR = 0,30). L'effectif concerné représente presque les deux tiers de la population des AS étudiés, aussi la réduction de ces risques reste-t-elle prioritaire.

**Nous avons pu constater que la pénibilité physique du travail des AS se traduit par des arrêts de travail, un désir de changer d'établissement, voire à abandonner définitivement sa profession.** Or les besoins de personnes compétentes pour pallier à la dépendance des personnes vieillissantes sont croissants. **Il est crucial de démarrer de réelles politiques "d'anti-manutention" comportant la fourniture d'outils d'aide à la manutention adaptés et suffisamment nombreux.**

Certains aspects différenciant les situations décrites par les AS de l'AP-HP et des autres CHU et CHG peuvent s'expliquer par l'importance des services de soins intensifs à l'AP-HP. Dans les grands établissements, les AS qui ont besoin de postes moins pénibles physiquement peuvent utiliser leur compétence dans les postes de secrétaires hospitalières où elles régulent les demandes d'exams et de transport des malades par exemple. Ces postes convoités restent cependant rares. **Aussi la réduction de la station debout constante et de la manutention lourde est-elle une priorité pour conserver auprès des malades ce personnel motivé et expérimenté.**

**La France est signataire de la convention européenne de réduction de la manutention lourde. Or seul ce type d'action (« zéro soulèvement ») a montré son efficacité sur la réduction des pathologies et même en terme de "retour sur investissement".**

Les actions telles que « Zéro soulèvement » ont les éléments de base suivants : suppression des transferts des patients passifs par l'utilisation d'un outil d'aide technique moderne et facile à utiliser ; formation aux manutentions pratiques avec un suivi dans les services et une évaluation de l'action ; réflexion sur l'organisation des soins qui encourage l'utilisation des outils d'aide à la manutention ; construction de modes opératoires intégrant des savoir-faire de prudence ; participation de l'ensemble des soignants de l'institution à l'action de prévention et de formation ; implantation d'un système d'enquête et d'analyse des accidents du travail et suivi médical.

**L'équilibre vie personnelle vie de travail des AS ne peut être négligé par les managers.** La compatibilité vie personnelle vie de travail est plus délicate pour les soignants les moins rémunérés. Les AS sont les plus nombreux à déclarer des horaires alternés et les ASH les plus nombreux à déclarer des horaires coupés. Or la proportion d'AS vivant en famille monoparentale est la plus élevée. Les difficultés de ces familles sont encore plus importantes lorsque l'on constate que les ASH de certaines maisons de retraite ont des temps partiels non désirés.

**Améliorer la prise en compte des compétences des AS et mieux les intégrer dans le travail d'équipe pluridisciplinaire.** Pour notre échantillon, il semble

que les ASH estiment avoir un degré d'autonomie qui est assez similaire à celui des AS. Le quart des ASH et des AS disent ne pas ou peu pouvoir prendre d'initiatives dans leur travail contre 10% des IDE. Par ailleurs, pour ce qui est du moment auquel accomplir les tâches, moins d'un tiers des IDE comme des AS et ASH disent pouvoir s'exprimer. L'enquête "Conditions et organisation du travail à l'hôpital" menée par la DRESS en 2003 (Le Lan et Baubeau, 2004) montre que 35 % des soignants vivent des tensions avec les collègues, que 59 % des AS et 52 % des IDE déclarent recevoir des ordres contradictoires. Le même pourcentage d'AS et d'IDE (48 %) déclare être toujours obligé de se dépêcher. Dans ce contexte, 93 % des AS et 81 % des IDE craignent la conséquence d'erreurs sur la qualité du service et respectivement 86 % et 78 % craignent les conséquences sur la sécurité des personnes.

L'autonomie dans le travail représente ordinairement l'une des caractéristiques les plus enviées par les positions hiérarchiquement subalternes dans une organisation. Plus le statut est bas, moins l'autonomie semble importante, et plus le désir d'autonomie est prégnant.

**Aussi surprenant que cela puisse paraître, la réglementation et la définition des rôles de chaque catégorie de personnel soignant peut permettre une plus grande autonomie et reconnaissance au sein des équipes soignantes.** Dans l'analyse des réponses aux questions ouvertes de notre questionnaire, il est apparu que la demande de « clarification des rôles » (AS, maison de retraite), « définition des postes » (AS, CHU) de chaque membre de l'équipe soignante soit récurrente, en même temps qu'une très forte demande de reconnaissance de la part des supérieurs de « notre rôle propre » (AS, CHU).

**Outre la demande d'une reconnaissance et d'une plus grande autonomie des AS, les difficultés inhérentes à leur environnement de travail et aux types de patients soignés est à prendre avec la plus grande considération.** Plus du tiers des AS déclare être victime de violence de la part des patients au moins une fois par mois. L'attente, le bruit et l'incohérence des réponses entre les différents membres de l'équipe sont des facteurs de risque connus. En long séjour et en psychiatrie c'est même la moitié des AS qui déclarent en être victime chaque mois au moins. L'hospitalisation de patients atteints de maladie d'Alzheimer ou d'autres démences séniles est génératrice de réactions violentes de ces patients qui n'est diminuée que dans un contexte rassurant d'équipe stable, soudés, agissant sans précipitation.

L'enquête "Conditions et organisation du travail à l'hôpital" menée par la DRESS en 2003 (Le Lan et Baubeau, 2004) montre aussi que 43 % des AS et 53 % des IDE déclarent vivre des tensions avec le public, que 62 % des AS et 73 % des IDE déclarent être exposés à des agressions verbales et que 15 % des AS et 21 % des IDE déclarent avoir été victimes d'agressions physiques.

Les déclarations des AS sur la forte pénibilité, tant physique que psychologique, de leur travail sont corroborées par les observations ergonomiques. Ces observations relèvent, dans tous les contextes de soins, à l'exception de la psychiatrie, plus de présence des aides soignants que des infirmiers dans les chambres de malades. Par contre l'existence de binômes AS-IDE, souvent prônée, est de plus en plus rare. L'IDE est en effet happée par les tâches administratives et de traçabilité, déléguant à l'AS la majorité du rôle propre d'aide à l'hygiène, à l'élimination, à l'alimentation et à la mobilité. Or ces gestes longs permettent souvent un dialogue avec le patient où ses craintes, ses incompréhensions, ses espoirs et ses conditions de vie et d'observance future du traitement peuvent être appréhendées.

**D'autre part, le manque de personnel dans certaines structures de soins, comme dans les maisons de retraites, conduisent les AS à avoir une « carrière officieuse [...] de quasi-infirmière ».** Or la prise en considération de ses glissements de tâche dans le cadre du fonctionnement du service et des transmissions pluridisciplinaires ne sont pas ou rarement prises en compte. Il existe parfois des transmissions pluridisciplinaires associant aux IDE des deux horaires les AS et l'interne ou le médecin responsable. Cette situation est valorisante pour tous. Chacun est alors reconnu et son apport utilisé dans une élaboration collective d'un plan de soin adapté à la personnalité du malade. Mais bien plus souvent, toute l'information recueillie par l'AS lors des soins corporels ou d'aide à l'alimentation est méconnue ou transmise de façon concise et tronquée, par l'intermédiaire de l'IDE, au médecin. Pourtant, l'on sait que la majorité des patients n'ont pas une "observance" exacte du traitement à leur sortie de l'hôpital.

L'écoute et la prise en compte des apports spécifiques de chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire permettent un climat où chacun se sent respecté et soutenu. C'est aussi une nécessité pour l'élaboration de plans de soins intégrant réellement les désirs et les possibilités des patients.

### **Les infirmiers et infirmiers spécialisés**

Les caractéristiques sociodémographiques diffèrent notablement selon le grade. La répartition par sexe montre globalement une faible proportion d'hommes (11,2 %). Celle-ci est plus élevée parmi les plus qualifiés (9,8% parmi les AS, **11,3% parmi les IDE et 12,8 % parmi les spécialisés** et même 20,4% parmi les cadres). **C'est dans les établissements de long séjour et privés non lucratifs, qu'il y a le moins d'infirmiers de sexe masculin** (4,5% et 6,4 % respectivement contre 25,8 % en CHS et 11% à l'AP-HP).

**Parmi les infirmiers, on trouve près d'un quart d'agents âgés de moins de 30 ans (24,6 %) alors que**

**parmi les AS le pourcentage de moins de 30 ans est de 15,3% et parmi les infirmiers spécialisés de 11,1%.** Les infirmiers de 45 ans et plus sont les plus nombreux dans les CHS et en long séjour (42% et 37,2 % respectivement versus 21,9 % à l'AP-HP). Dans les établissements privés non lucratifs et en long séjour on rencontre plus fréquemment des infirmiers ayant une ancienneté professionnelle supérieure à 25 ans (18,2 % et 17,2 % respectivement versus 10,4 % dans les cliniques).

**Le niveau scolaire préalable aux études de soignant est élevé.** L'obtention du baccalauréat ou plus concerne 80,4% des infirmiers et 81,3% des infirmiers spécialisés. A l'AP-HP, dans les CHU et l'ensemble des établissements publics, la promotion professionnelle a permis l'accès des ASH et AS au diplôme d'état d'infirmier (26,7 % des IDE n'ont pas le bac à l'AP-HP et 14,7 % dans les CHU). Par contre dans les cliniques et établissements privés non lucratifs, les IDE n'ayant pas le bac ne sont que 13,3 % et 14,5 % respectivement. **Les IDE ayant acquis un diplôme de l'enseignement supérieur avant leurs études de soignants sont relativement nombreux (de 7,8 % en CHU à 15,6 % en établissements privés non lucratifs).**

Les soignants nés à l'étranger sont peu nombreux (5,9 % de l'ensemble de l'échantillon). Par contre, la mobilité géographique entre les régions françaises est importante, puisque 38,8 % des soignants sont nés dans une autre région que celle où ils travaillent (y compris les départements et territoires d'outre-mer) et même 48,4% parmi les infirmiers spécialisés.

**Les infirmiers spécialisés sont les plus nombreux à vivre seuls (20,4 %).** Les infirmiers et les infirmiers spécialisés ont plus souvent que les AS des enfants de moins de 7 ans au foyer. Les IDE vivant seuls sont les plus nombreux en établissements privés non lucratifs et à l'AP-HP (23,1 % et 22,8 % respectivement versus 11,1 % en CHS).

Les IDE seuls avec enfants sont les plus nombreux en établissements de long séjour et à l'AP-HP (10,3 % et 9,6 % respectivement versus 4,8 % en établissements privés non lucratifs). Les établissements à soins très intensifs (privés non lucratifs avec notamment la cancérologie, AP-HP, CHU) sont ceux où les IDE sont le plus souvent sans enfants (36,9 %, 36,8 % et 30,7 % respectivement). Par contre les IDE sans enfant sont plus rares en long séjour (17,3 %). Les IDE ayant 3 enfants et plus sont les plus nombreux en long séjour et CHS (23,7 % et 18,7 % respectivement). On peut signaler que les IDE ayant au moins deux enfants de moins de 7 ans représentent 10 % à 14 % des soignants étudiés.

Le temps de trajet entre le domicile et le travail (aller et retour) dépasse une heure pour 21,7 % des agents de l'échantillon sans différence significative selon le grade.

Les infirmiers sont 23,1 % à fumer tous les jours et 8,7 % occasionnellement. Ils fument un peu plus que les spécialisés qui sont 19,6 % à fumer tous les jours et 7,5 % occasionnellement. La pratique sportive est très limitée puisque les IDE sont 50,1 % à ne faire aucun sport et 23,1 % en font seulement quelques fois par mois. Ils font moins de sport que les spécialisés qui sont 41,2 % à ne faire aucun sport et 26,8 % seulement quelques fois par mois.

### Une grande fierté du métier mais des soucis sur la qualité des soins

Le métier de soignant est considéré comme un métier noble dont les soignants sont fiers. Parmi eux, 57,1 % disent "tout à fait vraie" l'affirmation " je suis fier d'être soignant " et 28,9 % la trouve "plutôt vraie". Pour les infirmiers cette fierté est présente pour 86,9 % d'entre eux. Les plus fiers de leur métier sont en CHG (90,5 % disent "tout à fait vraie" ou "plutôt vraie" l'affirmation " je suis fier d'être soignant "). Tous sont très fiers, le minimum demeure élevé : 82,8 % en établissements privés non lucratifs.

Cependant, le soutien psychologique reçu au travail est considéré comme " insatisfaisant " ou " très insatisfaisant " par 70,9 % des infirmiers. Quant aux conditions physiques de travail, elles sont considérées comme " insatisfaisantes " ou " très insatisfaisantes " par 55,3 % des IDE. Les IDE qui le déclarent le plus souvent sont à l'AP-HP (74,2 %), et le moins souvent en établissements privés non lucratifs (62,1 %).

Le fichier total inclus 5376 dossiers. Seuls 11 personnes n'ont pas précisé leur grade. Les résultats présentés ne comportent pas ceux des 1564 AS, des 419 ASH et des 338 autres professions telles que kiné, assistante sociale, psychologue sages femmes). Mais les données des ASU et autres sont incluses dans les résultats d'ensemble.

La possibilité de dispenser les soins adéquats est considérée comme " insatisfaisante " ou " très insatisfaisante " par 54,3% des infirmières. Des perspectives professionnelles "insatisfaisantes" ou "très insatisfaisantes" sont déclarées par 40,1 % des infirmiers

	Échantillon national représentatif	Infirmier(e)s (n=2385)	Infirmier(e)s spécialisés (n = 289)	Cadres (n = 338)	Ensemble* (n = 5365)	P
Être fier(e) d'être soignant(e)	Faux	0,9%	1,7%	0,6%	1,4%	<0,001
	Assez faux	2,5%	3,1%	1,8%	2,1%	
	Partiellement faux	9,7%	10,8%	9,0%	10,5%	
	Plutôt vrai	30,3%	32,9%	32,5%	28,9%	
	Tout à fait vrai	56,6%	51,4%	56,0%	57,1%	
Satisfaction des perspectives Professionnelles	Très insatisfait	6,7%	3,8%	5,4%	6,8%	<0,001
	Insatisfait	33,4%	25,1%	25,6%	30,6%	
	Satisfait ou très satisfait	59,9%	71,1%	69,0%	62,6%	
Satisfaction des conditions Physiques de travail	Très insatisfait	10,9%	7,0%	2,7%	10,6%	<0,001
	Insatisfait	44,4%	30,1%	24,2%	41,4%	
	Satisfait ou très satisfait	44,7%	62,9%	73,2%	48,0%	
Satisfaction de l'utilisation Des compétences	Très insatisfait	5,6%	7,7%	7,2%	6,6%	<0,001
	Insatisfait	30,0%	29,5%	36,0%	30,1%	
	Satisfait ou très satisfait	64,4%	62,8%	56,7%	63,3%	
Satisfaction du soutien Psychologique Travail	Très insatisfait	27,7%	19,9%	38,4%	25,3%	<0,001
	Insatisfait	43,2%	38,7%	4,2%	40,9%	
	Satisfait ou très satisfait	29,2%	41,5%	39,5%	33,8%	
Satisfaction de pouvoir Donner soins Adéquats	Très insatisfait	10,7%	4,9%	3,3%	8,9%	<0,001
	Insatisfait	43,6%	35,7%	40,5%	40,6%	
	Satisfait ou très satisfait	45,7%	59,4%	56,2%	50,5%	
Satisfaction du poste En général	Très insatisfait	5,0%	4,6%	4,8%	6,1%	<0,001
	Insatisfait	43,5%	36,1%	36,7%	40,9%	
	Satisfait ou très satisfait	51,5%	59,3%	58,4%	52,9%	
Indice cumulé de Satisfaction au travail	<b>Moyenne</b>	<b>50,64</b>	<b>54,36</b>	<b>54,47</b>	51,4	<0,001
	Écart-type	17,07	16,77	19,16	17,68	
Penser à quitter.la Profession	Jamais	50,4%	51,8%	47,3%	52,5%	<0,001
	Quelques fois/an	30,1%	27,0%	32,6%	27,6%	
	<b>Quelques fois/mois</b>	<b>8,1%</b>	<b>9,9%</b>	<b>7,8%</b>	<b>7,6%</b>	
	<b>Quelques fois/semaine</b>	<b>4,8%</b>	<b>3,5%</b>	<b>4,5%</b>	<b>3,9%</b>	
	<b>Chaque jour</b>	<b>2,8%</b>	<b>2,8%</b>	<b>3,0%</b>	<b>3,0%</b>	
	Non concerné	3,8%	5,0%	4,8%	5,4%	

Le fichier total inclus 5376 dossiers. Seuls 11 personnes n'ont pas précisé leur grade. Les résultats présentés ne comportent pas ceux des 1564 AS, des 419 ASH et des 338 autres professions telles que kiné, assistante sociale, psychologue sages femmes). Mais les données des ASU et autres sont incluses dans les résultats d'ensemble.

et 36 % des AS, par contre les infirmiers spécialisés ne sont que 28,9 % à être insatisfaits ou très insatisfaits. Quant à leur savoir faire et leurs compétences, 35,6 % des IDE et 38,4 % des AS estiment que leur utilisation est " insatisfaisante " ou " très insatisfaisante " .

D'autre part, concernant leur savoir faire et leurs compétences, 35,6 % des IDE et 38,4 % des AS estiment que leur utilisation est " insatisfaisante " ou " très insatisfaisante " , avec des variations suivant le type d'établissement : 43,9 % en clinique versus 30 % en CHU. L'utilisation de ses compétences est plus fréquemment mauvaise pour les IDE en long séjour 21% et en CHS 20,3%, cette plainte est plus rare en CHG 10,7% et en CHU 8,7 %.

**Des perspectives professionnelles " insatisfaisantes " ou " très insatisfaisantes " sont déclarées par 40,1 % des infirmiers**, par contre les infirmiers spécialisés ne sont que 28,9 % à en être insatisfaits ou très insatisfaits. **Quant aux conditions physiques de travail, elles sont considérées comme " insatisfaisantes " ou " très insatisfaisantes " par plus de la moitié des IDE : 69,5 % en CHU contre 35,3 % en CHS.**

Un indice cumulé de satisfaction concernant le travail, allant de 0 faible à 100 forte, montre qu'elle est moyenne et légèrement plus faible pour les aides soignants (50,55) et pour les infirmiers (50,64) que pour les cadres (56,26) ou les infirmiers spécialisés (54,36). **Ceci est préoccupant car ces soignants envisagent assez souvent de quitter leur métier définitivement.**

Ils sont plus nombreux à y penser parmi les infirmiers, infirmiers spécialisés et cadres. Ils songent plus "souvent", c'est à dire "tous les jours" ou "plusieurs fois par semaine" ou plusieurs fois par mois", à quitter leur profession (respectivement 15,9 %, 16,4 % et 17 %). **Ainsi, les infirmiers sont de 16 % à 18 % à envisager souvent de quitter leur métier, sauf en long séjour (11,1 %).**

### **Une forte crainte de faire des erreurs liée à un manque de temps pour les transmissions**

**Donner son avis et recevoir un avis des autres, pouvoir avoir une certaine autonomie dans son travail mais avoir le soutien de ses collègues et de ses supérieurs sont des facteurs de satisfaction au travail.**

L'absence d'autonomie est déclinée sur le thème des initiatives dans le travail, des possibilités d'avoir son mot à dire dans le type de tâches à réaliser ou sur comment ou quand les réaliser, ou encore de travailler à son propre rythme. L'autonomie dépend de la position hiérarchique que l'on occupe au sein de l'institution, et cela s'est confirmé dans notre étude : par rapport aux

AS, elle est légèrement meilleure pour les IDE avec 10 % ne pouvant pas ou peu prendre d'initiatives dans le travail.

**La fierté de pouvoir utiliser ses compétences est un moteur important de la poursuite d'un métier, or 13,5 % des IDE, 12,3 % des spécialisés déclarent ne pas le pouvoir.** Parmi les IDE, 25 % n'ont pas leur mot à dire dans le type de tâches à réaliser, 12,5 % sur comment les réaliser et 30,8 % sur quand les réaliser. De plus 38,6 % ne peuvent pas travailler à leur propre rythme.

Les IDE de long séjour, ayant un rôle d'encadrement, ne sont que 4,5% à ne pas ou peu pouvoir prendre d'initiative, alors qu'ils sont 11,9% à dire pouvoir peu prendre d'initiatives à l'AP-HP. En CHS, les infirmiers n'ont pas leur mot à dire dans le type de tâches à réaliser pour 14,2% alors qu'ils sont 35,8% en clinique. Par contre, moins de 15% disent ne pas pouvoir décider comment les réaliser, sauf en clinique, 16,3%. Ils sont plus de 30% à ne pas avoir leur mot à dire sur quand réaliser leurs tâches, sauf en long séjour 25,8% et en CHS 17,4%. Enfin plus de 35% déclarent ne pas pouvoir travailler à leur propre rythme, sauf en CHS (21,9%).

**La crainte de faire des erreurs (souvent et toujours) est davantage exprimée par les IDE des CHU (51,5 %) suivi de ceux des cliniques (48,8 %).** Cette crainte est moindre parmi les IDE des établissements privés non lucratifs (41,9 %). Pour les CHS, où la part technique est moins importante, on constate que 27,4 % des infirmiers craignent souvent ou toujours de faire des erreurs. Ils témoignent : *«Je demande à ma collègue qui prend la relève de vérifier tous les débits des différentes drogues que j'ai pu poser juste avant son arrivée. Cela fait partie de son travail mais je préfère qu'elle le fasse sans plus tarder au cas où j'aurai fait une erreur».* (CHU)

Ou encore : *«On va toujours plus vite, on a peur de faire des erreurs».* (AP-HP)

**Le manque d'échange et de transmission des informations explique en partie que les IDE soient les plus préoccupés (souvent ou toujours) par la crainte de faire des erreurs (44,8 % contre 42,9 % pour les spécialisés.**

Dans tous ces établissements, souvent très innovants, la crainte des erreurs peut aussi être mise en relation avec l'absence de formation au sein du service par les médecins. Plus de 40 % des soignants non cadres déclarent n'avoir eu aucune formation dans les 12 mois précédents par les médecins de leur service (45,3 % des IDE, et 44,4 % des spécialisés). L'écart se creuse de façon très significative avec les 59,9 % des AS qui déclarent n'avoir pas eu de formation par les médecins de leur service.

Appréciations sur l'autonomie et le soutien du collectif de travail par les infirmiers.

		AP-HP	CHU	C HG	Cliniques	Privé non lucratif	Long séjour*	CHS	P
		1164	655	635	173	187	157	326	
<b>Nécessité de prendre des initiatives dans le travail</b>	Très peu ou pas beaucoup	4,4%	2,1%	2,0%	2,9%	3,2%	1,9%	3,4%	<b>&lt;0,001</b>
	Un peu	7,5%	6,9%	5,7%	8,1%	10,2%	2,6%	6,8%	
	Jusqu'à un certain point	48,5%	45,8%	47,2%	41,6%	47,1%	47,4%	53,2%	
	beaucoup	39,5%	45,2%	45,0%	47,4%	39,6%	48,1%	36,6%	
<b>Avoir son mot à dire dans le type de tâches à réaliser</b>	Faux ou assez faux	26,9%	24,7%	25,0%	35,8%	27,3%	20,8%	14,2%	<b>&lt;0,001</b>
	Partiellement vrai	38,5%	39,3%	38,7%	36,4%	35,8%	39,0%	31,6%	
	Plutôt vrai ou tout à fait vrai	34,6%	36,0%	36,3%	27,7%	36,9%	40,3%	54,2%	
<b>Décider soi-même comment accomplir les tâches</b>	Faux ou assez faux	12,7%	14,6%	11,9%	16,3%	9,6%	10,3%	9,9%	<b>&lt;0,001</b>
	Partiellement vrai	33,1%	32,4%	33,8%	36,6%	35,8%	32,7%	31,2%	
	Plutôt vrai ou tout à fait vrai	54,2%	53,1%	54,4%	47,1%	54,5%	57,1%	59,0%	
<b>Travailler à son propre rythme</b>	Faux ou assez faux	<b>37,9%</b>	<b>44,9%</b>	<b>40,5%</b>	<b>47,1%</b>	<b>35,3%</b>	<b>39,4%</b>	<b>21,9%</b>	<b>&lt;0,001</b>
	Partiellement vrai	33,2%	32,7%	32,8%	21,5%	35,8%	31,0%	36,4%	
	Plutôt vrai ou tout à fait vrai	28,9%	22,4%	26,7%	31,4%	28,9%	29,7%	41,7%	
<b>Avoir son mot sur moment où accomplir les tâches</b>	Faux ou assez faux	30,5%	35,9%	32,9%	35,5%	31,7%	25,8%	17,4%	<b>&lt;0,001</b>
	Partiellement vrai	35,7%	39,3%	34,7%	29,7%	34,4%	33,5%	39,1%	
	Plutôt vrai ou tout à fait vrai	33,9%	24,8%	32,4%	34,9%	33,9%	40,6%	43,5%	
<b>Utiliser ses compétences et savoir faire dans travail</b>	Très peu ou pas beaucoup	4,4%	3,2%	2,7%	5,2%	4,3%	8,3%	8,0%	<b>&lt;0,001</b>
	Un peu	10,0%	5,5%	8,0%	8,1%	11,2%	12,7%	12,3%	
	Jusqu'à un certain point	45,6%	43,0%	44,2%	48,6%	38,5%	42,0%	47,8%	
	Beaucoup	40,0%	48,2%	45,1%	38,2%	46,0%	36,9%	31,8%	
<b>Support et soutien du responsable</b>	Jamais rarement	54,5%	45,4%	44,6%	45,0%	39,8%	45,5%	37,3%	<b>&lt;0,001</b>
	Parfois	24,1%	24,5%	23,6%	25,7%	24,7%	20,1%	23,8%	
	Souvent - Très souvent	21,4%	30,1%	31,8%	29,2%	35,5%	34,4%	38,9%	
<b>Soutien et conseils des collègues</b>	Jamais rarement	15,4%	15,6%	14,2%	14,0%	16,2%	23,1%	12,3%	<b>&lt;0,001</b>
	Parfois	23,9%	25,6%	24,6%	18,6%	21,6%	24,4%	26,5%	
	Souvent - Très souvent	60,7%	58,8%	61,1%	67,4%	62,2%	52,6%	61,1%	
<b>Responsable prêt à aider dans les tâches</b>	Pas du tout rarement	49,7%	38,2%	41,7%	37,3%	36,0%	34,2%	23,9%	<b>&lt;0,001</b>
	Parfois	22,5%	21,4%	22,6%	18,9%	12,4%	22,6%	29,2%	
	Souvent – Tout à fait	27,8%	40,4%	35,7%	43,8%	51,6%	43,2%	46,9%	
<b>Collègue prêt à aider dans les tâches</b>	Pas du tout rarement	7,7%	5,5%	7,0%	7,1%	6,0%	13,0%	3,7%	<b>&lt;0,001</b>
	Parfois	15,3%	14,7%	16,2%	12,9%	12,0%	21,4%	17,0%	
	Souvent – Tout à fait	77,0%	79,8%	76,8%	80,0%	82,1%	65,6%	79,3%	
<b>Être préoccupé par la crainte de faire des erreurs</b>	Presq. jamais -rarement	25,2%	12,5%	13,6%	16,7%	28,6%	10,0%	20,8%	<b>&lt;0,001</b>
	Parfois	41,7%	34,7%	48,5%	33,3%	61,9%	60,0%	56,6%	
	Souvent -Toujours	33,0%	<b>52,8%</b>	37,9%	<b>50,0%</b>	9,5%	30,0%	22,6%	
<b>Possibilité d'avoir des formations par des médecins du service.</b>	Non	38,5%	38,1%	<b>51,0%</b>	<b>53,0%</b>	40,8%	<b>60,0%</b>	<b>64,2%</b>	<b>&lt;0,001</b>
	Oui, moins de 6 fois/an	48,9%	49,7%	41,8%	39,9%	50,5%	35,5%	24,8%	
	Oui, 6 fois/an et plus	12,5%	12,2%	7,2%	7,1%	8,7%	4,5%	11,0%	
<b>Satisfaction du temps de chevauchement pour transmission</b>	Oui	31,0%	30,8%	37,3%	48,4%	54,7%	39,6%	58,4%	<b>&lt;0,001</b>
	Non	<b>59,1%</b>	<b>69,2%</b>	<b>62,7%</b>	51,6%	45,3%	<b>60,4%</b>	41,6%	
	Non concerné	9,9%							

Certains établissements n'ayant souvent pas de médecins salariés (maisons de retraite et hôpitaux locaux) ou souffrant d'une démographie médicale insuffisante (CHS) ont des IDE déclarant majoritairement n'avoir eu aucune formation par les médecins (CHS 64,2%, Long séjour 60%). Les médecins des CHG et cliniques consacrent assez peu de temps à cette

mission (53% des IDE des cliniques et 51% de ceux des CHG déclarent n'avoir eu aucun cours par leurs médecins). La situation est un peu meilleure dans les établissements privés non lucratifs et universitaires. Cependant, dans ces établissements, aux techniques de pointe, on observe, encore, plus d'un tiers des IDE déclarant n'avoir eu aucun cours par leurs méde-

cins en un an (40,8% pour le privé non lucratif, 38,5% à l'AP-HP et 38,1% dans les CHU).

**Les IDE représentent le groupe professionnel déclarant le moins avoir la possibilité de discuter des questions professionnelles en détail.** Même si le temps de transmission a diminué depuis 2002 pour les établissements publics et 2000 pour les établissements privés (dans le cadre de la mise en œuvre des 35 heures), il reste un peu de temps pour des discussions brèves.

On constate que seulement 38 % disent pouvoir le faire en détail contre 42,7 % des AS, 45,1 % des spécialisées et 50,5 % des cadres et 55,6 % des cadres supérieurs. Seuls les infirmiers travaillant en CHS sont 54 % à dire pouvoir discuter en détail des questions professionnelles, et 45,9 % de ceux travaillant dans des établissements privés non lucratifs. Mais dans les autres établissements, entre 60 % et 66 % déclarent ne pouvoir le faire que brièvement. Les infirmier(e)s se plaignent du "Manque de temps entre les collègues" (CHU). Ou encore : " On ne parle presque plus entre nous, nous sommes des robots" (AP-HP). Ils souhaitent "Plus de temps d'échanges pour être efficaces en équipe lors des relèves" (AP-HP).

Le "mécontentement du temps de chevauchement pour les transmissions" est particulièrement marqué pour les IDE dans les CHU (69,2 %). Il est encore important dans les CHG (62,7 %), dans les établissements de long séjour (60,4%) et à l'AP-HP (59,1 %). Le mécontentement descend en dessous de 50% dans les établissements privés non lucratifs (45,3 %) et dans les CHS (41,6 %).

**Dans le même ordre d'idées les IDE sont le groupe professionnel qui peut le moins discuter en détail des questions d'organisation** (36,1 % contre 41,7 % pour les AS; 42,4 % pour les spécialisés; 54,4 % pour les cadres; et 60,4 % pour les cadres supérieurs).

C'est à l'AP-HP que les IDE déclarent pouvoir le moins discuter de questions d'organisation (30,4 %), suivi du long séjour (30,5 %), des CHU (36,1 %), cliniques (36,3 %) et des CHG (38 %). La concertation est un peu plus fréquente dans les établissements privés non lucratifs (42,3 %). Elle est constitutive du métier en CHS, où la parole fait partie intégrante de la pratique quotidienne de travail et de soins (51,1 % déclarent pouvoir parler en détail d'organisation,  $p < 0,001$ ).

### **Une grande importance du travail d'équipe mais un manque de reconnaissance et de soutien**

**Pour la continuité des soins le travail en équipe est fondamental.** La notion d'équipe soignante a toujours existé avec une cohésion entre les différents intervenants autour du malade. Cette cohésion d'équipe rassurait et apportait un soutien psychologique indispensable. Cette particularité reste encore prégnante mais s'est amoindrie.

**Plus de 80% des soignants de tous les grades considèrent que leurs collègues sont conscients de la valeur de leur travail et de ses résultats** (moyennement beaucoup ou tout à fait). La situation est la meilleure pour les IDE (91,5%) et les spécialisés (90,5%). Une bonne appréciation de leur travail par leurs collègues est déclarée le plus fréquemment en CHS et établissements privés non lucratifs (95,1% et 94,1% respectivement). Elle est déclarée le moins fréquemment en long séjour et à l'AP-HP (84,5% et 87,8% respectivement).

**On constate que la confiance entre les membres des équipes reste forte mais que le temps pour donner un avis s'est réduit.**

*«Manque de temps lors du chevauchement d'équipe. Transmissions orales bâclées, plus de temps pour les relations humaines inter équipes, d'où des dégradations d'ambiance par manque de communication».* (CHU, IDE )

*«Mauvaise ambiance entre collègues Le fait d'être critiquée quoi qu'on fasse».* (CHU, IDE )

**Plus de 70% des soignants de tous les grades considèrent que leurs supérieurs sont conscients de la valeur de leur travail et de ses résultats (moyennement beaucoup ou tout à fait).** La situation est la meilleure pour les cadres (62,1%), les cadres sup. (59,6%) et les spécialisés (59,2%). **Cette impression que leur travail est apprécié est nettement moins élevée pour les IDE (47,2%) et les AS (44,1%).** Pour les infirmiers, une bonne appréciation de leur travail par leurs supérieurs est déclarée le plus fréquemment en établissements privés non lucratifs (60,8%). Elle est déclarée le moins fréquemment à l'AP-HP (39,4%).

**L'avis des supérieurs sur le travail fait n'est jamais exprimé ou peu selon les réponses de 37,9% des IDE et 29,7% des spécialisés.** L'absence ou la rareté d'avis sur le travail fait par leurs supérieurs est déclaré par 44,7% des infirmiers des cliniques et 42,9% des IDE de l'AP-HP, 38,9% de ceux des établissements privés non lucratifs, 37,4% de ceux des établissements de long séjour, 36,7% de ceux des CHG, 34,1% des IDE des CHU et 26,5% de ceux des CHS.

**Comme nous le confirment les libres réponses, l'éloignement des cadres de la pratique quotidienne est lié au sentiment qu'ont les IDE d'un manque de reconnaissance de leurs supérieurs concernant la valeur de leur travail et leur compétence.** *«Manque de reconnaissance de mes supérieurs hiérarchiques.»* (CHU, IDE)

*«Les cadres sont absents du terrain. Elles ne portent pas assez de soins et d'attention au personnel paramédical»* IDE, AP-HP)

**Par rapport aux médecins, le manque de collaboration est aussi décrit dans les libres réponses:** *«Le dialogue. Parler avec les médecins, qu'ils prennent conscience de la valeur de notre travail. Une meilleure écoute de leur part. Respect de nos connaissances dues à la pratique».* (IDE, CHU)

Les cadres déclarent plus souvent pouvoir discuter des questions psychologiques en détail (38% des cadres et 36,8% des cadres sup). **Les autres soignants ne sont qu'un quart environ à pouvoir le faire en détail (IDE 26,1%, AS 24%, spécialisés 20,2%)**. Les infirmiers de CHS sont 48,8% à pouvoir discuter en détail des questions psychologiques, et 31,5% des privés non lucratifs. Par contre ce n'est le cas que du quart environ des IDE des autres établissements (CHU 25,4%, CHG 23,8%, Long séjour 22,7%, AP-HP 21,8%, cliniques 20%).

**Le souhait de discuter en groupe avec une personne spécialisée** sur les aspects psychologique est déclaré alors qu'ils ne disposent pas de cette possibilité par plus de la moitié des IDE. Cela est un peu moins souhaité par les spécialisés (44,9%). Les IDE des cliniques et des CHG sont ceux qui désirent le plus ces groupes de parole (59,4% et 54,8% respectivement). Les IDE des hôpitaux universitaires sont aussi plus de la moitié à le demander (AP-HP 52,9%, CHU 51,1%). A l'inverse, seuls 30,4% des IDE des CHS le demandent alors qu'ils ne l'ont pas, car ils sont 35,4% à en bénéficier régulièrement contre 9,7% des IDE des CHG, 11,1% à l'AP-HP et 15,1% dans les CHU, les cliniques loin derrière avec 4,7%.

*«Nous permettre d'exprimer plus aisément et rapidement les difficultés rencontrées de type psychologique. Mort d'un patient, aides aux familles...; et physique (rythme soutenu)»* (CHU, IDE)

### Des horaires pénibles et des rythmes de travail épuisants

**Les IDE sont les soignants les plus nombreux à travailler en nuit fixe** (18,3 % versus 6 % des cadres). Ils sont plus nombreux à l'AP-HP (21,4 % versus 9,2 % en CHS). Les horaires alternant avec nuit sont les plus pratiqués dans les CHU (26,2 % versus 5,3 % en privé non lucratif). L'horaire pratiqué le plus fréquemment chez les IDE est l'alternance équipe du matin / équipe d'après-midi (33,6 %) et elle est plus fréquente en long séjour (52,6 % versus 16,2 % à l'AP-HP)

**Les horaires de journée, en phase avec le reste de la population**, concernent principalement les cadres et les cadres supérieurs (72,6 % et 87 %) alors que **les IDE n'en bénéficient que dans 18,4 % des cas**, plus particulièrement en clinique : 43,4 % versus 12,3 % en CHU.

Le temps partiel, avec une durée hebdomadaire de travail inférieure à 35 heures, est rarement pratiqué en France. **Les IDE représentent le groupe le plus concerné (16,3 %), suivi des spécialisés (14,6 %)**. Il est le plus pratiqué dans les établissements privés non lucratifs (57,5 % versus 7 % à l'AP-HP). Près de la moitié des IDE déclarent faire des heures supplémentaires. Mais **les heures supplémentaires ne sont payées ou compensées que pour 27,3 % des IDE et elles sont encore 16,2 % à déclarer devoir en faire sans compensation**. On constate que **61,4 % des IDE déclarent devoir**

**changer d'horaire de façon impromptue**. Soit, 74,3 % des IDE en CHU et 70,7 % en CHG. Ils sont même 11,4 % à subir de tels changements plus de deux fois par mois et le travail au moins 2 week-ends par mois concerne 72,9 % des IDE. Le travail au moins 2 week-ends par mois (samedi et/ou dimanche) concerne 77,1 % des IDE des CHG comme de l'AP-HP. **La spécialisation des infirmiers réduit un peu cette fréquence (39,2 %)**.

La possibilité de faire modifier ses horaires de travail n'est pas envisageable pour 40,6 % des IDE (52,9 % des IDE des CHU et 46,1 % de ceux des longs séjours). La spécialisation des infirmiers améliore un peu cette possibilité (37,1%).

**Les IDE sont 41,1 % à souhaiter un changement d'horaire et restent les plus insatisfaits de leur horaire pour leur bien être et leur vie privée**. Les spécialisés se plaignent un peu moins d'insatisfaction liée aux horaires pour leur vie privée (29,1%). On retrouve les plus insatisfaits en CHU (40 %) et les moins insatisfaits sont en clinique (25,7 %).

Dans ce contexte d'horaires atypiques, il n'est pas surprenant de constater que les infirmiers sont 20,9 % et les infirmiers spécialisés 19 % à déclarer ne pas avoir de solutions suffisantes de gardes d'enfants. Seuls 34,3 % des IDE déclarent avoir tout à fait les solutions nécessaires et 39,7 % des AS versus 53,3 % des cadres supérieurs concernés.

### Pénibilité physique et psychologique

La posture debout quasi constante est encore générale, en France, pour tous les soignants auprès des malades. **Ils sont debout 6 heures et plus pour 78,2 % des AS, 68 % des IDE et 66,2 % des infirmiers spécialisés**.

Les tâches telles que laver et baigner, habiller des patients et les aider à s'alimenter sont accomplies par 20 % à 40 % des aides soignants plus de 5 fois par jour. Les IDE les réalisent moins : laver et baigner (11,2 %), habiller des patients (12,5 %) et les aider à s'alimenter (7,4 %).

Par contre, une partie des IDE travaillent en binôme avec les AS ou travaillent sans AS et font la réfection des lits. Pour ce qui concerne des tâches relevant théoriquement du rôle propre infirmier telles que l'aide à l'alimentation, à la mobilisation et à l'hygiène, l'organisation actuelle du travail écarte de fait les infirmiers de ces tâches. La quantité de soins techniques leur laisse exceptionnellement le temps de travailler en binôme avec un aide-soignant pour ce type de tâches. On constate que les infirmiers qui réalisent ces tâches encore cinq fois par jour et plus sont de 10 à 30% selon les actes concernés, alors que les aides-soignants sont plutôt de 20 à 40 % à les réaliser à cette fréquence.

Les IDE et les infirmiers spécialisés sont amenés à pousser des lits ou des chariots (17 % et 17,3 %, respectivement, plus de 5 fois par jour), cependant

c'est surtout le travail des AS (38,9 % plus de 5 fois par jour). A noter que près d'un tiers des IDE des CHU (29,3 %) participe à la réfection des lits, plus de 5 fois par jour, versus 9,4 % en long séjour.

Les infirmiers des longs séjours supervisent plusieurs unités et sont moins concernés pour des tâches comme laver et baigner les patients (8,4 % le réalisent plus de 5 fois par jour), les habiller (7,9 %) par contre ils sont 11,8 % à les aider à s'alimenter.

Les infirmiers des cliniques, des CHU et des CHG sont amenés à pousser des lits ou des chariots (23,7 %, 22,7 % et 22,9 %, respectivement, plus de 5 fois par jour). Les IDE des longs séjours le font très rarement (10,6 %). Les infirmiers des cliniques déclarent plus souvent participer aux tâches physiquement pénibles. Les IDE des CHS contribuent plus rarement à des tâches impliquant des efforts physiques auprès des patients. Le soulèvement de patients, sans aide mécanique, est une tâche des IDE des CHU et des cliniques qui sont 31,9 % et 31,2 %, respectivement, à déclarer le faire plus de 5 fois par jour, versus 2,4 % pour ceux des CHS (p<0,001). L'aide à la marche de patients concerne les IDE des longs séjours qui sont 21,4 % à déclarer le faire plus de 5 fois par jour, versus 7,3 % pour ceux des CHS (p<0,001).

D'une manière générale, sans préciser s'il s'agit d'une

fatigue physique, psychique ou les deux, **plus de la moitié des soignants, sauf les cadres supérieurs, se sentent souvent ou toujours fatigués**. Les chiffres les plus élevés se retrouvent chez les IDE (59,7 %) puis les AS et les infirmiers spécialisés (52,8 % et 52,7 % respectivement ; p<0,001). Parmi les cadres, on note également une fatigue fréquente (50,8 % pour les cadres de proximité et 41,8 % pour les cadres supérieurs).

Les infirmiers sont 32,4 % à se dire souvent ou toujours épuisés physiquement. Ils le déclarent moins que les AS (37,9 %) et bien plus que les infirmiers spécialisés (24,3 %) et que les cadres de proximité (22,7 % ; p<0,001). **Les IDE sont 54,9 % à déclarer souffrir de troubles musculo-squelettiques (TMS); 31,5 % souffrent sans être suivis et 23,4 % sont suivis par un médecin**. Ces chiffres sont voisins chez les infirmiers spécialisés (61,1 %), plus élevés chez les AS et les cadres, plus âgés, (60,3 % et 61,1 % respectivement ; p<0,001).

**Les infirmiers déclarent plus d'épuisement émotionnel (29,1 % souvent ou toujours) puis les AS (26 %), les cadres de proximité (23,9 %) et les cadres supérieurs (20,9 %) les infirmiers spécialisés (20 %)**. Moins de 5,2 % de l'ensemble de l'échantillon ne déclarent jamais d'épuisement émotionnel et 20,8 % le

	Echantillon national représentatif	Aide soignants	Infirmiers	Infirmier(e)s spécialisés	Cadres	Ensemble*	p
<b>Fatigué(e)</b>	Jamais	0,5%	0,3%	0,7%	0,6%	0,5%	<0,001
	Rarement	3,5%	3,9%	6,3%	6,5%	4,2%	
	Quelques fois	44,4%	38,4%	41,7%	46,6%	42,6%	
	Souvent	46,2%	<b>52,0%</b>	45,1%	43,0%	47,2%	
	Toujours	5,4%	<b>5,4%</b>	6,3%	3,3%	5,5%	
	Effectif	1553	2372	288	337	5332	
<b>Epuisé(e) physiquement</b>	Jamais	1,9%	3,1%	5,6%	4,7%	3,0%	<0,001
	Rarement	13,6%	18,0%	22,3%	21,7%	17,3%	
	Quelques fois	47,4%	49,2%	50,9%	53,7%	49,1%	
	Souvent	<b>34,3%</b>	<b>28,5%</b>	20,6%	19,3%	28,6%	
	Toujours	<b>2,8%</b>	<b>1,3%</b>	0,7%	0,6%	1,9%	
	Effectif	1555	2376	287	337	5337	
<b>Souffrir de pathologie ostéo-articulaire ou musculaire</b>	Non	38,6%	45,0%	49,6%	40,9%	43,8%	<0,001
	Oui, sans avoir vu de médecin	<b>30,4%</b>	<b>30,6%</b>	<b>26,4%</b>	<b>32,6%</b>	30,2%	
	Oui, en étant suivi par un médecin	<b>20,4%</b>	<b>16,7%</b>	<b>17,0%</b>	<b>19,8%</b>	17,8%	
	Arrêt dans les 12 derniers mois	<b>10,6%</b>	<b>7,7%</b>	<b>6,9%</b>	<b>6,7%</b>	8,2%	
	Effectif	1486	2338	276	328	5194	
<b>Epuisé(e) émotionnellement</b>	Jamais	5,3%	3,6%	7,6%	7,8%	5,0%	<0,001
	Rarement	21,9%	19,8%	28,5%	20,0%	21,5%	
	Quelques fois	47,4%	47,7%	44,4%	50,7%	47,1%	
	Souvent	<b>23,3%</b>	<b>27,2%</b>	18,1%	20,9%	24,6%	
	Toujours	<b>2,0%</b>	<b>1,6%</b>	1,4%	0,6%	1,7%	
	Effectif	1545	2371	288	335	5315	
<b>Souffrir de trouble de la santé mentale</b>	Non	73,5%	74,0%	78,0%	73,8%	74,9%	<0,001
	Oui, sans avoir vu de médecin	<b>14,6%</b>	<b>17,3%</b>	<b>12,1%</b>	16,5%	15,3%	
	Oui, en étant suivi par un médecin	<b>9,3%</b>	<b>5,6%</b>	<b>7,0%</b>	7,8%	6,8%	
	Arrêt dans les 12 derniers mois	<b>2,6%</b>	<b>3,2%</b>	<b>2,9%</b>	1,9%	2,9%	
	Effectif	1437	2284	273	321	5068	

déclarent rarement. Les infirmiers spécialisés sont 32,2 % à n'être jamais ou rarement épuisés émotionnellement. **On constate que de 10 % des soignants de tous les grades ont un suivi médical pour troubles de la santé mentale** et autour de 15 % souffrent sans être suivis. Les soignants qui souffrent le plus, qu'ils soient ou non suivis, sont les cadres (29,5 %), les AS et IDE (26,8 % et 26,7 % respectivement), les cadres supérieurs 25,2 % et les infirmiers spécialisés 22,3 % ( $p < 0,02$ ).

### **Influence des situations décrites sur le souhait de quitter sa profession**

**Les infirmiers déclarent quelques fois par mois, par semaine ou chaque jour l'envie de quitter définitivement leur profession pour 15,9 % d'entre eux. C'est le cas de 16,4 % des IDE spécialisés, de 14,5 % des AS et de 17 % des cadres de proximité et supérieurs ( $p < 0,001$ ).** L'envie de quitter leur profession définitivement quelques fois par mois, par semaine ou chaque jour est appelé «souvent» dans les analyses qui vont suivre.

Les infirmiers travaillant à l'AP-HP sont 16,1 % à déclarer l'envie de quitter leur profession définitivement : quelques fois par mois, par semaine ou chaque jour. C'est le cas de 16,3 % des IDE des CHU autres, de 15 % de ceux des CHG, de 16 % des IDE des cliniques, 17,8 % des infirmiers travaillant en établissements privés non lucratifs et de 17,1 % de ceux travaillant en CHS. Par contre les IDE ayant un poste en long séjour (hôpitaux locaux et maisons de retraite) ne sont que 11,1 % à déclarer une intention fréquente de quitter leur profession définitivement ( $p < 0,001$ ).

**On constate deux fois plus de volonté de quitter définitivement sa profession chez les infirmiers dont la santé physique ou mentale est menacée ou déjà atteinte.** Nous avons utilisé pour cette comparaison les 3297 infirmiers du panel national et de l'extension AP-HP.

Parmi les 1874 infirmiers souvent ou toujours fatigués, 20,4 % pensent souvent à quitter leur profession, alors qu'ils ne sont que 7,8 % à y penser parmi les 1115 qui sont rarement fatigués et 10 % parmi les 10137 qui se déclarent quelquefois fatigués ( $p < 0,001$ ). Parmi les 1021 infirmiers souvent ou toujours épuisés physiquement, 24,2 % pensent souvent à quitter leur profession, alors qu'ils ne sont que 7,7 % à y penser parmi les 609 qui sont jamais ou rarement épuisés physiquement et 14,2 % parmi les 1503 qui déclarent l'être quelques fois ( $p < 0,001$ ).

Parmi les 496 infirmiers suivis pour TMS sans arrêt, 19,6 % pensent souvent à quitter leur profession, 22,1 % parmi les 226 qui se sont arrêtés pour cela et 19,3 % parmi les 974 qui en souffraient sans être suivis médicalement, alors qu'ils ne sont que 12 % à y penser parmi les 1388 qui ne souffrent pas de TMS ( $p < 0,001$ ).

Parmi les 921 IDE souvent ou toujours épuisés émotionnellement, 27,5 % pensent souvent à quitter leur profession, et 12,2 % parmi les 1480 IDE qui

sont quelques fois épuisés, alors qu'ils ne sont que 10,1 % à y penser parmi les 726 qui ne sont jamais ou rarement épuisés émotionnellement ( $p < 0,001$ ).

Parmi les 276 IDE suivis pour troubles de la santé mentale, 29,3% pensent souvent à quitter leur profession, et 27,3 % parmi les 542 qui en souffrent sans être traités, alors qu'ils ne sont que 11,8 % à y penser parmi les 2209 qui ne souffrent pas de troubles de la santé mentale ( $p < 0,001$ ).

**On constate aussi deux fois plus de volonté de quitter définitivement sa profession chez les infirmiers spécialisés dont la santé physique ou mentale est menacée ou déjà atteinte.** Nous avons utilisé pour cette comparaison les 392 infirmiers spécialisés du panel national et de l'extension AP-HP.

Parmi les 194 infirmiers spécialisés souvent ou toujours fatigués, 23,7% pensent souvent à quitter leur profession, alors qu'ils ne sont que 8,1 % à y penser parmi les 149 qui sont quelque fois fatigués ( $p < 0,01$ ). Parmi les 93 infirmiers spécialisés souvent ou toujours épuisés physiquement, 33,3 % pensent souvent à quitter leur profession, alors qu'ils ne sont que 10,6 % à y penser parmi les 113 qui ne sont jamais ou rarement épuisés physiquement et 12,3 % parmi les 163 quelque fois épuisés ( $p < 0,01$ ). Parmi les 83 infirmiers spécialisés suivis pour TMS, 26,5 % pensent souvent à quitter leur profession, alors qu'ils ne sont que 14,5 % à y penser parmi les 173 qui ne souffrent pas de TMS et 14,1 % parmi les 99 qui en souffraient sans avoir vu de médecin ( $p < 0,05$ ).

Parmi les 74 spécialisés souvent ou toujours épuisés émotionnellement, 29,7 % pensent souvent à quitter leur profession, alors qu'ils ne sont que 11,5 % à y penser parmi les 130 qui sont rarement ou jamais épuisés émotionnellement et 15,9 % parmi les 164 qui le sont quelques fois ( $p < 0,001$ ).

Parmi les 36 infirmiers spécialisés suivis pour troubles de la santé mentale, 30,6 % pensent souvent à quitter leur profession, et 27,3 % parmi les 44 qui en souffrent sans être traités, alors qu'ils ne sont que 13,7 % à y penser parmi les 270 qui ne souffrent pas de troubles de la santé mentale ( $p < 0,001$ ).

**On constate trois à cinq fois plus de volonté de quitter définitivement sa profession chez les IDE, en lien avec l'insatisfaction des divers éléments du poste de travail.** Parmi les 226 IDE très insatisfaits de leurs perspectives professionnelles, 46 % pensent souvent à quitter leur profession, alors qu'ils ne sont que 8,6 % à y penser parmi les 1871 qui en sont satisfaits ou très satisfaits ( $p < 0,001$ ). Parmi les 194 IDE très insatisfaits de l'utilisation de leurs compétences, 37,6 % pensent souvent à quitter leur profession, alors qu'ils ne sont que 11,4 % à y penser parmi les 1997 qui en sont satisfaits ou très satisfaits ( $p < 0,001$ ). Parmi les 916 IDE très insatisfaits du soutien psychologique au travail, 27,9 % pensent souvent à quitter leur profession, alors qu'ils ne sont que 7,6 % à y penser parmi les 891 qui en sont satisfaits ou très satisfaits ( $p < 0,001$ ). Parmi les 347 IDE très insatisfaits de leurs possibilités de donner des soins adéquats, 26,2 %

pensent souvent à quitter leur profession, et 11,4 % parmi les 1424 IDE qui en sont satisfaits ou très satisfaits, ( $p < 0,001$ ). Parmi les 369 IDE très insatisfaits de leurs conditions physiques de travail, 34,1 % pensent souvent à quitter leur profession, et 10,2 % parmi les 1373 qui en sont satisfaits ou très satisfaits ( $p < 0,001$ ). Enfin, parmi les 166 IDE très insatisfaits de leur poste en général, 41 % pensent souvent à quitter leur profession, et 21,8 % parmi les 1365 IDE insatisfaits contre 9,3 % parmi les 1582 qui en sont satisfaits ou très satisfaits ( $p < 0,001$ ).

**On constate, de même, trois à cinq fois plus de volonté de quitter définitivement sa profession chez les IDE, en lien avec l'insatisfaction des divers éléments du poste de travail.**

Parmi les 96 IDE spécialisé(e)s insatisfaits de leurs perspectives professionnelles, 31,3 % pensent souvent à quitter leur profession, alors qu'ils ne sont que 9,3 % à y penser parmi les 246 qui en sont satisfaits ou très satisfaits ( $p < 0,001$ ). Parmi les 32 IDE spécialisé(e)s très insatisfaits de l'utilisation de leurs compétences, 43,8 % pensent souvent à quitter leur profession, et 22,3 % parmi les 103 insatisfaits, alors qu'ils ne sont que 11,3 % à y penser parmi les 230 qui en sont satisfaits ou très satisfaits ( $p < 0,001$ ). Parmi les 76 IDE spécialisé(e)s très insatisfaits du soutien psychologique au travail, 35,5 % pensent souvent à quitter leur profession, alors qu'ils ne sont que 8,8 % à y penser parmi les 147 qui en sont satisfaits ou très satisfaits ( $p < 0,001$ ). Parmi les 133 IDE spécialisé(e)s insatisfaits de leurs possibilités de donner des soins adéquats, 16,5 % pensent souvent à quitter leur profession, et 15,6 % parmi les 211 IDE spécialisé(e)s qui en sont satisfaits ou très satisfaits, ( $p < 0,001$ ). Parmi les 123 IDE spécialisé(e)s insatisfaits de leurs conditions physiques de travail, 20,3 % pensent souvent à quitter leur profession, et 12 % parmi les 216 qui en sont satisfaits ou très satisfaits ( $p < 0,001$ ). Enfin, parmi les 128 IDE spécialisé(e)s insatisfaits de leur poste en général, 27,3 % pensent souvent à quitter leur profession, contre 8,7 % parmi les 228 qui en sont satisfaits ou très satisfaits ( $p < 0,001$ ).

**Les IDE qui craignent de ne plus tenir moralement face aux patients sont 22,1 % à penser souvent à quitter leur profession contre 8,9 % de ceux qui ne le craignent pas ( $p < 0,001$ ). De même, les IDE spécialisé(e)s qui craignent de ne plus tenir moralement face aux patients sont 26,2 % à penser souvent à quitter leur profession contre 11,6 % de ceux qui ne le craignent pas ( $p < 0,001$ ).**

Les IDE qui déclarent n'avoir que très peu ou pas beaucoup la possibilité d'apprendre de nouvelles choses par le travail sont 26,9 % à penser souvent à quitter leur profession contre 11,3 % de ceux qui déclarent pouvoir beaucoup apprendre ( $p < 0,001$ ). De même, les IDE spécialisé(e)s qui déclarent n'avoir que très peu ou pas beaucoup la possibilité d'apprendre de nouvelles choses par le travail sont 45,5 % à penser souvent à quitter leur profession contre

13,5 % de ceux qui déclarent pouvoir beaucoup apprendre ( $p < 0,001$ ). Les IDE qui craignent d'être mutés à un autre poste ou lieu de travail sont 18,7 % à penser souvent à quitter leur profession contre 14,6 % de ceux qui ne le craignent pas ( $p < 0,01$ ).

### **L'analyse simultanée des différents facteurs de risque pour l'envie de partir**

L'analyse multivariée a pris en compte simultanément les 79 variables ayant montré leur importance dans les tableaux précédents. Grâce à la taille de l'échantillon, nous pouvons faire apparaître, de façon significative, les facteurs les plus déterminants.

**Les facteurs psychologiques sont au premier plan :** les 226 IDE très insatisfaits de leurs perspectives professionnelles ont quatre fois plus l'envie de quitter définitivement leur profession que les 1871 satisfaits ou très satisfaits (OR = 4,11). Les 1023 IDE insatisfaits ont près de deux fois plus cette envie que ceux qui sont satisfaits de leurs perspectives professionnelles (OR=1,91). Les 99 IDE qui témoignent ne pas être fiers d'être soignants ont deux fois plus l'envie de quitter définitivement leur profession que les 3027 qui en sont fiers (OR = 2,34). La crainte de devenir incapable de travailler est un autre facteur qui majore de 50 % l'envie de quitter définitivement sa profession (OR = 1,57 pour 836 IDE concernés).

**Quatre autres facteurs majorent de 40 % l'envie de quitter définitivement sa profession.** Une capacité mauvaise ou moyenne par rapport à la demande psychologique du travail concerne 1393 IDE avec un odds ratio de 1,48. Les troubles de la santé mentale concernent 851 IDE avec un odds ratio de 1,42. La fatigue, de manière générale, déclarée par 1874 IDE fait apparaître un OR de 1,42. Ne pas avoir de collègue, ou en avoir un seul, avec qui partager les soucis tant techniques que psychologiques concernent 566 IDE. Pour eux, le OR est de 1,41 par rapport aux 2571 IDE qui ont au moins deux collègues.

Quatre facteurs majorent de 30 % l'envie des IDE de quitter définitivement leur profession. La crainte de devenir moralement indisponible aux besoins des patients concerne 1743 IDE avec un odds ratio de 1,39. Le manque de sentiment d'appartenance à leur institution, pour 550 IDE, détermine un odds ratio de 1,32. Les 600 IDE qui déclarent des relations hostiles ou tendues avec le cadre de proximité présentent un OR de 1,32. Enfin, 1119 IDE déclarent ne pas ressentir le respect auquel ils estiment avoir droit, au regard des efforts fournis et des résultats de leur travail. Pour eux le OR est de 1,31 par rapport aux 2010 IDE qui ressentent ce respect.

**Trois facteurs concernant le manque de travail d'équipe majorent de plus de 20 % l'envie des IDE de quitter définitivement leur profession.** Les 702 IDE qui expriment avoir fréquemment ou très fréquemment des informations inadéquates de la

part du médecin au sujet d'un patient ont un odds ratio de 1,29. Une forte insatisfaction du soutien psychologique au travail, pour 916 IDE, détermine un odds ratio de 1,29. Les 1779 IDE qui affirment l'existence de postes vacants dans leur service ont un odds ratio de 1,27. Les 149 IDE travaillant en hôpitaux locaux ou en maisons de retraite ont moitié moins envie de quitter définitivement leur profession (OR=0,51).

**L'importance des facteurs organisationnels et sociaux :** on observe que les 339 IDE qui doivent travailler plus de deux week-ends par mois annoncent bien plus une envie de quitter définitivement leur profession (OR = 1,64).

Les 491 IDE qui ont travaillé dans quatre établissements ou plus au cours de leur carrière souhaitent nettement plus abandonner leur profession (OR=1,41).

**Deux facteurs majorent de 40 % l'envie des IDE de quitter définitivement leur profession.** Les 446 IDE qui ont trois enfants ou plus peuvent faire valoir leur droits à la retraite proportionnelle après 15 ans d'ancienneté dans le public. Ceci peut jouer un rôle dans leur augmentation du souhait de partir (OR = 1,39). Mais ceci est à mettre en parallèle avec l'absence de solution de garde d'enfants, qui concerne 351 IDE, et détermine un odds ratio de 1,41.

### L'analyse simultanée des différents facteurs de risque pour les arrêts de travail

**Les facteurs de santé sont au premier plan .** Une capacité de travail mauvaise ou moyenne par rapport aux exigences physiques du poste est liée à deux fois plus de nécessité de s'arrêter plus de cinq jours (OR=2,10 pour 1029 IDE) .

Une santé perçue comme mauvaise ou juste correcte concerne 938 IDE avec un odds ratio de 1,68. Les troubles musculo-squelettiques concernent 1723 IDE avec 25 % de majoration de la prise d'arrêts de plus de 5 jours dans l'année (OR = 1,25). Le risque infectieux concerne tous les soignants au lit du malade, même si la contamination est exceptionnelle. Le risque inverse de contaminer des patients immunodéprimés pourrait aussi interférer. Cette perception du risque se traduit par un odds ratio de 1,35.

**Les IDE d'Ile de France (1241) sont deux fois moins à déclarer des arrêts de plus de cinq jours que ceux des autres régions.** Les 627 IDE travaillant en CHU, hors AP-HP, sont nettement plus à déclarer des arrêts plus de cinq jours que les 1124 IDE de l'AP-HP (OR=1,33). Parmi l'ensemble des IDE, les 1389 qui considèrent que leur salaire n'est pas satisfaisant par rapport à leur besoins financiers sont plus à déclarer des arrêts plus de cinq jours que les 701 IDE satisfaits (OR=1,22). Les 650 IDE ayant un seul enfant déclarent deux fois plus des arrêts plus de cinq jours que les 921 sans enfant (OR = 2,43). Ceux ayant deux enfants ou trois enfants et plus s'arrêtent près d'une fois et demie plus (OR = 1,43 et 1,41 respectivement).

Les 1305 IDE n'ayant pas bénéficié de formation continue dans l'année sont 30 % de plus à déclarer des arrêts plus de cinq jours (OR=1,30).

**En revanche, à conditions de vie et de travail égales, les IDE plus âgées s'arrêtent moins que les plus jeunes.** Pour les 1441 IDE de 30 à 44 ans le odds ratio est de 0,63 par rapport aux 867 IDE de moins de 30 ans. Il est encore plus bas (0,49) pour les 824 IDE de 45 ans et plus.

**Les IDE affirmant l'existence de postes vacants dans leur service sont 30 % de plus à penser à quitter leur établissement (OR = 1,35). Les aspects de soutien psychologique ont aussi une influence importante (OR = 1,56 pour les 916 IDE qui ne se déclarent très insatisfaits du soutien psychologique par rapport aux 881 qui se disent satisfaits).** De même la crainte de devenir moralement indisponible est associée à un odds ratio de 1,30 pour les 1743 IDE concernés.

**Les aspects liés à la surcharge de travail sont également déterminants.** Ainsi les 1212 IDE déclarant manquer de temps pour la réalisation de leurs tâches souhaitent significativement plus quitter leur établissement que les 1889 IDE qui ne déclarent pas manquer de temps (OR = 1,31).

### L'analyse simultanée des différents facteurs de risque pour l'envie de changer d'établissement

**L'inquiétude sur la qualité des soins est liée à une augmentation de 30% de l'envie de changer d'établissement :** on relève un odds ratio de 1,30 pour les 702 IDE qui déclarent avoir fréquemment des informations inadéquates d'un médecin sur un patient par rapport aux 2362 qui se plaignent pas de cette difficulté ou seulement parfois ; on constate aussi un odds ratio de 1,34 pour les 381 IDE qui déclarent avoir fréquemment ou très fréquemment des incertitudes sur le fonctionnement d'un équipement par rapport aux 2548 qui n'ont pas ce type d'inquiétude ou seulement parfois.

**La reconnaissance de la qualité du travail fait par ses supérieurs est un facteur de renforcement positif important.** Les soignants qui ne se sentent pas reconnus par leur encadrement ont nettement plus envie de changer d'établissement. Les odds ratios sont de 1,31 pour les 1119 infirmiers qui déclarent ne pas recevoir le respect mérité au vu des efforts, de 1,60 pour les 600 IDE qui considèrent avoir des relations hostiles ou tendues avec leur surveillante, et de 1,25 pour les 833 infirmiers qui déclarent que leur responsable n'est que moyennement conscient de la valeur de leur travail et de ses résultats.

**Les perspectives professionnelles font partie de l'attractivité d'un établissement. Les IDE qui n'ont pas d'opportunités de promotion ou de progrès dans un établissement pensent plus à le quitter (OR = 1,71 pour les 226 IDE très insatisfaits des perspectives professionnelles et OR = 1,55 pour les 1022 IDE insatisfaits).**

**Lorsque les IDE considèrent être épuisés émotionnellement, ils sont 30 % de plus à désirer changer d'établissement** (OR = 1,33 pour les 921 IDE concernés). Le fait de travailler en clinique semble cumuler un certain nombre de difficultés puisque les 162 IDE y travaillant sont 50 % de plus à souhaiter changer d'établissement, par rapport aux 1124 IDE de l'AP-HP (OR = 1,52). Les autres établissements ne diffèrent pas significativement de l'AP-HP.

D'autre part, nous constatons **presque deux fois moins l'envie de quitter leur établissement parmi les infirmier(e)s de province** que parmi ceux de l'AP-HP et encore moins en Poitou-Charentes (OR = 0,54). Les conditions d'environnement (familial, logement, transport...) expliquent pour une part cette différence. Les 491 IDE ayant souvent changé d'établissement restent les plus nombreux à vouloir le faire (OR = 1,37).

**Les infirmiers les plus âgés souhaitent le moins changer d'établissement, après avoir organisé leur vie personnelle en conséquence, et du fait du glissement de salaire induit par l'ancienneté** (OR = 0,70 pour les 1441 IDE de 30-44 ans et OR = 0,35 pour les 824 de 45 ans et plus par rapport aux 867 de moins de 30 ans. **L'absence de solution de garde d'enfants fait rechercher une situation professionnelle plus équilibrée dans un autre établissement** (OR=1,69 pour les 351 IDE concernés).

**Les difficultés liées aux horaires de travail ont aussi un rôle important dans l'envie de changer d'établissement, lorsqu'il n'est pas possible d'obtenir un horaire compatible avec sa vie familiale (majoration de 30 %) ou son bien-être (majoration de 50 %) dans l'établissement où l'on travaille.** On constate, après prise en compte simultanée des autres facteurs, que les odds ratios sont 1,31 pour les 862 IDE qui déclarent que leurs horaires interfèrent "moyennement" sur leur vie privée et 1,28 pour les 921 qui déclarent que leurs horaires interfèrent "tout à fait". On relève un odds ratio de 1,50 pour les 1003 IDE insatisfaits de leurs horaires pour leur bien être par rapport aux 2101 qui en sont satisfaits. Les 390 infirmier(e)s qui souhaitent absolument changer d'horaire sont déterminés à partir (OR = 1,75, toutes choses égales d'ailleurs, selon la régression logistique)

Nous avons pu constater, sur ce panel représentatif de tous les modes d'exercice infirmier en France, l'importance de la pénibilité psychologique et physique du travail des infirmiers. Nous avons aussi constaté le lien entre ces deux aspects. Les difficultés relationnelles dans le travail sont fortes du fait de la difficulté à constituer des collectifs de travail soudés. L'intensification du travail et la flexibilité des postes ont réduit les temps d'échanges aussi bien avec les malades qu'avec les collègues. La réduction des temps de transmission entre équipes successives accentue l'incertitude, la crainte des erreurs et le manque d'écoute et de soutien.

A contrario, les soignants qui déclarent le moins ces difficultés sont en meilleure santé physique et morale. Ils déclarent trois à quatre fois moins l'envie de quitter leur profession. La fierté du métier n'est pas entamée. En revanche, le décalage rencontré par certains infirmiers entre leur formation, leur éthique et les possibilités de mise en œuvre de ces acquis est lié à un score de burnout particulièrement élevé.

Dans notre échantillon français, la fréquence des problèmes de santé déclarés, mais non soignés (sauf peut-être par automédication) doit interpeller. Dans le même sens la faible pratique sportive des IDE et leur tabagisme montrent que leur rôle d'éducatrices de santé peut être plus souhaité que réel.

L'amélioration de l'équilibre vie de travail permettant de réduire le stress et de mieux se prendre en charge, et la constitution de collectifs de travail élaborant des stratégies d'éducation des patients seraient certainement rentable pour le pays. En effet, la densification des soins à l'hôpital, génératrice de fatigue, de crainte d'erreurs et de multiplication des procédures médico-judiciaires, de frustration quant aux insuffisances relationnelles, n'est pas uniquement remise en cause pour son effet délétère sur la santé des professionnels hospitaliers.

De plus, l'accréditation recommande très vigoureusement l'éducation du malade. Le manuel d'accréditation, 1999, précise des référentiels sur ce sujet : droits et information du patient (DIP-4) et organisation de la prise en charge des patients (OPC-5). Ainsi le DIP-4b stipule : « *Les professionnels informent le patient ou la (les) personne (s) qu'il a désignée (s) sur son état de santé et sur les soins qui lui sont proposés ; ils facilitent la demande d'information du patient* ». LOPGSb précise : « *Les douleurs aiguës ou chroniques et la souffrance psychique sont recherchées, prévenues et prises en charge* ». LOPC-5d stipule : « *Le patient bénéficie des actions d'éducation concernant sa maladie et son traitement* » et l'OPC-5e étend « *ces actions d'éducation à l'éducation pour la santé correspondant à ses besoins* ».

Le principe de non-discrimination des publics, dont s'honore l'hospitalisation française, et les besoins de discriminations positives, pour réduire les inégalités de santé, nécessitent du temps. Les équipes de soins doivent mobiliser individus et groupes pour préserver et entretenir leur capital santé. Les trente-huit objectifs de l'OMS Europe cherchent à réduire les inégalités de chances. Aussi, le potentiel de rattrapage, pour les plus vulnérables, à l'occasion de l'hospitalisation, ne devrait plus être une opportunité perdue. La place de plus en plus importante des pathologies chroniques nécessite une participation active du patient à la prise en charge. L'observance des traitements et l'efficacité des thérapeutiques dépendent de la qualité de la relation entre le patient et l'équipe soignante, de son information, de son état psychologique, de la prise en considération de ses attentes et du bénéfice subjectif qu'il ressent des soins.

## Les cadres

La qualité des relations humaines au sein de l'équipe et avec les malades est la garante de la qualité des soins. L'augmentation des tâches administratives des cadres et des soignants pour une traçabilité médico-légale et la réduction des temps de chevauchement, diminuent le temps pour l'échange pluridisciplinaire autour du malade. La réforme hospitalière, mettant en priorité l'objectif de rationalisation des soins et des compétences, a abouti à une distanciation entre catégories professionnelles dont le but est pourtant le même : la qualité des soins.

**L'équipe reproche au cadre de ne pas défendre l'approche globale et l'éducation du malade. Les familles et les malades reprochent aux soignants aux médecins et aux cadres le manque d'information et d'association au processus diagnostique et thérapeutique.** Les réactions de défense corporatistes font souffrir les soignants. La gestion tendue des plannings entraîne une intégration difficile de la vie familiale et professionnelle.

Afin de cerner les difficultés et les satisfactions professionnelles des cadres l'enquête a pu interroger 480 cadres. Il s'agit de 369 cadres de proximité (CP) et 111 cadres supérieurs (CS). Les cadres de proximité se répartissent de la manière suivante : 118 à l'AP-HP, 73 en CHU, 66 en CHG53 et CHS 18 en cliniques, 21 en établissements privés non lucratifs, 20 en établissements de longs séjours y compris maisons de retraite.

Les analyses par établissements ne porteront que sur les cadres de proximité.

### Une satisfaction globale plus forte que les infirmiers et une autonomie différente

Si l'on compare avec l'ensemble des pays européens, l'âge des cadres supérieurs et de proximité est nettement plus élevé en France et en Finlande 59,6 % et 54 % ont 50 ans et plus alors qu'ils sont au plus 36 % dans cette tranche d'âge dans les autres pays). Nous remarquons également que les cadres supérieurs français vivent plus souvent seuls (19,3 % contre 12,9 % pour l'ensemble des pays européens). Les cadres supérieurs et de proximité français sont les plus nombreux à vivre en famille monoparentale (CS 12,3 % et CP 8,2 % contre CS 3,8 % et CP 6,3 % pour l'ensemble des pays européens). **Cet état de fait implique un certain nombre de difficultés d'organisation pour équilibrer vie professionnelle et vie personnelle, si la prévisibilité des horaires, les conditions de logement et de garde d'enfant ne sont pas facilitées.**

La notion de « fierté du métier » est retrouvée de façon constante. **La fierté du métier est plus forte chez les cadres de proximité que pour les autres soignants et légèrement moindre pour les cadres supérieurs.** Elle est plus importante dans les CHU,

les cliniques et les CHG que dans les établissements privés non lucratifs et les CHS. Comme d'autres soignants, plusieurs cadres ont tenu, dans les libres réponses, à affirmer l'attachement à leur profession, au sens de leur mission : « J'aime mon travail et j'ai toujours fait valoir la richesse de cette profession » (AP-HP, cadre femme) ; « Heureusement il y a la motivation, il faut veiller à ce qu'elle ne s'éteigne pas » (CHU, cadre, femme).

**Ces réponses positives n'excluent toutefois pas un certain nombre de critiques quant à leur position intermédiaire dans la hiérarchie :** « *La situation de tampon entre la direction, la DRH et l'équipe qui croit que les exigences émanent de notre bon vouloir, est une difficulté stressante à vivre et parfois à assumer, surtout dans la gestion d'une grosse équipe d'environ 40 personnes* » (CHG, cadre femme).

Les cadres sont obligés d'appliquer les grandes orientations stratégiques des établissements ou celles liées aux politiques de santé et sont ainsi les premiers à en apercevoir les éventuelles contradictions. Par ailleurs, la montée du travail administratif est pointée par certains d'entre eux qui ont alors l'impression que leur rôle est mal cerné. Une de leurs revendications devient ainsi celle d'une mission clarifiée : « Repenser la fonction cadre de santé » (CHU, cadre, femme).

**Les cadres indiquent souffrir d'un déficit de reconnaissance :** « *La non reconnaissance de la direction* » (CHG, cadre, femme). « *Plus de reconnaissance de notre travail et de nos diplômes* » (AP-HP, cadre, femme). Ce problème de la reconnaissance, nécessaire pour conforter la fierté du travail, est aggravé par l'attitude plus exigeante de certains malades.

**En ce qui concerne la satisfaction du poste, les cadres supérieurs constituent la catégorie la plus fréquemment satisfaite tandis que les cadres de proximité ont un niveau de satisfaction qui se rapproche plus de celui des infirmières.** Une grande majorité de cadres considèrent comme relativement satisfaisant l'utilisation de leurs compétences, le soutien psychologique qui leur est apporté, les conditions physiques dans lesquelles ils exercent leur activité, même si ces données sont à nuancer en fonction du grade, du mode et du lieu d'exercice. **En revanche, ils estiment peu satisfaisant la possibilité de pouvoir donner ou organiser des soins adéquats.**

## Plus d'autonomie professionnelle et moins de soutien du collectif de travail.

Les cadres sont nombreux à devoir prendre beaucoup d'initiatives. Leur autonomie professionnelle est ressentie différemment selon le type d'établissement et leur grade. Ainsi, les cadres de proximité déclarent plus fréquemment devoir prendre beaucoup d'initiatives lorsqu'ils travaillent en CHU, en clinique ou en long séjour en comparaison avec ceux du privé non lucratif ou à l'AP-HP. Les cadres ont la possibilité « d'avoir leur mot à dire » dans le type de tâches qu'on leur demande de réaliser même si certains indiquent qu'en CHS et à l'AP-HP, cette possibilité est plus réduite.

**Nous constatons qu'une partie des cadres est amenée à pratiquer des tâches au dessus de leur qualification. Ils sont donc nombreux à être préoccupés par la crainte de faire, souvent ou toujours des erreurs.**

La solidarité est une caractéristique forte du milieu hospitalier, considérée comme essentielle pour la cohérence des équipes et la qualité de la relation soignant/soigné qu'elles peuvent développer. Cette solidarité semble un peu mise à mal par l'évolution récente du milieu hospitalier et des méthodes de management. **Les cadres de proximité sont ceux qui expriment avoir le moins de soutien de la part de leurs collègues. Près du quart d'entre eux déclarent ne recevoir que rarement ou jamais de soutien de leurs collègues. La moitié des cadres supérieurs déclarent quant à eux recevoir souvent ou très souvent le soutien ou les conseils de leurs collègues.**

Même si le soutien des supérieurs est davantage ressenti par les cadres, il n'en demeure pas moins que ces derniers **se plaignent de ne pas pouvoir faire avancer leur point de vue**. Ils se disent très souvent être dans une position inconfortable entre une direction, dont ils ne partagent pas toujours les objectifs, et des soignants à qui ils doivent les faire accepter.

**La situation des infirmier(e)s faisant fonction de cadres est encore plus délicate.** Ainsi l'une d'elles considère comme étant le plus pénible dans son travail : *« Les relations avec la direction de l'Hôpital, aucune ou peu de concertation. Peu de prise en considération des informations transmises. Pas de travail sur les pratiques professionnelles avec les différentes directions. Le plus pénible est l'inadéquation entre les valeurs des soignants et les moyens qui sont donnés (humains, matériels, temps) : augmentation de la charge administrative au détriment de la qualité des soins : baisse de la qualité des soins, baisse de l'écoute et travail à la chaîne. Absence de communication inter-équipes aggravée par les lourdeurs administratives... (Centralisation, marges de manœuvre limitées...). Il faudrait des réunions inter-équipes une fois par mois, un projet de service fait en commun, être au courant des modifications organisationnelles »* (AP-HP, IDE, faisant fonction de cadre, femme).

**On constate une relative satisfaction liée à la concertation et aux possibilités de travail en équipe pluridisciplinaire.** Les cadres sont satisfaits des possibilités de concertation bien que les cadres de proximité et les infirmières regrettent l'insuffisance des « temps de chevauchement ».

La concertation peut porter sur les aspects organisationnels, techniques et psychologiques du travail. **Les cadres ont, dans l'ensemble, plus d'opportunités de discuter des questions professionnelles, plus de la moitié des cadres disent pouvoir le faire en détail contre un tiers des infirmiers.**

S'agissant des questions d'organisation des soins et du fonctionnement du service, les cadres ont de meilleures opportunités (61,1% des CS peuvent le faire en détail et 54,3 % des CP). Or comment gérer, animer un service sans ces discussions en équipe alors qu'il serait nécessaire de pouvoir définir collectivement cette organisation et suivre ensuite sa mise en oeuvre.

**Quant aux questions psychologiques, moins de la moitié des cadres déclarent pouvoir se concerter dans le détail.** Les relations avec les médecins sont plus faciles pour les cadres supérieurs que pour les cadres de proximité : 59,6 % des CS déclarent des relations amicales ou détendues avec les médecins contre 48,3 % des CP.

**Les cadres se plaignent d'un manque de temps de chevauchement pour les transmissions orales, qu'elles concernent les patients, les équipements, les organisations du travail ou les relations au sein de l'équipe, ou entre équipes successives.**

Nous pouvons penser que ce manque d'échange a un impact sur les relations professionnelles entre cadres et équipes soignantes. En effet, les relations professionnelles avec les cadres supérieurs sont souvent décrites comme tendues par les infirmiers (41,2 %) alors que, selon les mêmes, elles le seraient moins avec les cadres de proximité (16,8 %). La lecture des libres réponses des soignants à propos de leurs cadres confirme cette image. Sur les 904 libres - réponses concernant les relations d'équipes que nous avons analysées, 361 exprimaient des difficultés avec l'encadrement. Les soignants attendent donc de leur cadre qu'il ou elle soit capable de comprendre les contraintes spécifiques de leur travail et de reconnaître leur engagement personnel.

Les cadres travaillent le plus souvent en journée, type horaire administratif. Il existe donc une plus grande régularité au niveau des horaires et de meilleures possibilités de vie sociale. De plus, ils travaillent moins de deux week-ends par mois. **Ils peuvent mieux choisir leurs horaires et rythmes de travail que les infirmières. Ils sont moins sollicités que les soignants pour changer leurs horaires de travail.** En revanche, ils sont plus nombreux et plus facilement amenés à devoir faire des **heures supplémentaires** pour lesquelles, ils ne perçoivent ni indemnités ni compensations. Ils sont aussi plus des deux tiers à ramener du **travail à la maison**.

Les cadres ont répondu aux différentes questions concernant leur participation aux soins directs donnés aux patients. C'est ainsi qu'ils déclarent coucher et repositionner les patients deux fois par jour au moins, les transférer ou les porter, les aider à marcher ou bien encore faire leur toilette. Ils disent également être amenés à pousser des lits, des chariots repas ou à linge.

Il est intéressant de noter que les cadres effectuent des tâches réputées pour ne jamais être accomplies par eux. Les cadres les plus sollicités sont ceux qui travaillent dans le privé non lucratif et les cliniques. Les efforts physiques sont considérés comme perturbants même si les cadres s'accordent à reconnaître qu'ils sont moins souvent épuisés que les infirmières et aides soignants.

**Les troubles de la santé mentale sont déclarés par 3,9 % d'entre eux.** Dans les libres réponses, ces troubles s'expriment bien souvent à travers la notion de stress : « Difficultés de suivi, interruptions constantes, difficultés de se concentrer et de faire un travail jusqu'au bout. J'ai aussi des crises de migraine qui perturbent le travail. Elles entraînent de forts maux de tête et une grande fatigue. Il faut donc se forcer pour travailler comme si de rien n'était. Elles durent plusieurs jours consécutifs. Le stress peut aggraver la migraine » (AP-HP, cadre, femme).

**Même ceux qui ne ressentent pas de problèmes estiment nécessaire, du fait du métier exercé, d'entretenir de façon active leur santé pour tenir.** Au total, de très nombreux cadres s'interrogent sur leur santé et leur capacité à tenir jusqu'à la retraite : « Notre santé est peu prise en compte, on s'arrête trop souvent quand c'est trop tard » (CHS, cadre, femme).

**Un peu moins de la moitié des cadres de proximité estiment leur situation économique bonne ou très bonne tandis que les cadres supérieurs sont plus de la moitié à en être satisfaits.** Cependant, le pourcentage de cadres de proximité satisfaits de leurs revenus diffère significativement selon l'établissement et son implantation géographique. **C'est à l'AP-HP que les cadres sont les plus nombreux à n'être pas du tout ou peu satisfaits du rapport entre leur salaire et leurs besoins financiers.** Ils sont, par exemple, 45 % à connaître des difficultés de logement. En revanche, la situation est plus favorable pour les cadres qui travaillent dans les CHG et les CHU.

Le désir de quitter définitivement la profession est exprimé bien plus souvent par les cadres lorsqu'ils sont ne sont pas satisfaits de leurs conditions de travail.

Trois fois plus de cadres de proximité souhaitent souvent quitter leur profession lorsqu'ils ne sont pas satisfaits de leurs perspectives professionnelles, de l'utilisation de leurs compétences, du soutien psychologique ou de la qualité des soins. Nous retrouvons la même tendance pour les cadres supérieurs même si les effectifs sont moindres. La crainte de commettre des erreurs, le manque de temps pour parler aux patients et la crainte de ne pas tenir psychologiquement jouent également un rôle important dans le désir de quitter la profession.

D'autre part, l'analyse multivariée précise le rôle spécifique de chaque facteur en montrant, après prise en compte simultanée des autres facteurs, que les cadres qui sont insatisfaits de leurs perspectives professionnelles ont trois fois plus envie d'abandonner ; ceux qui ne trouvent pas de respect de leurs supérieurs sont 4,03 fois plus et ceux qui craignent de ne plus tenir moralement, 5,28 fois plus

### *Mise en perspective des résultats concernant les cadres*

La très grande majorité des cadres et cadres supérieurs est fière d'être soignant. Il existe donc toujours un attachement très fort à la profession soignante chez les cadres de proximité et même, dans une moindre mesure, chez les cadres supérieurs. **C'est la proximité du métier de soignant qui influence probablement sur la notion de fierté du métier de cadre. Il apparaît que les contraintes administratives et celles émanant de la DRH altèrent, quelque peu, cette notion de fierté et plus particulièrement chez les cadres supérieurs.**

La moitié seulement des cadres sont satisfaits de leur poste en général. Comme les soignants, ils vivent plus les contradictions entre les contraintes, les choix organisationnels et les difficultés quotidiennes des soins, que les cadres supérieurs. Du moins, les cadres s'autorisent davantage la possibilité de les exprimer. Néanmoins la situation n'est pas la même dans tous les types d'établissements. **L'autonomie et la reconnaissance réelle sont plus fortes pour les cadres des cliniques que pour ceux des très grandes institutions ou des hôpitaux locaux.** Il semble que les cadres des services de long et moyen séjour soient les moins satisfaits de leur poste.

**La satisfaction du soutien psychologique est meilleure pour les cadres.** Ceci peut s'expliquer d'une part par des besoins moins importants (du fait de leur ancienneté, expérience et de leur moindre exposition à la souffrance des patients), d'autre part, parce qu'une plus grande latitude dans la gestion du temps offre quelques opportunités pour trouver des interlocuteurs à l'écoute.

**Le souci de la qualité des soins est très prégnant dans les préoccupations des cadres supérieurs, ils rejoignent en cela les IDE qui le vivent. Le rôle des cadres supérieurs dans la création des référentiels qualité pour l'accréditation leur donne les moyens de constater l'écart entre protocole et réalité.** Les cadres de proximité se positionnent moins sur ce terrain, car ils sont plus dans le « faire » ou le « faire faire ».

En institut de formation des cadres de santé, un métier de manager est appris, avec parfois un discours de « table rase sur l'ancien métier », surtout dans les années 85-95. Cet enseignement est méconnu par certains médecins qui restent sur les schémas des rôles et missions de « l'infirmière –surveillante ». Par ailleurs, les missions de terrain (gestion administrative), dont les cadres de proximité ont la responsabilité, laissent peu de place à la mise en pratique des autres missions de management, plus proches des soins, qui requièrent temps et recul. Enfin, la succession rapide des réformes (réforme hospitalière, PMSI, accréditation, mise en place des 35 heures puis des 32 h 30 de nuit, plan hôpital 2007) donne peu de temps pour évaluer les effets de ces changements et nécessite une grande énergie pour re-motiver les équipes.

**La satisfaction de l'utilisation des compétences est plus forte lorsque les cadres peuvent prendre des initiatives liées aux soins, et les mener à bien, comme c'est le cas en clinique et en CHS.** La place particulière de l'AP-HP, comme plate-forme médicale de pointe et de recherche recevant en dernier recours et en urgence des patients venant tant de l'hexagone que d'autres pays, impose aux cadres des contraintes supplémentaires qui alourdissent leur charge de travail. La pénurie de personnel soignant est nettement plus forte en Ile de France avec des départs à toute période de l'année et la nécessité d'attendre les deux sorties annuelles de nouveaux diplômés. La restructuration en cours à l'AP-HP entraîne une inquiétude supplémentaire parmi les soignants que les cadres doivent gérer, sans avoir eux même de visibilité sur les conséquences de ces transformations.

Les procédures pour les commandes, travaux et autres tâches administratives sont, de l'avis général, plus lourdes et chronophages à l'AP-HP que dans les autres CHU, d'autant qu'elles sont régulièrement modifiées sans que les cadres en connaissent les raisons. Les autres établissements n'échappant pas à cette

tendance. A l'inverse, dans les CHS, la référence à la psychiatrie institutionnelle et l'importance donnée à la parole facilitent le travail d'équipe et la satisfaction générale, même si la situation est en train de régresser.

Dans les cliniques la pyramide hiérarchique est moins présente. Les cadres bénéficient d'une autonomie qui semble être plus satisfaisante.

**L'envie de quitter définitivement sa profession au moins plusieurs fois par mois est nettement plus déclarée par les cadres de proximité que les cadres supérieurs. La plus grande insatisfaction professionnelle des cadres de proximité et leur plus jeune âge, permettant plus facilement une reconversion, expliquent probablement cet écart.**

La grande différence de déclaration d'envie de partir entre cadres de proximité des CHS et clinique, où elle est faible, et ceux des CHU et du privé non lucratif, où elle est la plus forte, trouve des explications vraisemblables dans les éléments déclarés concernant la satisfaction au travail. Certains facteurs interagissent.

Les cadres de proximité des établissements privés non lucratifs sont les plus insatisfaits de leurs perspectives professionnelles, de leurs conditions physiques de travail et surtout du soutien psychologique reçu au travail. Leur statut ou leur salaire, n'ayant pas une attractivité particulière dans ces établissements, peut être un facteur amplificateur. Les cadres de proximité des CHS et des cliniques, outre une plus grande satisfaction du contenu du poste, un environnement plus attrayant, travaillent plus souvent dans des zones géographiques où moins d'opportunités de reconversion se présentent.

**Les cadres de proximité déclarent avoir nettement plus souvent leur mot à dire sur les tâches qui leur sont attribuées et sur « quand » ou « comment » les réaliser que les IDE et les IDE spécialisés.** C'est un des facteurs d'attractivité de la profession cadre. Les cadres de psychiatrie, qui ont toujours valorisé la parole, déjà en tant qu'infirmiers, sont les plus déçus dès qu'ils en ont moins la possibilité.

**Les cadres de proximité et les cadres supérieurs sont encore un tiers à craindre de faire des erreurs.** La responsabilité de dossiers stratégiques, engageant les moyens futurs de leur service, aussi bien que la responsabilité de gestion des ressources humaines et d'autres tâches de gestion quotidienne, dans un contexte d'interruptions fréquentes liées à l'hyper sollicitation par les différents acteurs du service, contribuent à ce stress. Par ailleurs, dans certaines structures, les cadres de proximité réalisent des soins, tout en assumant leurs responsabilités managériales.

**Les cadres bénéficient de formations régulières.** Du fait de leur rôle, ils sont au cœur de l'information sur les programmes de formation offerts et, pour eux,

l'absence générée est moins problématique car ils organisent eux même le report de leurs tâches. La formation est moins accessible aux AS qui n'ont pas toujours l'information, et dont le départ pose souvent des problèmes de remplacement insolubles.

**Les cadres de proximité se disent plus isolés (en terme de soutien et aide des collègues), ils ont moins de missions transversales que les cadres supérieurs et sont plus impliqués dans les difficultés quotidiennes du service.** Ceci rejoint les résultats de l'étude de psychodynamique du travail menée à l'AP-HP (Molinier, 1999). Cette étude soulignait la plus grande souffrance des cadres de proximité par rapport aux cadres supérieurs. Le travail d'équipe (soutien et aide des collègues) reste toujours très fort parmi les infirmiers, même si un tiers se plaint de son insuffisance.

La possibilité d'utiliser leurs compétences est valorisante, mais la nécessité de prendre beaucoup d'initiatives pour faire face à un dysfonctionnement ou à un besoin fort non prévu, est vécue plus difficilement. C'est pourquoi il n'y a pas de corrélation entre les établissements où les cadres déclarent devoir prendre des initiatives et ceux où ils déclarent pouvoir utiliser leurs compétences.

**Les cadres sont responsables de la qualité des soins dans le service dont ils ont la charge.** Ceux des cliniques semblent les plus inquiets du risque d'erreurs. La pénurie de personnel qualifié, soulevée par la fédération de l'hospitalisation privée, peut expliquer la crainte des cadres de ces structures de glissements de tâches liés à cette pénurie. On retrouve un phénomène similaire dans les CHU, car à la pénurie, s'ajoute la lourdeur des pathologies et les protocoles innovants mis en œuvre. Il faut noter que les trois établissements de long séjour du panel AP-HP réduisent la proportion de cadres soulignant cette crainte.

Les cadres de l'AP-HP et des CHS ont moins que les autres la possibilité de s'exprimer sur le type de tâches qu'on leur demande de réaliser, la manière et le moment de les effectuer, que ceux des autres types d'établissements. La période de restructuration que ces établissements sont en train de vivre peut expliquer cette différence. Ceci a été décrit avec la même ampleur par Allen (2001), en Grande Bretagne, à propos des effets du « projet 2000 » mis en œuvre à partir des années 1990. Ce projet était basé sur un objectif de rationalisation des compétences professionnelles et de qualité des soins et a abouti à une distanciation croissante entre catégories professionnelles. La technicisation des soins a conduit au repli sur les compétences catégorielles au détriment du travail d'équipe.

**La situation critique des cadres des longs séjours et des CHS, qui sont le plus amenés à dépasser leurs compétences, peut s'expliquer par le manque de**

**médecins de ces structures.** Les maisons de retraite et certains hôpitaux locaux n'ont pas de médecins salariés et font appel aux médecins libéraux. Les CHS sont confrontés à un problème sévère de démographie médicale.

Les comparaisons internationales et les difficultés spécifiques rencontrées par les cadres de proximité français conduisent à s'interroger sur le sens et le contenu de la fonction de cadre. En France, les travaux sur la sociologie des cadres, quel que soit le secteur économique, ont souligné la particularité de cette catégorie. Elle n'aurait pas d'équivalent aussi tranché parmi nos voisins qui ne possèdent pas, comme nous, de groupe constitué et distinct situé entre les employés et les dirigeants. Il en résulterait une division du travail plus forte entre exécution et gestion –vécue comme une coupure entre « gens de terrain » et « gens de dossiers »-, une plus grande distance entre les niveaux hiérarchiques. Cette distance est signifiée par l'importance du statut et, de plus en plus, du diplôme.

**Le cloisonnement entre les différentes formations (médecins, directeurs, cadres, IDE), renforcé par le fait que les études universitaires et théoriques paraissent toujours supérieures aux formations pratiques et professionnalisées, conduit à une césure entre les différents acteurs.** Les alliances se nouent et se dénouent au fil des textes et des déterminants de la carrière. L'organisation des services hospitaliers prolonge cette caractéristique en fixant une place bien déterminée à chaque catégorie. Les cadres, y compris les cadres de proximité, sont poussés à être des gestionnaires avant que d'être des soignants. **On constate alors une perte de sens de l'activité du cadre au sein du service qui se voit transformé en une courroie de transmission, obligé d'assumer au quotidien des décisions qui le mettent parfois mal à l'aise par rapport à son vécu antérieur de soignant.** **On constate aussi une perte de légitimité vis-à-vis de son équipe car ses compétences étant devenues plus gestionnaires que cliniques, il n'entretient plus les compétences qui sont reconnues comme fondamentales par les soignants.** Dans un cercle vicieux, il se replie parfois sur ses outils gestionnaires et ses tâches administratives.

Le cadre hospitalier doit coordonner les interventions d'un très grand nombre d'acteurs aux logiques et aux langages différents (ingénieurs, architectes, services techniques, plateaux médico-techniques, gestionnaires financiers), chacun de ces acteurs ayant une hiérarchie propre.

Le cloisonnement entre fonctions à l'hôpital a également pour conséquence de renforcer les stratégies de chaque « caste » ou catégorie pour conserver ou accroître sa sphère d'influence. Les soignants entamant une carrière de cadre ont parfois été instrumentalisés dans des jeux de pouvoirs qui les ont bloqués dans leurs espoirs de donner les moyens de

valorisation des équipes qu'ils allaient encadrer. Certains cadres et infirmiers expérimentés, parfois après avoir suivi des études supérieures, ont eu la volonté de constituer un savoir infirmier théorisé, afin de donner aux soignants une place distincte et complémentaire au savoir médical. Ce mouvement est motivé par un besoin de transmettre et une volonté d'être reconnue. Mais il a parfois été en contradiction avec l'élaboration commune d'une mise en pratique d'améliorations effectives en lien avec le suivi pluridisciplinaire du malade. Toutefois la position subalterne des soignants et le paternalisme de certains médecins, tout comme la difficulté même de l'acte soignant, ont rendu problématique l'articulation entre ce mouvement de théorisation et la pratique.

A l'hôpital, la prise d'autorité des directeurs, de formation administrative, par rapport aux médecins a utilisé l'encadrement pour transmettre ses décisions. Le développement d'un système pyramidal a été rapide. La carrière étant décidée par la direction administrative, le « couple chef de service-surveillante » a été désagrégé le plus souvent, avec une distanciation du cadre de l'équipe soignante. Les réunions des cadres avec le DSSI et le directeur étaient devenues cruciales. Dans une réaction forte, le plan hôpital 2007 crée une nouvelle alliance directeurs – médecins et écarte les cadres des centres de décision.

La vocation et la fierté du métier qui concernent les cadres comme tous les soignants peut faire évoluer les relations cadres-équipes vers plus de proximité des soins et d'expertise. Ce serait certainement plus satisfaisant pour tous, cadres, médecins, soignants et malades qu'un cadre dont la mission serait d'être le « chef de gare » des redéploiements de soignants devant, eux, réaliser des gestes techniques à la chaîne, le malade devenant un être anonyme.

### Les sages-femmes

**La pénurie de sages femmes en France est devenue plus apparente avec les décrets d'octobre 1998 de fermeture des petites maternités, qui prévoyaient un meilleur encadrement de la périnatalité, pour une meilleure sécurité des mères et enfants.** Les décrets d'application ont décliné des quotas d'encadrement qu'il a été difficile de satisfaire. Le secteur privé a eu les moyens de proposer une attractivité salariale et a connu moins de pénurie, dans certaines régions à environnement attrayant. Toutefois, dans d'autres structures ou régions, la pénurie de sages femmes a été évidente par rapport aux quotas exigés.

**La crainte des erreurs, dans des conditions de travail limites, a entraîné une mise en question brusque de la poursuite de l'exercice professionnel de sage femme.** Les possibilités de procédures pénales, suite à la loi du 2 mars 2003, ont augmenté l'inquiétude des sages femmes et leur refus d'exercer dans des

conditions périlleuses.

Les états généraux de la naissance (2003) ont souligné la pénurie de tous les professionnels de la périnatalité (gynéco - obstétricien, anesthésistes, sages femmes, pédiatres). **Au 31 décembre 2003 il y avait en France 16 060 sages-femmes en activité (Conseil national de l'ordre des sages femmes 2004).** Leur âge moyen est de 40 ans. Il n'y a que 70 hommes parmi eux. Elles sont 8 580 à travailler dans le secteur public et 3319 à être salariées du privé. Il y a par ailleurs 727 sages-femmes exerçant en PMI (centres de protection maternelle et infantiles territoriaux) et 1 782 sages-femmes exerçant leur activité de façon libérale. Le nombre de sages-femmes de moins de 65 ans sans activité, mais restant inscrites à l'ordre, est de 137 (soit 8%).

L'enquête PRESST-NEXT, concernant des soignants de tous grades, a permis de rassembler, sur des établissements publics et privés, de cinq régions contrastées, un échantillon de 120 sages-femmes.

#### Un faible désir de quitter la profession mais un état de santé préoccupant

Profession liée à un symbole fort, l'image de la sage-femme a été de tout temps estimée et respectée. **C'est une profession médicale à compétence définie qui a une structure ordinale et un droit de prescription.** De ce fait, un nombre élevé de personnes ayant déjà un diplôme de l'enseignement supérieur entreprennent ces études (18,6%). Pour 76,5% d'entre elles, l'entrée à l'école de sages femmes se fait après le baccalauréat ou un début d'études non validées par un diplôme.

**La sécurité d'emploi est forte, seules 3 % n'occupent pas un emploi permanent.** Les sages-femmes de notre échantillon sont 56,8 % à travailler dans le secteur public (CHU et CHG) et 43,1 % dans le secteur privé (cliniques et établissements privés non lucratifs). Cette répartition est voisine de la répartition nationale.

*« On arrive à une certaine plénitude de l'exercice professionnel après quatre – cinq ans. On en apprend tout le temps, mais après, notre satisfaction entre en compétition avec la pénibilité et on commence à traîner la patte » Sage femme Hôpital public*

*« Je trouve qu'on acquiert une assurance professionnelle à partir de quatre – cinq ans, mais cela dépend du parcours professionnel choisi, on apprend différemment selon les institutions » Sage-femme hôpital public*

**On constate que 67,3 % des sages-femmes de notre échantillon ont une expérience supérieure à cinq ans. Seules 20,6 % n'ont travaillé que dans une seule institution.** Cette maturité dans l'exercice assure la solidité des réponses que nous avons recueillies.

On constate que parmi les sages-femmes de 45 ans et plus, 12,5 % vivent seules et, parmi cette tranche

d'âge, 25 % vivent seules avec enfants. Parmi les sages femmes de moins de 30 ans 81,8 % n'ont pas d'enfants sous le toit, alors que ce n'est le cas que de 12,5 % de celles de 45 ans et plus. Parmi les sages femmes de 30-44 ans 60,1 % ont deux enfants et plus sous le toit et 50 % parmi celles de 45 ans et plus. **Sur l'ensemble des 54 sages femmes concernées, 24,1% déclarent ne pas avoir de solutions satisfaisantes pour les garder pendant leur travail.** La grande majorité (74 %) déclarent assurer seules l'ensemble des tâches ménagères.

**Plus de la moitié (58,8 %) des sages femmes considèrent que leur travail interfère vraiment et un quart un peu (21,5 %) sur leur vie personnelle.** Près d'un quart (23,5 %) déclarent « les choses que je veux faire à la maison ne peuvent être réalisées en raison des exigences de mon travail » et un tiers le déclarent un peu (34,3 %). Les plus jeunes déclarent beaucoup plus de difficultés à trouver un logement compatible avec leur budget (60 % contre 26,1 % des plus de 45 ans). **Dans l'ensemble les sages femmes consacrent peu de temps au sport et aux loisirs (36,6 % jamais pour le sport et 33,3 % pour les loisirs).**

*« Lorsque l'on prend de l'âge, on s'aperçoit que le facteur travail temps est essentiel et que même si l'esprit continue, le corps à ses limites ; il faudrait pouvoir gérer le temps de travail en fonction de l'âge des soignants. Les soignants devraient pouvoir, comme à EDF, prendre une retraite, pour celles qui le désirent, en fonction de leur état de santé, surtout les femmes qui multiplient les tâches (ménagères et professionnelles), bien méritée plus précocement que certains métiers moins stressants (car le facteur stress devient insupportable), même s'ils sont aussi fatigants » (Clinique, SF)*

**Le manque de soutien psychologique au travail se traduit aussi bien dans la vie professionnelle que privée.** Comme nous l'explique l'une d'entre elles : *« La demande d'aide psychologique des malades et de leur famille qui nous marge toute notre énergie avec en plus l'impossibilité d'évacuer toute cette charge à la maison. La famille ne comprend pas et absence totale de soutien sur le lieu de travail. Cette énergie fait défaut pour notre propre famille. » (Clinique, SF)*

**L'âge n'est pas lié à la satisfaction des conditions de travail.** Dans l'ensemble, c'est de l'utilisation de leurs compétences que les sages femmes sont le plus satisfaites (67,3%). Elles sont encore plus de la moitié à être satisfaites du poste en général (57,4 %) et des perspectives professionnelles (54,9 %).

**Cependant certains aspects sont déclarés comme insatisfaisants ou très insatisfaisants par la majorité des sages-femmes : le soutien psychologique au travail par 67,7 % et les conditions physiques de travail par 55,8 %. Enfin, seulement 49,5 % sont**

**satisfaites ou très satisfaites « des possibilités de donner les soins dont les mères et enfants ont besoin »**

L'une des difficultés est l'existence d'heures supplémentaires, 52 % des sages femmes sont amenées à en faire. De plus, **27,5 % déclarent que ces heures ne sont ni payées ni compensées.** La formation continue est difficile en période de pénurie d'effectif, les plus jeunes en pâtissent le plus (43,8 % des moins de 30 ans n'ont bénéficié d'aucune formation durant les 12 derniers mois versus 25% des 30 – 44 ans).

Plus de la moitié (58,9%) travaillent en horaires alternés avec des nuits. Seules 32,1% bénéficient d'un horaire de jour du type horaire administratif. Par exemple, des sages femmes ont considéré comme étant le plus pénible :

*« Les gardes de 24h30 non stop. » (CHG SF)*

*« Un temps de relève reconnu et pas pris sur notre temps personnel et cela représente environ 50 heures par an ce qui est énorme » (Clinique, SF)*

*« Je souhaiterais travailler jusqu'à ma retraite surtout en être capable physiquement. L'alternance jour/nuit s'avère de plus en plus difficile avec l'âge le sommeil étant de plus en plus difficile à trouver. » (Clinique, SF)*

**On constate une augmentation avec l'âge du souhait de quitter sa profession définitivement.** Si l'on analyse ces résultats en deux classes d'âge, la différence est très significative : 31,4 % des sages femmes de 35 ans et plus pensent souvent à quitter leur profession et 10,4 % des plus jeunes ;  $p < 0,01$ .

**78,8% nous indiquent qu'elles n'ont jamais ou rarement pensées à quitter définitivement la profession.** Elles vont « Continuer à travailler en restant motivée. » (CHU) car « Heureusement, les joies de mon métier et la reconnaissance de certains patients suffisent à effacer les mauvais côtés » (Clinique). « Mais peut-être en maternité avons-nous une place privilégiée qui nous fait oublier nos conditions de travail? » (CHU)

**Les sages femmes déclarent une fatigue et des problèmes de santé fréquemment. On constate que leurs problèmes de santé diffèrent peu de ceux de l'ensemble des soignants interrogés dans le cadre de l'étude PRESST.** La fatigue générale est déclarée souvent ou toujours par 58,8 % des sages femmes versus 56,2 % de l'ensemble. L'épuisement physique est déclaré souvent ou toujours par 30,7 % des sages femmes versus 32,7 % de l'ensemble. L'épuisement émotionnel est déclaré souvent ou toujours par 29 % des sages femmes versus 27,1 % de l'ensemble. Les troubles de la santé mentale (dépression, burn out, anxiété, insomnie...) non traités sont déclarés par 11 % des sages femmes et 9,2 % sont suivies par un médecin versus 16,4 % et 10,1 % de l'ensemble respectivement. Les troubles musculo-squelettiques non traités sont déclarés par 31 % des sages femmes

et 14,2 % sont suivies par un médecin versus 31 % et 25,6 % de l'ensemble respectivement.

« Ce qui est le plus pénible c'est le manque de personnel parce que la charge de travail est multipliée par deux = stress et fatigue multiplié par 4 » (Clinique, SF)

### Une grande insatisfaction concernant les perspectives professionnelles, le manque de soutien et la qualité des soins dispensés

**L'insatisfaction des perspectives professionnelles est le facteur le plus lié à une envie de quitter définitivement la profession.** Elle est déclarée quelques fois par mois, quelques fois par semaine, ou chaque jour (souvent) 58,3 % parmi les très insatisfaites contre 5,7 % parmi les satisfaites ou très satisfaites ( $p < 0,001$ ).

**Les conditions physiques sont le second facteur par ordre d'importance :** 53,8 % pensent souvent à partir quand elles sont très insatisfaites versus 4,5 % quand elles sont satisfaites ou très satisfaites. Elles sont plus nombreuses à travailler en 12 heures, voire 24 heures. Ainsi, elles sont 83,2% à déclarer être debout six heures durant et plus.

D'autre part, elles sont 31,1% à déclarer devoir tenir des postures inconfortables six fois par jours et plus, et 35,4% à devoir coucher ou repositionner des patients six par jour et plus.

**Le troisième facteur est l'utilisation des compétences** (42,9 % pensent souvent à partir quand elles sont très insatisfaites versus 13,8 % quand elles sont satisfaites ou très satisfaites ( $p < 0,05$ ).

**Le manque de soutien de la part de la hiérarchie est manifesté par les 50,9% de sages-femmes qui estiment que leur responsable n'apporte jamais ou rarement support et soutien, et qu'il n'est pas du tout ou peu conscient de la valeur de leur travail (19,3% des cas).** C'est pourquoi elles nous expliquent que « nos supérieurs hiérarchiques directs sont de plus en plus dominés par les supérieurs administratifs ».

**L'insatisfaction du soutien psychologique reçu au travail multiple par trois l'envie de quitter sa profession 36,7 % versus 10,3 % parmi les sages femmes satisfaites ou très satisfaites ( $p < 0,05$ ).** Cette influence est aussi forte pour l'appréciation du poste en générale (37,5 % quand elles sont très insatisfaites versus 10,9 % quand elles sont satisfaites ou très satisfaites ( $p < 0,05$ ).

**Quel que soit le type d'établissement d'exercice beaucoup disent « n'avoir aucun soutien psychologique » alors que la « demande affective des patients est parfois trop importante. »** (CHU).

« Bien sur que la profession est pénible et que les horaires sont difficiles mais le plus déstabilisant est cette non reconnaissance de nos compétences. Nous sommes noyés dans la masse des professions de santé. Quand allons nous être reconnues? Toutefois les

*patientes nous estiment et nous valorisent elles au moins. Merci à elles et peut-être à vous si vous avez dans votre mémoire une sage-femme qui a un jour partagé quelques moments de votre vie. »* (CHU)

**L'insatisfaction constatée relève du manque de temps lié à l'accroissement de l'activité.** Quelque soit le type d'établissement, toutes nous font part du « peu de temps à consacrer aux patientes du fait du surcroît de travail ». (Clinique) (CHU). Cet état de fait met à jour un sentiment de culpabilité et révèle un tourment quant à la qualité des soins qu'elles dispensent : « Ne pas pouvoir consacrer autant de temps à chaque patiente, j'ai l'impression d'en léser quelques unes. » (CHU)

« Il y a une altération de la qualité de présence auprès des couples et des enfants compte tenu des demandes d'efficacité. » (CHG)

**La qualité du travail d'équipe reste un facteur particulièrement important dans la motivation pour poursuivre sa profession.** Les sages-femmes ont autant besoin de s'entendre et de s'entraider entre elles que d'être en harmonie et en cohérence avec les autres intervenants du service. Mais le nombre de postes non permanents et intérimaires rendent la création de collectifs de travail soudés difficile. **Ainsi, les sages-femmes qui déclarent avoir des relations amicales avec leurs collègues sont 15,9% à penser quitter leur profession contre 42,9% de celles qui considèrent ses relations comme moyennes.**

La reconnaissance de la compétence par les collègues joue aussi un rôle majeur, mais elle doit pouvoir avoir le temps de se construire, ce qui est plus difficile dans les très grosses structures où le personnel se croise. L'entraide est plus facile entre personnes se connaissant bien. Celles qui déclarent que leurs collègues sont tout à fait prêtes à les aider sont 17,8% à penser souvent à abandonner contre 53,8% de celles qui déclarent que leurs collègues ne sont pas du tout ou peu prêtes à les aider.

Ces résultats montrent indubitablement une situation de crise et une réelle souffrance des sages-femmes. S'ils permettent de mettre l'accent sur un très fort attachement à la profession, ils dévoilent un sens du métier d'autant plus déçu que l'on n'arrive pas à faire ce que l'on souhaite faire. C'est le relationnel qui fait supporter la pénibilité des horaires et des conditions de travail. Mais la place de la technique, avec la mise en place « d'usines à bébés » éloignées des domiciles des mères, est particulièrement menaçante et démotivante.

## ■ Des insatisfactions différentes selon le type de service ou de structure de soins.

### Réanimation, Urgences, Blocs opératoires

La répartition par sexe montre un peu plus d'hommes (12,6% en réanimation, 18,1% aux urgences et 19,1% en blocs opératoires, contre 10,0% pour les autres services). Parmi les soignants de réanimation et d'urgences, on trouve plus d'un quart d'agents âgés de moins de 30 ans (30,8 %, et 27,5% respectivement contre 18,7% dans les autres services). Ils sont plus de 30% à avoir moins de 5 ans d'ancienneté dans les soins. Les soignants de réanimation et d'urgences sont plus nombreux à vivre seuls sans enfant. **Ces caractéristiques sociodémographiques expliquent pourquoi les soignants de la réanimation et les urgences, parviennent à assumer un travail très prenant sur le plan physique, psychologique et cognitif (adaptation à des technologies complexes et évolutives). Mais sur la durée, la jeunesse relative des soignants montre qu'il n'est sûrement pas aisé de « tenir » toute une carrière.**

### Fierté du métier, forte autonomie mais beaucoup de stress

Plus de 84% de l'ensemble de l'échantillon sont fiers de leur métier. Des perspectives professionnelles " satisfaisantes " ou " très satisfaisantes " sont déclarées par plus de 60 % des soignants. Concernant leur savoir faire et leurs compétences, les soignants de réanimation et d'urgences sont un peu plus nombreux à considérer que leur utilisation est " satisfaisante " ou " très satisfaisante " (69% et 70,8% contre 58,2% au bloc et 62,5% dans les autres services).

**Cependant, on retrouve les mêmes difficultés que celles signalées par l'ensemble des soignants, même si c'est à un degré légèrement moindre.** Les conditions physiques de travail sont considérées comme " insatisfaisantes " ou " très insatisfaisantes " par 60,4% des soignants des urgences et 52,6% de ceux des autres services contre 46% de ceux de réanimation et 45,1% de ceux du bloc opératoire. La grande différence entre les urgences d'une part et le bloc opératoire et la réanimation d'autre part tient à l'impossibilité pour les premières à pouvoir contrôler, qualitativement et quantitativement, le flux de patients admis : non seulement la charge de travail peut varier considérablement, mais les patients des urgences ont souvent des problèmes à la fois médicaux et sociaux, pas toujours vécus comme valorisants.

La satisfaction de pouvoir donner les soins adéquats est considérée comme " insatisfaisante " ou " très insatisfaisante " par 57% des soignants des urgences

et 51,4% de ceux des autres services contre 37,7 % des soignants(e)s de réanimation et 35,2% de ceux des blocs opératoires.

Le soutien psychologique reçu au travail est considéré comme " insatisfaisant " ou " très insatisfaisant " par 65,2 % de ces soignants(e)s et 66,2 % de l'ensemble. **Un indice cumulé de satisfaction concernant le travail, allant de 0 (faible) à 100 (forte), montre qu'elle est juste moyenne (54,3 +-17,3 en réanimation contre 51,0 +-17,8 dans les autres services).** Ceci est préoccupant car ces soignants envisagent assez souvent de quitter leur métier définitivement. Ils sont aussi nombreux à y penser parmi les soignants de réanimation -urgences. Ils songent "très souvent", c'est à dire "tous les jours" ou "plusieurs fois par semaine", à quitter leur profession (5,6% en réanimation et 7,7% pour les autres services, mais cette différence n'est pas significative).

L'autonomie est, par rapport à d'autres professions, plutôt forte. Aussi, la nécessité de prendre des initiatives concerne plus de 90 % des soignants. **L'autonomie quant à l'organisation du moment où accomplir leurs tâches et sur le rythme de travail est de même généralement forte, mais moins au bloc opératoire et aux urgences.** La moitié des soignants de réanimation et d'urgences disent pouvoir beaucoup utiliser leur compétence et leur savoir-faire dans leur travail.

Le soutien des collègues est estimé sur une échelle de 1 (pour jamais) à 5 (pour très souvent). Les scores 4 et 5 peuvent être considérés " bons ". **Ce score est atteint pour plus de la moitié de l'ensemble des soignants.** Les collègues des soignants sont en général prêts à les aider. Des scores satisfaisants (4 et 5) sont atteints pour plus de 68 % de l'ensemble des soignants. C'est même le cas de 80,4% de ceux de réanimation et 85,1% de ceux des urgences. **Par contre, le soutien du responsable atteint ce bon niveau (score 4 ou 5) plus rarement.**

**L'évaluation porte aussi sur l'échange pour transmettre les informations** sur les protocoles, les équipements, l'évolution du diagnostic ou de l'état médical des patients et de leur état psychologique, ou encore pour métaboliser les réactions émotionnelles. **Il est considéré par beaucoup comme insuffisant.** Moins de la moitié des soignants disent pouvoir "discuter en détail" des questions professionnelles, et encore moins aux urgences (35,9%). La possibilité de recevoir l'avis des collègues sur le travail fait est considéré comme fréquent (niveau 4 et 5) pour un tiers de l'ensemble des soignants et rare ou très rare pour un autre tiers quelque soit le service. **Dans ce contexte, la crainte des erreurs est "souvent" ou "toujours" préoccupante pour 47% des soignants de réanimation, 48,1% de ceux de bloc opératoire et 41,8% de ceux des urgences contre 33,5% de ceux des autres services.**

Les questions psychologiques ne peuvent être discutées par plus de 25 % des soignants de réanimation, du bloc et des urgences contre moins de 20% des autres services. Or les soignants sont confrontés à une forte demande des patients comme à des difficultés à bien prendre en charge les aspects psychologiques en conformité avec leur éthique et leur formation sur la "prise en charge globale du malade". On constate que plus de la moitié des soignants de ces trois services répondent qu'ils n'ont pas la possibilité de discuter en groupe avec une personne spécialisée sur les aspects psychologiques alors qu'ils le souhaiteraient (respectivement 55,2%, 54,8% et 60%). Mais il faut souligner que 9,5% des soignants de réanimation (surtout en pédiatrie) ont accès à des structures de type " groupe de parole " de façon régulière et 17,3% de ceux des autres services (surtout en cancérologie).

### Une organisation parfois pesante et une lourde charge physique de travail

La majorité des soignants interrogés travaillent 35 heures par semaine ; les temps partiels sont très peu nombreux. Des horaires contractuels plus élevés que 37 heures 30 par semaine concernent surtout les cadres. Toutefois, 15 % à 22% des soignants déclarent être dans ce cas. Seuls 37,2 % des soignants déclarent avoir des horaires réguliers. Les changements impromptus, pour les besoins du service sont mentionnés par les deux tiers des soignants et un peu plus encore en réanimation au bloc opératoire et aux urgences

Le travail durant deux week-ends par mois concerne beaucoup moins les soignants des blocs opératoires (84,2 % ne doivent pas le faire). En revanche, ceux de réanimation et d'urgences travaillent plus de deux week-ends par mois (17,9 % et 34,7 % respectivement). Les soignants ont peu d'influence sur le choix de leurs horaires (moins de 13 %).

On relève que 37,2% des soignants de réanimation et 35,8 % de ceux des urgences ne sont pas satisfaits de leurs horaires pour leur bien être et 42,8% et 41,6 % respectivement ne sont pas satisfaits de leurs horaires pour leur vie privée. « *Le plus pénible est l'alternance poste de jour et poste de nuit très difficile à vivre. L'absence de reconnaissance de l'administration de la pénibilité de l'alternance jour/nuit* » (réanimation, IDE femme).

L'importance de la charge physique doit également être mentionnée. Si l'on détaille l'un des soins caractéristiques, recoucher ou réinstaller des patients, les soignants des urgences le font au moins 6 fois par jour pour 60,3 % d'entre eux, ceux des blocs opératoires 43%, ceux de réanimation 23,2 %, et ceux des autres services 28,4 %.

Le travail principalement debout est resté une caractéristique forte du travail soignant. En réanimation et aux urgences 84,2% et 85,6% des soignants respectivement déclarent travailler debout au moins 6 heures par jour. Ceux travaillant en bloc opératoire déclarent rester debout à cette fréquence pour 70,2% d'entre eux et ceux des autres services pour 67,9%.

### Appréciation de la situation personnelle au regard du travail

Le salaire n'est considéré comme "correct au vu des efforts fournis" que par 28% des soignants de réanimation et 27,9 % de ceux des urgences. Ceux des autres services sont un peu plus nombreux 38,7% et ceux du bloc 40,6 % à considérer leur salaire correct au vu des efforts fournis. La situation économique est considérée comme "bonne" ou "très bonne" par 36,7 % des soignants du bloc opératoire contre moins de 31% des autres. Plus de 40 % des soignants des différents services déclarent que leur salaire n'est pas du tout satisfaisant par rapport à leurs besoins financiers, il n'y a pas de différence entre les services. Les difficultés à trouver un logement compatible avec leur budget concernent 45,3 % des soignants de réanimation, dont le salaire n'a pas encore monté avec l'ancienneté (puisqu'ils sont plus jeunes en moyenne) et de 33,1% à 38,8 % des autres. Les soignantes sont plus de 60% à réaliser seules l'ensemble des tâches ménagères de leur foyer.

Les soignants de réanimation ne sont que 12,9% à penser à quitter leur profession au moins quelques fois par mois contre 15,4 % de l'ensemble de l'échantillon national.

Certains éléments du contenu du travail lui-même ont une forte influence sur l'envie fréquente de quitter la profession. La pénibilité physique est aussi importante puisque 28,1% des soignants de réanimation qui sont très insatisfaits des conditions physiques de travail pensent souvent à quitter leur profession contre 10,5% de ceux qui en sont satisfaits.

Ces résultats révèlent des situations de travail en milieu de soins déjà mentionnées dans la littérature. Ils précisent des difficultés rencontrées par ces personnels : **pénibilité physique importante des tâches, mais aussi une charge mentale élevée, difficultés relationnelles au sein des équipes de travail.** Ils soulignent le poids des facteurs peu visibles, mais qui concernent bien la réalité du travail au travers des coopérations qui ne sont pas toujours aisées, en particulier au travers des temps de chevauchement pour la transmission des informations entre les équipes, au sujet également de la reconnaissance des compétences et du savoir faire.

### Hôpitaux locaux

L'hôpital local occupe, dans le système sanitaire français, une place paradoxale. Malgré le mouvement actuel de technicisation et de regroupement d'établissements, l'offre de soins de proximité et le travail en partenariat apparaissent de plus en plus nécessaires. Elle permet de répondre à un certain nombre de défis : vieillissement de la population, maîtrise des dépenses de santé, maintien de l'offre de soin dans certains secteurs géographiques, etc.

L'hôpital local concentre un certain nombre de difficultés : faible prestige, clientèle essentiellement composée de personnes âgées à faible revenu, remise en cause au nom de nouvelles normes de sécurité ou de qualité des petits établissements, part plus importante qu'ailleurs des personnels faiblement qualifiés (aides-soignants et agents de service). **Le manque de moyens et de personnel, surtout dans les unités où sont hospitalisées des personnes âgées, souvent perturbées psychologiquement, rend difficile la mise en œuvre d'un véritable rôle propre soignant, ce qui est d'autant plus mal vécu que le médical est peu développé et pourrait laisser la place à d'autres préoccupations.** Les aides soignants se sentent cantonnés dans un travail routinier et fatigant physiquement, sans véritable reconnaissance.

### **Un travail soignant important mais peu valorisé**

La faible présence des médecins et la nature des pathologies traitées (maladies chroniques, liées au vieillissement, convalescence...) font que le travail médical curatif est moins présent que l'accompagnement et la prise en charge globale de la personne. L'idéal du rôle propre soignant pourrait donc s'y développer de façon tout à fait adaptée. Pourtant, les soignants des hôpitaux locaux sont, par rapport aux autres types d'établissements, ceux qui déclarent moins devoir prendre "beaucoup" d'initiatives dans leur travail (28,7% contre 37,4% pour l'ensemble des établissements) ; avoir la possibilité d'apprendre de nouvelles choses dans leur travail (50% contre 68,4% pour l'ensemble des établissements). Ils sont moins nombreux, selon leurs réponses, à avoir "beaucoup" la possibilité d'utiliser leurs compétences (24,3% contre 38,2% pour l'ensemble des établissements).

**Malgré cela, les soignants des hôpitaux locaux sont les plus nombreux à trouver que leur travail a beaucoup de sens (75,5% contre 70,5% pour l'ensemble des établissements) et se disent aussi motivé que les autres.**

*« Le métier d'aide-soignante est riche en émotions, il m'apporte beaucoup »* (AS femme).

**Le désir de faire un métier que l'on sent utile et riche en rapports humains se heurte aux contraintes liées à une charge de travail très élevée.** Les soignants des hôpitaux locaux sont les plus nombreux à déclarer ne "jamais" avoir le temps de parler aux patients (40% contre 28,3% pour l'ensemble de l'échantillon). Ils disent "souvent" ou "toujours" manquer de temps pour réaliser toutes les tâches (51,7% contre 39,5% pour l'ensemble de l'échantillon). La réalisation de "soins en série", de façon impersonnelle, est contestée par les soignants de tous les niveaux de compétence. 59,2% des répondants des hôpitaux locaux se disent insatisfaits ou très insatisfaits de ne pouvoir donner des soins adéquats, contre 49,7% dans l'ensemble de l'échantillon. *« course contre la montre »* (AS femme).

**L'obligation d'effectuer les soins minimaux de base (lever des patients, toilettes, change des couches, aide à l'habillage au repas, etc.) à un grand nombre de résidents dans un temps réduit, donne à beaucoup l'impression de faire « un travail à la chaîne » qui déshumanise le malade (« on n'est pas dans une usine qui produit des boîtes de conserve ! »).**

Aussi, les demandes en matière d'effectifs interviennent d'avantage pour permettre ces relations que pour réduire la pénibilité physique. Le manque de temps conduit alors à écourter l'échange avec un patient demandeur, ce qui génère frustration et culpabilité. La part relationnelle des soins semble « sacrifiée » devant l'obligation des soins d'hygiène ou d'aide à l'alimentation. **Ce sont des mots exprimant une forte culpabilité qui sont employés, tels que « sacrifié », « volé » « au détriment »...**

De tous les types d'établissement, les hôpitaux locaux sont ceux dans lesquels les soignants ont le moins le sentiment de pouvoir mettre en œuvre leurs compétences dans le travail. De plus, mis à part les établissements privés à but lucratif, les hôpitaux locaux sont aussi ceux où **la part de personnel n'ayant reçu aucune journée de formation dans les 12 derniers mois est la plus élevée.** Les cadres infirmiers se retrouvent obligés de gérer la répartition d'une charge de travail élevée et donnent ainsi aux soignantes, notamment aux aides-soignantes, le sentiment d'être maintenues dans un travail routinier. Pourtant, parmi les infirmières, notamment, s'exprime le désir de professionnaliser la fonction de soignant afin qu'un vrai « rôle propre », adapté à ce qui est perçu du besoin des patients dans ces structures, puisse être mis en œuvre. **Dans les hôpitaux locaux, la gestion standardisée des besoins physiologiques de base occupe la plus grande partie du temps, qui manque, du coup, pour développer une autre approche.** Certaines en font le reproche aux médecins (*« Le monopole du pouvoir médical empêche, dans mon institution de santé, l'ouverture aux médecines dites douces. Ces médecins auraient leur place en secteur d'hébergement et de fin de vie »*, cadre femme). Mais, c'est l'absence de ces derniers qui est la plus déplorée.

**Dans les hôpitaux locaux, 44,3% des soignants se plaignent de l'absence fréquente, voire très fréquente, d'un médecin lors d'une urgence, contre 25,3% pour l'ensemble de l'échantillon.** De plus, les médecins « de passage » ne semblent pas toujours suffisamment impliqués pour prendre en charge des poly-pathologies parfois complexes. Toujours dans ces hôpitaux, 15,2% des soignants estiment avoir fréquemment ou très fréquemment des prescriptions inadéquates d'un médecin sur un patient, contre 8,9% pour l'ensemble de l'échantillon. Comme le remarque une aide-soignante, *« les médecins se basent sur le moment présent et ne lisent jamais les transmissions sur l'état de leurs patients le reste de la semaine. »* Dès lors, c'est dans les hôpitaux locaux que l'on déclare le plus souvent que les relations soignants/médecins sont hostiles ou tendues (28%

contre 16,9% pour l'ensemble de l'échantillon). La difficulté du travail tient également à la nature des pathologies qui y sont traitées. Les résidents, souvent âgés, y présentent souvent des démences ou des poly-pathologies. **Or les soignants se plaignent, et l'enquête quantitative le confirme, de ne pas avoir les moyens et les compétences des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie.**

### **Une organisation bureaucratique et standardisée**

**L'hôpital local doit donc faire face à un certain nombre d'exigences avec des moyens plus modestes que d'autres structures.** Cela est particulièrement net concernant les nouvelles normes de qualité qui valorisent bien plus la technicité et la sécurité formelle que la proximité.

Symbole de cette nouvelle orientation dans les politiques de santé, **l'accréditation fait l'objet de nombreuses critiques et plaintes.** D'autant que les procédures de « traçabilité » viennent se surajouter aux tâches antérieures sans modifications de celles-ci. **Ces procédures semblent souvent peu appropriées voire mensongères aux soignants auprès des malades.** Pour beaucoup d'infirmières, à la question « *qu'est-ce qui vous semble le plus pénible dans votre travail ?* », la réponse « *la part importante de tâches administratives qui ne me permet pas d'être près des patients* » (IDE femme) apparaît en première position. Cette formulation met le plus souvent en association, comme ici dans une même phrase, ou dans le thème placé juste après, l'impact négatif de cet aspect sur la qualité des soins.

Pourtant, ces tâches administratives sont une des rares opportunités de s'asseoir et de reposer son dos et ses jambes. Mais l'insatisfaction du manque de temps auprès de patients dépendants et qui ont peu de visites, prime sur la fatigue physique. Ainsi, la demande d'un secrétariat émerge parfois.

**Le manque de personnel a souvent conduit les cadres et les directions à promouvoir le rendement et la polyvalence. L'introduction d'un management reprenant des concepts issus du monde industriel laisse perplexe.** Souvent les soignants cherchent à démontrer que le résultat en terme même de productivité est négatif. En effet le soignant ne travaille pas avec des objets. La « motivation » pour un investissement relationnel conditionne l'efficacité des soins. Or, selon de nombreux soignants, certains modes de management conduisent à un retrait de l'investissement, pour ne pas trop souffrir de mal faire.

« *La polyvalence = le fait de changer de service démotive le soignant et lui fait perdre de son investissement* » (IDE femme).

**Ces évolutions peuvent alors entraîner une menace sur les collectifs de travail.** Ainsi, les hôpitaux locaux sont, avec les maisons de retraite, parmi les différents types d'établissements ceux où les soignants déclarent le moins que les relations avec les collègues sont amicales et détendues. Or, l'entraide est, selon les soignants, l'une des richesses du travail auprès des malades.

### **Le travail physique lourd et routinier des aides soignantes**

**Leurs plaintes les plus fréquentes concernent le travail physique. Manutentionner des malades dépendants, faire des changes ou des toilettes à la chaîne, favorise un vécu douloureux avec peu d'espoir d'améliorations.** Dans de nombreux questionnaires d'aides-soignantes on ne trouve qu'une seule réponse à la question : « *Qu'est-ce qui vous semble le plus pénible dans votre travail ?* » Cette réponse, laconique, est « *Soulever les malades* ». La proposition qui suit cette plainte concerne l'effectif spécifique de cette catégorie de personnel qui a intériorisé la considération moindre qu'elle reçoit : « *être plus de petit personnel dans les services pour une meilleure qualité du travail* » (ASH femme).

L'importance de la charge de travail se lit dans les chiffres : les soignants des hôpitaux locaux sont deux fois plus nombreux que la moyenne de l'échantillon à laver, habiller et nourrir les patients plus de dix fois par jour. Ils sont également 59,6% à prendre en charge plus de 15 patients contre 46,1% en moyenne. La crainte d'un retentissement grave sur la santé est souvent évoquée. **Dans beaucoup de réponses, la fonction d'aide-soignante en hôpital local est décrite comme physiquement usante, pouvant déboucher sur un arrêt anticipé d'activité.**

**Espérer tenir et progresser est le principal moyen d'échapper à la routine usante, mais les possibilités de carrière et de formation apparaissent trop limitées par rapport à l'espoir d'une carrière par promotion interne pour les moins qualifiés à l'embauche.** Pour certains ASH, l'hôpital local offre toutefois de réelles perspectives de carrière dans des petites villes où l'emploi est rare pour des femmes sans qualification initiale. Mais les difficultés physiques et psychologiques de ce travail sont comprises dès le début de carrière. Plusieurs aides-soignantes et ASH se sont plaintes d'être cantonnées par leurs cadres aux toilettes à la chaîne. Cette dévalorisation du travail de l'aide-soignante est parfois symbolisée, dans certaines structures, par l'emploi de personnel en contrat emploi-solidarité (CES) pour effectuer un travail similaire.

**Pourtant, les aides-soignantes doivent souvent assumer des responsabilités dans les soins au-delà de leur compétence théorique.** Mais si cela est accepté voire demandé par la hiérarchie, cela ne s'accompagne pas de plus de considération de celle-ci. **Ce travail difficile physiquement et psychologiquement est d'autant plus mal vécu que le métier de soignant ne favorise pas un retrait vers la vie privée comme mode alternatif d'épanouissement de soi.** L'équilibre entre la vie de famille et vie de travail est souvent marqué par l'impact négatif du second sur le premier. Travailler dans un hôpital local, c'est le plus souvent avoir peu de temps de trajet, et vivre dans un environnement rural où l'on espère un mode de vie avec du temps pour la famille et les enfants. Mais les nécessités de réaliser chaque jour les soins de base aux

patients dépendants obligent à des modifications du planning des jours de travail vécues comme incessantes.

Pour faire face à l'importante charge de travail et aux problèmes d'effectifs posés par le passage aux 35 heures, **les hôpitaux locaux ont particulièrement eu recours au système des horaires coupés**. Ils obligent les soignants à venir tôt le matin pour s'occuper du lever, des soins d'hygiène et du petit déjeuner des résidents. Puis, en milieu de journée, quand le travail est moins important, les soignants rentrent chez eux pour ne revenir que pour le repas du soir ou le coucher. **Les journées ont alors une grande amplitude horaire entrecoupée d'un large temps libre souvent peu utilisable (les enfants sont à l'école, le conjoint ou les amis travaillent)**. Cette gestion du temps, en outre, renforce le sentiment des aides-soignantes et agents de service d'être cantonnés aux activités les plus mécaniques et répétitives, sans pouvoir profiter des moments de moindre activité pour se consacrer au travail relationnel ou d'animation. Les hôpitaux locaux sont ceux où les soignants déclarent le plus avoir des horaires coupés : 47,4% contre 15,3% pour l'ensemble de l'échantillon.

Les difficultés éprouvées par les soignants dans les hôpitaux locaux concernent la plupart des établissements hospitaliers et ne sont pas nouvelles. Mais elles apparaissent accentuées dans les petites structures. Si les hôpitaux locaux apparaissent proches, pour un certain nombre de problèmes, des maisons de retraite et des cliniques privées à but lucratif (forte charge de travail, nombre élevé de patients par soignants, glissement des tâches, forte contraintes de temps), la situation y est pourtant vécue plus difficilement. Par rapport aux maisons de retraite, les patients y sont souvent atteints de pathologies plus lourdes. Ils nécessitent une prise en charge médicale et psychologique que les soignants n'ont pas toujours l'impression de pouvoir apporter.

### **Maisons de retraite et établissements pour personnes handicapées**

La dernière étude exhaustive réalisée par la DREES sur les établissements médico-sociaux et sociaux d'hébergement de personnes âgées a été réalisée en 1996. Elle fait état de 212 402 salariés. Parmi ceux-ci, 140 587 sont des soignants non médicaux, dont 35 485 salariés sont inclus dans la SAE.

**On constate par rapport aux autres établissements une féminisation encore plus marquée dans les établissements accueillant des personnes handicapées et les maisons de retraite.** En outre, le personnel est nettement plus jeune dans le cadre des établissements pour personnes handicapées, ce qui explique sans doute un nombre d'enfants moindre dans son foyer. **En ce qui concerne la formation et la fonction on remarque dans l'ensemble du secteur médico-social une prédominance marquée pour les formations les moins qualifiantes (ASH, AS et AMP).** De plus, dans le cas des établissements pour personnes handicapées, plus de la moitié du personnel est représenté par des AS et surtout des AMP. Cependant on note dans ces structures une plus forte proportion d'autres formations et fonctions (12,2%), essentiellement des éducateurs et des psychologues.

**Les accompagnants des maisons de retraite sont, par rapport aux hôpitaux locaux et aux CHG, plus nombreux à déclarer devoir prendre "beaucoup" d'initiatives dans leur travail (40,3% contre 28,7% et 34,8% respectivement).** Par contre dans les établissements accueillant des personnes handicapées, les accompagnants sont nettement moins nombreux à avoir de l'autonomie professionnelle (23,7%). Mais les accompagnants des deux structures sont moins nombreux que dans les autres établissements à avoir la possibilité d'apprendre (beaucoup ou jusqu'à un certain point) de nouvelles choses dans leur travail (57,9 % et 51,1 % respectivement contre 68,4% pour l'ensemble des établissements).

Ils sont plus nombreux qu'en hôpital local, selon leurs réponses, à avoir "beaucoup" la possibilité d'utiliser leurs compétences (35,1% et 38,1% respectivement contre 24,3% dans les hôpitaux locaux). **Mais le personnel accompagnant des établissements accueillant des personnes handicapées est majoritairement constitué d'aides médico-psychologiques (AMP) qui reçoivent une formation en cours d'emploi, tandis que dans les maisons de retraite on note une majorité d'agents de services (ASH) qui sont nettement les moins qualifiés.** En établissements pour handicapés la proportion d'AMP (considérés comme aides-soignants est très importante (53,9% contre 46,7% en hôpital local et 29,2% dans l'ensemble des établissements. En maison de retraite la part d'agents de services (ASH) est importante (37,4% contre 19,6% en hôpital local et 8,9% pour l'ensemble des établissements).

Les Aides soignants (AS) sont la majorité (38,3% contre 46,7% en hôpital local et 29,2% pour l'ensemble des établissements). **Cependant la formation continue est moins possible pour les soignants des maisons de retraite : 62,3% n'ont pas eu dans les 12 derniers mois contre 51,1% de ceux des hôpitaux locaux et 44,8% de l'ensemble**

Les accompagnants des établissements pour handicapés et des maisons de retraite sont **un peu plus nombreux à trouver que leur travail n'a pas beaucoup de sens (8,8% et 8,7% respectivement contre 4,1% pour l'ensemble des établissements)**. Cependant, ils se disent aussi motivés que les autres (55% des soignants de toutes les structures se disent très motivés sans différence significative). Les soignants interrogés disent aimer leur métier mais souffrir de mal le faire :

*« Les espoirs de guérison sont nuls, le sentiment d'utilité est donc problématique. Il est très difficile affectivement, émotionnellement, de ne pas être touché par autant d'injustice »* (Educatrice, ébtbs pour pers. handicapés)

**Le désir de faire un métier que l'on sent utile et riche en rapports humains se heurte aux contraintes liées à une charge de travail très élevée.** Les soignants des maisons de retraite sont les plus nombreux à déclarer ne « presque jamais » ou « rarement » avoir le temps de parler aux patients (40,6% contre 40% en hôpital local et 28,3% pour l'ensemble de l'échantillon). Ils disent « souvent » ou « toujours » manquer de temps pour réaliser toutes les tâches (45,9% contre 51,7% en hôpital local et 39,5% pour l'ensemble de l'échantillon).

**La réalisation de « soins en série », de façon impersonnelle, est contestée par les soignants de tous les niveaux de compétence.** 53,2% des répondants des maisons de retraite se disent insatisfaits ou très insatisfaits de ne pouvoir donner des soins adéquats, contre 59,2% en hôpital local et 49,7% dans l'ensemble de l'échantillon.

Dans les structures de long séjour, le soignant se sent en lien avec les patients et en devoir de rendre ses soins plus personnalisés. Or, l'obligation d'effectuer les soins minimaux de base (lever des patients, toilettes, change des couches, aide à l'habillage au repas, etc.) à un grand nombre de résidents dans un temps réduit, donne à beaucoup **l'impression de faire « un travail à la chaîne » qui déshumanise le malade.** Aussi, les demandes en matière d'effectifs interviennent d'avantage pour permettre ces relations que pour réduire la pénibilité physique :

*« Le manque de personnel entraîne un travail rapide et pas forcément efficace. Un manque de communication entre les soignants et les patients. S'il y avait plus de personnel on aurait pas besoin de courir dans les couloirs et il y aurait moins de stress. »* (AS)

**De tous les types d'établissement, les maisons de retraite sont ceux dans lesquels les soignants ont le moins le sentiment de pouvoir mettre en œuvre leurs compétences dans le travail.** De plus, mis à part les établissements privés à but lucratif, les hôpitaux locaux et maisons de retraite sont aussi ceux où la part de personnel n'ayant reçu aucune journée de formation dans les 12 derniers mois est la plus élevée.

L'absence de médecin sur place, en dehors des visites, est plus une source de contrainte et de difficultés pour les soignants qu'une opportunité d'autonomie. **Dans les maisons de retraite, 30,5% des soignants se plaignent de l'absence fréquente, voire très fréquente, d'un médecin lors d'une urgence, contre 44,3% en hôpital local et 25,3% pour l'ensemble de l'échantillon.** La confrontation aux problèmes sociaux difficiles est moins fréquente en maison de retraite qu'en hôpital local (27,3% contre 41,0% en hôpital local et 50,2% dans l'ensemble de l'échantillon)

La difficulté à bien faire son travail de soignant se manifeste par un certain nombre de dysfonctionnements, bien perçus par les soignants, mais face auxquels ils se sentent impuissants. **Les soignants des maisons de retraite sont deux fois plus nombreux que la moyenne de l'échantillon à laver, habiller et nourrir les patients plus de dix fois par jour.** Ils sont également 59,6% à prendre en charge plus de 15 patients contre 46,1% en moyenne.

*« Le plus pénible à supporter est le manque de travail en partenariat avec tous les membres de l'équipe, ainsi que les rivalités et le système très hiérarchisé mis en place. Un travail qui réunisse les différents intervenants qui gravitent dans l'éducation des enfants handicapés plutôt qu'un travail qui divise et qui engendre de ce fait des incompréhensions, des jalousies et une perte d'énergie considérable »* (éducatrice d'établissement pour handicapés)

L'équilibre entre la vie de famille et vie de travail est souvent marqué par l'impact négatif du second sur le premier. Travailler dans une maison de retraite, c'est le plus souvent avoir peu de temps de trajet mais les nécessités de réaliser chaque jour les soins de base aux patients dépendants obligent à des modifications vécues comme incessantes :

*« Partir en vacances quand on veut c'est une autre histoire. C'est plutôt quand on peut. Travailler le week-end dur pour la famille qui « grince des dents », si ce n'est qu'un week-end sur trois. »*

Pour faire face à l'importante charge de travail et aux problèmes d'effectifs les maisons de retraite ont particulièrement eu recours au système des horaires coupés. Cette gestion du temps, en outre, renforce le sentiment des aides-soignantes et agents de service d'être cantonnés aux activités les plus mécaniques et répétitives, sans pouvoir profiter des moments de moindre activité pour se consacrer au travail relationnel ou d'animation.

# OUTILS ET PERSPECTIVES pour des améliorations tangibles

## ■ Une base de données attendue par la Commission Européenne

Le contrat passé avec la Commission Européenne, en 2002, stipulait qu'un colloque national diffusant les résultats «*devait avoir pour objectif :*

- *l'identification des causes de départ prématuré des personnels paramédicaux du travail soignant ;*
- *d'encourager des interventions ciblées pour éviter les départs prématurés ;*
- *de démontrer l'inter relation des politiques publiques et des abandons prématurés de la profession ;*
- *la définition des conditions associées à un vieillissement normal dans le travail soignant ;*
- *la proposition de mesures de promotion de la santé au travail afin de maintenir la capacité de travail parmi les professions paramédicales dans chaque pays ;*
- *de promouvoir de nouvelles recherches sur cet abandon prématuré et le maintien de la capacité de travail.»*

## ■ Une base de données attendue par les acteurs de terrain

Les institutions de soins participantes ont été recrutées, afin de représenter la distribution nationale des soignants paramédicaux. Le protocole recommandait de représenter toutes les structures de soins proportionnellement à leur importance dans chaque pays, selon le statut de l'employeur (public, privé, confessionnel) et les différences territoriales (régions urbaines et rurales). Nous avons assuré la validité du questionnaire français et la vraisemblance des hypothèses en nous entourant d'emblée des acteurs de terrain et en retransmettant les résultats aux intéressés par plusieurs voies :

- **Un comité de suivi**, regroupant des représentants des employeurs (publics et privés), et des employés (organisations syndicales), des représentants des institutions nationales concernées (DHOS, DREES, CNAM, CNRACL) et des personnalités scientifiques.

**Les représentants des diverses organisations représentatives des personnels ont exprimé, dès la première réunion, qu'ils n'acceptaient**

**d'accompagner ce processus de recherche que s'ils pouvaient en attendre des résultats concrets.**

- Une "lettre d'information" a été publiée. Elle visait à maintenir un haut niveau de communication entre les partenaires. Dans les établissements, en effet, direction et salariés ne doivent pas "se sentir sujets d'étude" pour une instance européenne, mais "utilisateurs des résultats". L'objectif est de rechercher et de concevoir des améliorations crédibles, que celles-ci soient locales, régionales, nationales ou européennes. Les comparaisons entre pays et l'analyse des situations les plus favorables, donc à promouvoir, permettent d'espérer plus d'impact que lors des études antérieures. La lettre a rendu compte, au fur et à mesure, du déroulement du programme. Six numéros ont été publiés.
- **Une première brochure** a permis de diffuser auprès des salariés des établissements concernés les résultats de l'enquête initiale.
- **Des communications** ont été faites dans des colloques et formations de la profession (Salon Infirmier Européen, Congrès de l'AFDS, ANMTEPH, SFISI, ENSP).

**L'analyse participative des résultats** avec les acteurs de terrain a été validée dans un cheminement continu au sein de groupes de travail thématiques. Les membres de ces groupes de travail, associant chercheurs et représentants des personnels en activité professionnelle pour la majorité d'entre eux, ont co-écrit des articles spécifiques. Ce mode d'analyse participative renforce la **vraisemblance** des résultats.

## ■ Outils élaborés et prêts à être expérimentés

**Priorité peut être donnée à certaines approches, selon la réalité locale des établissements**

Dès les premiers résultats de l'étude initiale, une première liste de pistes de travail avait pu être établie. Ces résultats soulignaient l'importance d'agir sur les facteurs suivants selon les choix des acteurs locaux de l'établissement.

Les réponses aux questions ouvertes du questionnaire PRESST montrent combien l'espoir suscité par ce bilan était grand et combien les soignants attendaient des actions à partir de ce constat.

Ces diverses validations, les attentes exprimées par les répondants et les besoins liées aux évolutions démographiques qui ont été la base de la décision de la Commission Européenne de financer l'étude NEXT, justifient que des **expériences d'améliorations ciblées** à partir de ces résultats soient menées.

1. Plus de **travail d'équipe**, de concertation et de soutien psychologique
2. Une meilleure **transmission** des informations entre paramédicaux et médecins
3. Des temps de **chevauchements** entre équipes successives avec des objectifs définis (formation, discussion d'organisation, staffs...)
4. Plus de soutien et de **proximité des cadres**
5. Développement du **tutorat**, de l'expertise soignante
6. Une **architecture** qui valorise les besoins réels, et non pas une «architecture d'enveloppe»
7. Des choix **intégrant la sécurité**, comme des revêtements de sols à coefficient de glissance faible et absorbants phoniques....
8. Des **bancs d'essai** de matériel adaptés à la vie hospitalière
9. Le respect des connaissances **chrono-biologiques** et la compensation des pénibilités spécifiques
10. Des analyses **coûts/avantages** intégrant la qualité de vie au travail, comme l'ont fait les Québécois avant de généraliser, en long séjour, les lève-malades sur rails au plafond.
11. Une aide au **logement**, à la pratique **sportive** et aux **loisirs**

Ainsi, les résultats issus de l'étude PRESST-NEXT coïncident pour une grande part avec les objectifs affichés par le programme d'action du Fonds National de Prévention.

Une méthode d'analyse préalable doit aussi être employée pour la **mise en œuvre d'améliorations participatives et pour l'évaluation de leur efficacité**. Pour les établissements du secteur privé, ce sont les **Services de Prévention des Caisses Régionales d'Assurance maladie** qui sont compétentes pour soutenir de telles démarches.

Pour les établissements du secteur public, la CNRACL gère un Fonds National de Prévention, créé par la **loi du 17 juillet 2001** pour participer au financement des mesures de prévention. Depuis janvier 2005, se mettent en place des "démarches locales de progrès", contrats passés avec des établissements en vue de l'amélioration des conditions de travail.

Tous les établissements peuvent se servir des constats de NEXT-PRESST pour réfléchir aux priorités. Les établissements impliqués dans l'étude disposent des

bases nécessaires à l'évaluation l'efficacité des interventions en comparant les résultats statistiques avant-après.

## ■ Collaborations pluridisciplinaires et démarches participatives

Dès 1994, l'institut suédois de la santé au travail publiait une synthèse des approches participatives dans la recherche sur la santé au travail. Dans leur brochure d'analyse de cas ils concluaient que «*Il y a une motivation utilitariste pour la recherche participative. C'est que l'augmentation du contrôle des salariés sur leur environnement contribue à un environnement de travail plus sûr et à une meilleure santé des travailleurs. Il y a aussi une motivation politique, celle de l'augmentation du droit des gens d'avoir plus de contrôle sur leurs conditions de vie et sur les informations et l'environnement qui peuvent les affecter. C'est une condition pour un environnement de croissance et des sociétés plus démocratiques.*»

### Qu'en est-il du secteur des soins ?

Ce secteur affiche la charte des droits du malade, faisant de lui un "partenaire des soins". La participation des représentants des personnels est aussi dans la loi, puisque le décret du 16 août 1985 stipule que les modifications de l'organisation du travail, l'environnement physique, l'aménagement des postes et des lieux de travail, la durée et les horaires de travail, doivent être débattus préalablement au CHSCT. Mais cela est encore peu le cas.

L'exemple le plus probant concerne l'hôpital de Blois. Une démarche participative pérenne a mis en évidence que les conditions de travail étaient liées à la plus grande part de l'absentéisme. Des mesures concernant l'équipement (100% de lits à hauteur variable et au moins un lève malade par service), et les relations (tutorat pour les nouveaux professionnels, staffs quotidiens associant tous les médecins, et tous les autres para-médicaux ASH y compris, meilleure gestion des entrées et sorties des malades pour éviter les pics de charge de travail...) ont permis de réduire très fortement le nombre de jours d'arrêt dans l'année. Quelques interventions participatives françaises sont rapportées dans le livre Ergonomie hospitalière - Théorie et pratique (Estryn-Behar 1996).

L'ASSTSAS (Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales). au Québec a systématisé cette approche. Ainsi le programme PARC (pour mieux réussir un programme de rénovation/ construction) s'appuie sur un document intitulé "l'ergonomie participative dans la conception des bâtiments hospitaliers. Il a été édité en 2003. Il faut souligner la longue tradition de l'ASSTSAS qui publie le mensuel Objectif prévention

depuis bien plus de 10 ans. Leur résumé des points saillant justifiant le programme PARC est très clair : Un projet architectural implique des changements organisationnels importants. Le personnel doit être informé et impliqué dès les premières étapes d'élaboration du projet. Le processus participatif doit être bien organisé en mettant sur pied des groupes d'utilisateurs par service ou par thématique et ce, dans le respect des prérogatives des divers groupes professionnels concernés. Une consultation organisée des utilisateurs directs réduit les risques d'erreur à la livraison des travaux.

**De nombreuses équipes de recherche, en particulier dans les pays nordiques et au Québec, ont montré que les améliorations participatives innovantes étaient efficaces.** Au Québec, l'analyse des accidents et les simulations des activités, au sein de prototypes des aménagements des futures chambres, avec les soignants a permis d'aboutir une nouvelle conception. L'intérêt de leur travail a justifié la modification de la norme de construction des chambres de malades au Québec en 1995 (Villeneuve).

Michel Vézina, devant la crise issue de la réorganisation du système québécois débutant en 1995, a montré que les soignants avaient vu leur demande psychologique, leur détresse psychologique et leurs arrêts de travail augmenter. Des interventions correctrices se sont déroulées dans trois unités de CHU et cinq centres de long séjour. La méthode employée a impliqué, à chaque fois, un groupe représentatif de l'ensemble des soignants de l'unité pour chaque horaire. Le groupe identifie et recense les difficultés rencontrées par les équipes. Le groupe élabore un plan d'action. Il partage et diffuse les informations permettant de justifier les changements. Il recueille les informations contribuant à l'évaluation et à l'ajustement des interventions. L'équipe de recherche évalue le processus à travers l'observation des facteurs qui entravent ou facilitent les améliorations des conditions de travail, par la rencontre des membres des groupes d'intervention et par des interviews de soignants qui n'en font pas partie. Une étude épidémiologique par questionnaire a montré l'efficacité de l'intervention sur la santé des soignants, 12 mois et 3 ans après l'intervention, en comparant avec des établissements témoins.

Sue Hignett (2003) a analysé 2796 études sur les TMS et 63 avec évaluation de l'efficacité. L'enseignement des techniques de manutention seules n'a aucun effet, alors que le réaménagement participatif de l'environnement a réellement réduit les arrêts pour TMS. Le retour sur investissement est complet en deux ans. Par exemple aux USA, Evanoff et coll. (2004) ont montré la réduction de 136,2 jours à 23 jours par an d'arrêt pour TMS pour 100 salariés parmi les aides soignants d'un hôpital de 1200 lits. Ils ont montré la réduction de moitié des jours perdus pour TMS dans 4 hôpitaux et 5 longs séjours après l'équipement en lèves malades. De même dans 6 maisons de retraite. Mais pour cela, les soignants devaient être impliqués

dans l'analyse des postes, le choix des équipements et le suivi de la mise en place. Les résultats québécois ou suédois vont dans le même sens.

Faire le bilan des risques ensemble, déterminer les priorités, choisir les solutions, les expérimenter puis généraliser les meilleures après une évaluation rigoureuse, c'est le moyen de réduire les risques en changeant le climat pour plus de respect et de considération de chacun. Le retour sur investissement peut être réel promptement et la santé mieux protégée.

Cependant, les démarches participatives n'ont véritablement fonctionné que lorsque l'ensemble des partenaires engagés était déjà convaincu de la nécessité de la concertation préalable à tout projet d'amélioration de l'environnement ou des conditions de travail, d'aménagement valides d'une organisation du travail dans le respect du sens de la profession. Dans les endroits où il n'existe pas encore de véritable tradition de participation et de concertation, on ne peut progresser que pas à pas, en construisant une confiance réciproque. Cette confiance naît, pour les salariés, du constat de la mise en œuvre effective des solutions élaborées. Elle naît, pour les décideurs, du constat de l'apport de la connaissance des intéressés et de l'utilité de "l'expertise" propre aux soignants pour les choix et l'implantation d'aménagements valides. La pérennisation de ces approches découle du constat de l'efficacité de ces aménagements pour la protection de la santé et la fidélisation du personnel.

# Bibliographie

---

- ARBORIO A.M, *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos, col. « Sociologiques », 334 p., 2001.
- ESTRYN-BEHAR M., *Stress et souffrance des soignants à l'Hôpital ESTEM*, Paris, 1997.
- ESTRYN-BÉHAR M., DUGER N., VINCK L.,  
*Les conditions de travail des femmes à l'hôpital ont-elles changé entre 1984 et 1998 ?*  
Rev Epidémiol Santé Publique : 49 : 397-400, 2001.
- ESTRYN-BÉHAR M., *Ergonomie hospitalière, Théorie et pratique*, Editions ESTEM, Paris, 556 pages, 1996
- ESTRYN-BÉHAR M. *Ergonomics and health care*, (1997), Encyclopedias of occupational health and safety, 4th ed., International Labour Office, Geneva. *Ergonomics of the physical work environment* 97.29-97.33; *Work Schedules and Night work in health care*.22-97.26; *Strain in health care work* 97.17-97.22; *Hospital ergonomics: a review* 97.13-97.17.
- ESTRYN-BÉHAR M., MILANINI G., BITOT T., DEBRU J-L., IMBERT B., BAUDET M., DE GAUDEMARIS R., ROSTAING MC.  
*Réaménagement de deux unités hospitalières : démarche ergonomique participative ; évaluation avant / après* Arch. Mal. Prof. ; 58, 7, 604-614, 1997.
- EVANOFF B, WOLF L, ATON E, CANOS J, COLLINS J,  
*Reduction in injury rates in nursing personnel through introduction of mechanical lifts in the workplace* Am J Ind Med. 2003 nov; 44(5): 451-7
- FERRONI I., *L'identité infirmière vue par ses élites. Pièges et limites d'une rhétorique professionnelle, dans Profession et institution de santé face à l'organisation du travail*, Editions de l'ENSP, 2000
- GONNET F. *L'hôpital en questions*, Lamarre, 1992
- HIGNETT S. *Intervention strategies to reduce musculoskeletal injuries associated with handling patients : a systematic review 2003, occupational and environmental medicine*, 60, 9, e 6.  
<http://oem.bmjournals.com/cgi/content/full/60/9/e6>
- LE LAN R, BAUBEAU D, *Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé*, DRESS Etudes et résultats, 335, 12 pages, 2004.
- LORIOU M., *Le temps de la fatigue*, Anthropos, 2000.
- SAINSAULIEU I., *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*, L'Harmattan, 2003 .

---

## VALORISATION DE LA RECHERCHE – EQUIPE FRANÇAISE

---

### Liste des publications en Français

#### Résultats infirmiers

ESTRYN-BEHAR M., LE NÉZET O., BENMESSAOUD H., BONNET N., CUÉNOT E., DESMOULINS S., DARQUES P., HEURTEUX P, PAOLI M-C. , DUVILLE N., FAYET C., GOUAILLARD G., VALENTIN R., GADIER G., PERRIN N., FAGES A., LEGAL R., SANNA-BOUTHIER E., BEN-BRIK ERIK (1), CAILLARD JEAN-FRANÇOIS (11) ET LE COMITÉ DE SUIVI DE L'ÉTUDE PRESST-NEXT,  
*Revue de l'infirmière* N° spécial juin 2004

#### Résultats cadres

ESTRYN-BEHAR M , LE NÉZET O LORIOU M, BEDEL M, CANTET-BAILLY N, CHARTON-PROMEYRAT C, CRAVE S, CUÉNOT E, HEURTEUX, NÉGRE JF, VALENTIN R, VAMBANA M, BEN-BRIK E, CAILLARD JF,  
*Soins cadre supplément au N° de Novembre 2004*

#### Résultats sages-femmes

ESTRYN-BEHAR M, LE NÉZET O, GASPARINI C\*\*, SIMON A \*\*\*, DUVILLE N , HEURTEUX P, BEN-BRIK E, CAILLARD JF  
*Profession Sage-femme 2004, 106, 19-32.*

#### Résultats aides soignants

ESTRYN-BEHAR M, LE NÉZET O, CAMATTE J, GADIER G, HEURTEUX P, LADNER C, DUVILLE N, BEN-BRIK E, CAILLARD JF  
acceptés pour publication en cours dans la nouvelle publication *Soins Aides-soignants*.

#### Résultats Hôpitaux locaux

MADELEINE ESTRYN-BEHAR, OLIVIER LE NÉZET, MARC LORIOU, ERIC BEN-BRIK, JEAN-FRANÇOIS CAILLARD,  
*Le travail de soins dans les hôpitaux locaux Miroir grossissant des difficultés actuelles*, GESTIONS HOSPITALIÈRES, 2003, 429, 603-611

#### Résultats réa, urgences, blocs

MADELEINE ESTRYN-BEHAR\*, OLIVIER LE NÉZET, MARC LORIOU\*\*, ERIC BEN-BRIK\*, JEAN-FRANÇOIS CAILLARD.

*La situation des soignants des services de réanimation de bloc opératoire et d'urgences des établissements publics et privés en France en 2002 Analyse des résultats de la première partie de l'étude PRESST-NEXT*

actes du congrès de la SFISI Enseignement supérieur en soins infirmiers adultes et pédiatriques Elsevier, 2004, p. 67-80

### Résultats généraux

MADELEINE ESTRYN-BEHAR\*, OLIVIER LE NÉZET\*, ANNE AFFRE, PATRICIA ARBIEU, NICOLE BONNET, FRANCIS DERRIENIC, GILLES GADIER, MARC LORIOU, ROGER SALBREUX, ERIC BEN-BRIK\*, JEAN-FRANÇOIS CAILLARD ET LE COMITÉ DE SUIVI DE L'ÉTUDE PRESST-NEXT

*La situation des soignants des établissements publics et privés en France en 2002. Analyse des résultats de la première partie de l'étude PRESST-NEXT.* . Archives des maladies professionnelles, 2004, 65, 5, 413-437.

### *Liste des publications en Anglais*

Intent to leave nursing in France Madeleine Estry-Behar\*, Olivier Le Nézet\*, Anne Affre, Patricia Arbieu, Nicole Bonnet, Francis Derrienic, Gilles Gadier, Marc Loriol, Roger Salbreux, Eric Ben-Brick\*, Jean-François Caillard and the PRESST-NEXT study's follow-up committee. In Hasselhorn H.-M., Tackenberg P., Müller B.-H., and the NEXT study group, *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*, 2003, Rapport Saltsa n°2003-7, 258 p. pp 157-170.

Burnout in the nursing profession in Europe Esther van der Schoot, Halszka Ogi\_ska, Madeleine Estry-Béhar and the NEXT study group. In Hasselhorn H.-M., Tackenberg P., Müller B.-H., and the NEXT study group, *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*, 2003, Rapport Saltsa n°2003-7, 258 p. pp 53--57.

Work schedules of nurses in Europe Halszka Ogi\_ska, Donatella Camerino, Madeleine Estry-Béhar, Janusz Pokorski and the NEXT-Study Group In Hasselhorn H.-M., Tackenberg P., Müller B.-H., and the NEXT study group, *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*, 2003, Rapport Saltsa n°2003-7, 258 p. pp 82-87.

Work Ability in the Nursing Profession Donatella Camerino, Beatrice van der Heijden, Philippe Kiss, Madeleine Estry-Behar, Janusz Pokorski, H-M Hasselhorn and the NEXT-Study Group In Hasselhorn H.-M., Tackenberg P., Müller B.-H., and the NEXT study group, *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*, 2003, Rapport Saltsa n°2003-7, 258 p. pp 88-93.

Physical load among nursing personnel, Madeleine Estry-Behar, Olivier le Nézet, Marijuka Laine, Janusz Pokorski, Jean-François Caillard and the NEXT-Study Group. Group In Hasselhorn H.-M., Tackenberg P., Müller B.-H., and the NEXT study group, *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*, 2003, Rapport Saltsa n°2003-7, 258 p. pp 94-100.

*Nurses' work schedules, work content, and well-being in seven European countries.* A comparative study within the NEXT project. Madeleine Estry-Behar (1) , Olivier Le Nézet(1), Anne Affre(2) , Nicole Bonnet(3), Eric Ben-Brik(1), Jean-François Caillard (4) , Halszka Ogi\_ska (5), Donatella Camerino (6), Janusz Pokorski (5), Hans-Martin Hasselhorn(7), and the NEXT-Study Group. *Ergonomia IJE&HF*, 2004, Vol 26, 3, 209-225.

*Quality and Human Factor Interaction in Health Care. Factors linked with fear of making errors among nurses* - Presentation of the European NEXT-Study (Nurses early exit study) Madeleine Estry-Behar(1), Olivier Nezet(1), Beatrice van der Heijden, Esther van der Schoot, Eric Ben-Brik, Jean-François Caillard (3), Hans-Martin Hasselhorn (4), and the NEXT-Study Group In Tartaglia R, Bagnara S, Bellandi T, Albolino S, Human factor, a bridge between care and cure. *Healthcare Systems Ergonomics and patient safety*. Taylor 1 Francis, 2005 533 pages, pp 31-35.

*Promotion of work ability among French health care workers – Value of the work ability index.* M. Estry-Behar, G. Kreutzb, O. Le Nezet, L. Mouchothb, D. Camerinoc Salles RKd, Ben-Brik Ea, Meyer JPb, Caillard JFa H.M. Hasselhorne and the NEXT study group Publication en cours in *Assessment and Promotion of Workability, Health and Well-being of Ageing Workers* Edited by Giovanni Costa, Willem J.A. Goedhard, Juhani Ilmarinen Elsevier BV, 2005

*Nombreuses communications à des congrès et dans la presse*

# *Postface*

---



## Autres publications en rapport avec l'étude

### Résultats infirmiers

ESTRYN-BEHAR M., LE NÉZET O., BENMESSAOUD H., BONNET N., CUÉNOT E., DESMOULINS S., DARQUES P., HEURTEUX P, PAOLI M-C. , DUVILLE N., FAYET C., GOUAILLARD G., VALENTIN R., GADIER G., PERRIN N., FAGES A., LEGAL R., SANNA-BOUTHIER E., BEN-BRIK ERIK (1), CAILLARD JEAN-FRANÇOIS (11) ET LE COMITÉ DE SUIVI DE L'ÉTUDE PRESST-NEXT,  
*Revue de l'infirmière* N° spécial juin 2004

### Résultats cadres

ESTRYN-BEHAR M, LE NÉZET O LORIOI M, BEDEL M, CANTET-BAILLY N, CHARTON-PROMEYRAT C, CRAVE S, CUÉNOT E, HEURTEUX, NÉGRE JF, VALENTIN R, VAMBANA M, BEN-BRIK E, CAILLARD JF,  
*Soins cadre supplément au N° de Novembre 2004*

### Résultats sages-femmes

ESTRYN-BEHAR M, LE NÉZET O, GASPARINI C\*\*, SIMON A \*\*\*, DUVILLE N , HEURTEUX P, BEN-BRIK E, CAILLARD JF  
*Profession Sage-femme 2004, 106, 19-32.*

### Résultats aides soignants

ESTRYN-BEHAR M, LE NÉZET O, CAMATTE J, GADIER G, HEURTEUX P, LADNER C, DUVILLE N, BEN-BRIK E, CAILLARD JF  
acceptés pour publication en cours dans la nouvelle publication *Soins Aides-soignants*.

### Résultats Hôpitaux locaux

MADELEINE ESTRYN-BEHAR, OLIVIER LE NÉZET, MARC LORIOI, ERIC BEN-BRIK, JEAN-FRANÇOIS CAILLARD,  
*Le travail de soins dans les hôpitaux locaux Miroir grossissant des difficultés actuelles,*  
GESTIONS HOSPITALIÈRES, 2003, 429, 603-611

### Résultats réa, urgences, blocs

MADELEINE ESTRYN-BEHAR\*, OLIVIER LE NÉZET, MARC LORIOI\*\*, ERIC BEN-BRIK\*, JEAN-FRANÇOIS CAILLARD.  
*La situation des soignants des services de réanimation de bloc opératoire et d'urgences des établissements publics et privés en France en 2002 Analyse des résultats de la première partie de l'étude PRESST-NEXT* actes du congrès de la SFISL Enseignement supérieur en soins infirmiers adultes et pédiatriques Elsevier, 2004, p. 67-80

### Résultats généraux

MADELEINE ESTRYN-BEHAR\*, OLIVIER LE NÉZET\*, ANNE AFFRE, PATRICIA ARBIEU, NICOLE BONNET, FRANCIS DERRIENIC, GILLES GADIER, MARC LORIOI, ROGER SALBREUX, ERIC BEN-BRIK\*, JEAN-FRANÇOIS CAILLARD ET LE COMITÉ DE SUIVI CE L'ÉTUDE PRESST-NEXT  
*La situation des soignants des établissements publics et privés en France en 2002. Analyse des résultats de la première partie de l'étude PRESST-NEXT.* . Archives des maladies professionnelles, 2004, 65, 5, 413-437.

## Partenaires de l'étude :



### Ces résultats ont bénéficié d'une subvention du :

Programme de recherche européen EU # QLK6-CT-2001-00475. Responsables européens : Hans -Martin Hasselhorn, Bernd Hans Müller, Université de Wuppertal Allemagne