

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

MADELEINE ESTRYN-BÉHAR

2008

PRESSES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE

**L'étude européenne PRESST-NEXT (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail - Nurses'Early Exit Study)**

Financée par la Commission européenne (contrat QLK6-CT-2001-00475), cette étude s'est déroulée entre 2004 et 2006 au sein de dix pays européens : Allemagne, Belgique, Finlande, France, Grande-Bretagne, Italie, Pologne, Pays-Bas, Slovaquie et Suède. Son objectif était double : identifier les causes de l'abandon prématuré de leur profession par les soignants paramédicaux hospitaliers, proposer des pistes de réflexion pour prévenir ce phénomène.

[www.presst-next.fr](http://www.presst-next.fr)

LE PHOTOCOPIAGE MET EN DANGER L'ÉQUILIBRE ÉCONOMIQUE DES CIRCUITS DU LIVRE.

*Toute reproduction, même partielle, à usage collectif de cet ouvrage est strictement interdite sans autorisation de l'éditeur (loi du 11 mars 1957, code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992).*

© 2008, Presses de l'EHESP – Avenue du Professeur Léon-Bernard – CS 74312 – 35043 Rennes Cedex

ISBN 978-2-85952-946-8

[www.pressess.ehesp.fr](http://www.pressess.ehesp.fr)

## Remerciements

Ce livre rend compte des analyses conduites en France sur les données recueillies par une équipe de chercheurs de dix pays européens, dans le cadre de l'étude PRESST-NEXT (voir ci-contre). Subventionnée par la Commission européenne, cette étude a été possible grâce au soutien du Fonds de prévention suédois SALTSA. En France, elle a bénéficié du soutien de l'AP-HP. Une subvention a aussi été accordée par l'association Notre-Dame-de-Bon-Secours. La coordination du recueil a été assurée par l'équipe allemande. Certains chapitres ont bénéficié de la collaboration de membres de ces équipes. Leurs noms sont spécifiés à chaque occasion.

### Les équipes européennes

Je veux remercier les équipes de chaque pays :

- En Allemagne : Hans-Martin Hasselhorn, Bernd Hans Müller, Peter Tackenberg, Angelika Kümmerling, Simon Kaluza, Markus Arich, Renate Mankel, Roy Neill, Anne Meissner, de la section « Ergonomics and Occupational Safety » de l'université de Wuppertal, ainsi qu'Andreas Büscher et Stephanie Stelzig de l'Institut de « Nursing Science » de l'université privée de Witten et Karl Kuhn du Federal Institute for Occupational Safety and Health de Dortmund.
- En Belgique : Sabine Stordeur, de l'université catholique de Louvain (Bruxelles) et William D'Hoore, de l'école de santé publique (Bruxelles), Philippe Kiss du service de médecine du travail Progekov (Anvers).
- En Italie : Donatella Camerino, Paul Maurice Conway, Maura Lusignani, Nadia Selva, Miriam Di Bisceglie de l'unité d'ergonomie de l'Institut de médecine du travail de l'université de Milan.
- En Finlande : Gustav Wickström et Marjukka Laine du Regional Institute of Occupational Health de Turku.
- En Norvège : Aslaug Mikkelsen de Stavanger.
- Aux Pays-Bas : Beatrice van der Heijden et Esther van der Schoot du département « Technology and Management » de l'université de Twente, Klarie van Abema de Enschede.
- En Pologne : Janusz Pokorski et Halszka Oginska du département d'ergonomie de la chaire d'« Occupational Medicine and Environmental Diseases » du *collegium medicum* de l'université Jagiellonian à Cracovie, ainsi que Maria Widerszal-Bazyl et Piotr Radkiewicz du laboratoire de « Psychology and Sociology of Work » de Varsovie.
- Au Royaume-Uni : Gillian Prior du National Centre for Social Research, Dinah Gould et Marina Fontenia de la division de « Health and Social Science » de l'université South Bank de Londres ainsi que Kerry Sproston, Simon Anderson et Laura Conway du National Centre for Social Research de Londres.
- En Slovaquie : Lýdia Pundová et Maria Kovarova du département de « Social Medicine » de Kosice.

- En Suède : Malin Josephson, Per Lindberg, Grethe Fochsen, Eva Vingard de la section « Personal Injury Prevention » du Karolinska Institut.

### **Équipe et partenaires en France**

En France, l'équipe d'analyse statistique a successivement compris Olivier le Nézet, Carine Jasseron et Clémentine Fry, tous trois statisticiens. Claire Charton-Promeyrat (infirmière) et Jean-François Caillard (professeur de médecine du travail) ont contribué au rayonnement de l'étude.

Une caractéristique française fut la mise en place d'un comité de suivi, composé de représentants des employeurs et des personnels ainsi que de chercheurs. Des membres de ce comité ont participé à des groupes de travail. Ils ont cosigné des brochures et articles.

Je remercie tout spécialement ceux qui ont participé à ces groupes de travail : Anne Affre (service de médecine du travail, hôpital Notre -Dame de Bon-Secours), Caroline Antoine (Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers ou FNESI), Patricia Arbieu-Boué (infirmière, USAP CGT), Erik Ben-Brik (médecin, service central de médecine du travail, AP-HP), Alexandra Baudiffier (étudiante en maîtrise « Psychologie du travail et ergonomie »), Hayette Benmessaud (service de médecine du travail de l'EHS Pierre et Marie Curie, Alger), Nicole Bonnet (service de médecine du travail de l'hôpital Lariboisière), Monique Bedel (cadre kinésithérapeute, CFTC), Juliette Camatte (interne en médecine du travail), Nicole Cantet-Bailly (directeur des soins à l'hôpital de Béziers), Sophie Crave (Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer ou FNCLCC), Évelyne Cuénot (infirmière anesthésiste, USAP CGT), Simone Desmoulins (DRASS Île-de-France), Patrice Darcques (FO, AP-HP), Julie Devictor (FNESI), Nathalie Duville (chercheuse, CNRS, laboratoire Georges-Friedmann), Annie Fages (infirmière, CFTC), Catherine Fayet (infirmière, Sud-Santé, centre hospitalier sud-francilien), Gilles Gadier (aide-soignant, FO centre hospitalier de Carcassonne), Patrick Gardeur (médecin, service central de médecine du travail, AP-HP), Carole Gasparini (sage-femme, ex-présidente du conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes du Lot-et-Garonne), Gérard Gouaillard (FO, AP-HP), Pascale Heurteux (secrétaire médicale, CGT, hôpital Saint-Louis), Serge Le Foll (cadre de santé, hôpital Esquirol), Renaud Legal (statisticien, CREDES), Marc Loriol (chercheur, CNRS, laboratoire Georges-Friedmann), Marie-Laurène Ménini (cadre supérieur de santé, hôpital Sainte-Anne), Jean-François Négri (cadre infirmier, Institut de soins infirmiers supérieurs ou ISIS), Marie-Christine Paoli (médecin, service de médecine du travail, hôpital Sainte-Perrine), Nadine Perrin (infirmière, CFTC), Isabelle Rahhali (cadre infirmier supérieur, AP-HP), René Valentin (cadre infirmier, FO), Martine Vambana (cadre de santé, CFTD), Roger Salbreux (psychiatre, AHIRM), Elisabeth Sanna-Bouthier (secrétaire médicale, SCMT, AP-HP), Agnès Simon (sage-femme, secrétaire du Collège national des sages-femmes).

Je tiens également à remercier, pour leur relecture, David Béhar, Dominique Barthélémy (cadre infirmier au CHU de Toulouse) et les collègues qui ont bien voulu l'assister.

## INTRODUCTION

Le diagnostic et les propositions avancés dans cet ouvrage visent à l'amélioration de la santé au travail et à favoriser le maintien de la capacité professionnelle des soignants. Il s'agit, auprès des soignants, des partenaires soucieux des conditions de travail, des directeurs d'établissement et des responsables de notre politique de santé de mettre l'accent sur trois questions délicates et urgentes : la disparition progressive du travail d'équipe ; la rupture de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée ; le départ prématuré de soignants désabusés.

L'insuffisance de travail d'équipe est l'un des déterminants majeurs d'arrêts maladie, de la crainte de commettre des erreurs dans les soins et de la survenue d'événements violents. La rupture de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée s'explique, en grande partie, par la flexibilité des horaires et des affectations, et elle entraîne fréquemment l'intention de changer d'établissement. Quant aux départs prématurés, ils sont particulièrement influencés par les déficiences du travail d'équipe et l'épuisement émotionnel. Le mal-être des soignants est réel. Pourtant, la plupart d'entre eux ont choisi leur métier par vocation et se disent fiers de leur profession.

L'ampleur et la représentativité de l'échantillon du projet PRESST-NEXT ont permis un traitement exhaustif des facteurs d'insatisfaction, mais aussi des motifs de satisfaction. La comparaison avec neuf autres pays européens montre que de meilleures conditions de travail et un ratio personnel-malades plus favorable sont réalisables sans engendrer de coûts budgétaires excessifs. Cette analyse comporte également un volet longitudinal qui nous a autorisé à affirmer la robustesse des liens de causalité entre les différents facteurs de risque et l'intention d'abandonner la profession.

La richesse de l'étude conduite en France tient, en outre, à la mise en place d'un comité de suivi associant tous les partenaires. Des groupes thématiques de travail ont procédé à une analyse participative des données. La restitution des résultats de l'étude a été portée par tous ces acteurs devant les tutelles, lors d'un colloque organisé au ministère des solidarités, de la santé et de la famille, le 1<sup>er</sup> juin 2005. Il serait regrettable de ne pas tirer les enseignements des résultats de cette étude qui conduisent à réfléchir à la productivité réelle des techniques actuelles de management, en termes de qualité des soins et de gestion du

personnel hospitalier. Nous proposons d'expérimenter, dans certains des établissements qui ont participé à l'étude, la mise en place de changements précis dans le travail d'équipe, l'aménagement de l'espace et des horaires, selon une démarche ergonomique participative. Cette stratégie de mise en œuvre s'accompagnerait d'un processus d'évaluation de la satisfaction des soignants, de leurs arrêts et de leurs départs, avant et après l'implantation des changements.

La présentation de cet ouvrage a été conçue pour aider le lecteur à repérer aisément les principaux éléments de diagnostic et les solutions envisagées : chaque chapitre débute par un résumé des apports de la littérature scientifique et de l'étude PRESST-NEXT et se clôt par un court encadré présentant des propositions concrètes pour remédier aux problèmes soulevés.

Après avoir dressé un tableau général des risques professionnels et des sujets d'insatisfaction des soignants en France (partie I), les différents aspects du quotidien des soignants européens seront mis en perspective à travers leurs *enjeux* pour les soignants d'une part (partie II), pour le management hospitalier d'autre part (partie III).

## Caractéristiques du secteur de la santé en Europe

Les agents de santé représentent une part importante du nombre total de travailleurs dans le monde (OMS, 2006). En règle générale, l'importance relative du personnel de santé est plus forte dans les pays riches que dans les pays pauvres et les effectifs peuvent représenter jusqu'à 13 % de l'ensemble des travailleurs. Le paiement des salaires, allocations, indemnités, etc., du personnel de santé représente également une part importante de l'ensemble des dépenses publiques consacrées à la santé (y compris le coût des investissements). Un pays type consacre un peu plus de 42 % de ses dépenses publiques générales de santé à la rémunération de son personnel sanitaire, avec des variations régionales et nationales par rapport à cette valeur moyenne.

En Europe, 10 % de la population active travaillent dans le secteur de la santé, et 7 % dans les hôpitaux. L'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) a publié sur son site le nombre d'infirmiers en activité.

### Le nombre d'infirmiers pour 1 000 habitants

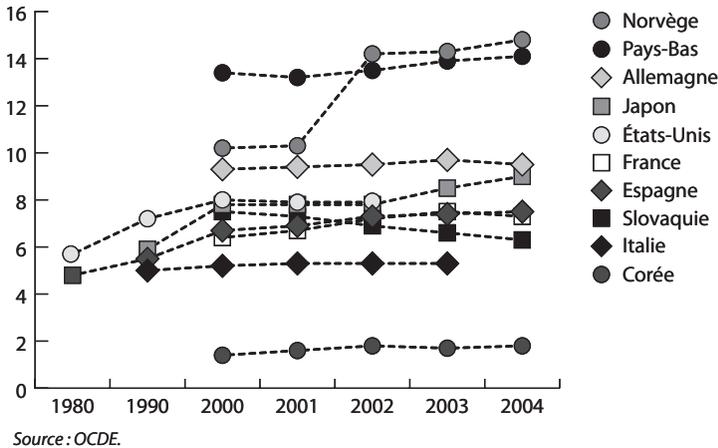
D'après les données de l'OCDE, le nombre d'infirmiers pour 1 000 habitants varie très largement selon les pays (figure 1). Pour les pays européens, le nombre d'infirmiers pour 1 000 habitants en 2004 est de 14,9 en Norvège, 14,2 aux Pays-Bas, 9,6 en Allemagne, alors qu'il n'est que de 7,5 en France, 7,4 en Espagne, 6,3 en République slovaque et seulement de 2,5 en Pologne<sup>1</sup>. Pour l'Italie, enfin, dont nous n'avons les chiffres que pour 2003, on comptait 5,4 infirmiers pour 1 000 habitants, soit des chiffres nettement inférieurs à la moyenne européenne.

Il est intéressant de constater que les États-Unis déclaraient, en 2002, 7,9 infirmiers pour 1 000 habitants, le Japon 7,8 infirmiers pour 1 000 habitants

1. Ces chiffres ont légèrement augmenté dans les différents pays par rapport à 2003.

et la Corée 1,7 infirmier pour 1 000 habitants. La France se situe donc dans la moyenne basse mondiale.

Ces comparaisons souffrent de quelques difficultés d'interprétation — tous les pays n'ayant pas déclaré exactement les mêmes informations —, mais les tendances lourdes restent claires. Ainsi, l'Italie n'a déclaré que les infirmiers et auxiliaires hospitaliers et la France s'est limitée aux infirmiers diplômés d'État mais a inclus les infirmiers libéraux. L'Allemagne et la Norvège ont rapporté l'ensemble des infirmiers et auxiliaires et ce en équivalent temps-plein, alors que les Pays-Bas l'ont fait en personnes physiques.



**FIGURE 1. Comparaison internationale du nombre d'infirmiers pour 1 000 habitants (1980-2004)**

Néanmoins, le rapport du Comité permanent des hôpitaux de l'Union européenne apporte des nuances à l'augmentation globale des effectifs infirmiers (HOPE, 2004). En Allemagne, 2 500 postes d'infirmiers ne sont pas pourvus. En Suède, le nombre d'infirmiers spécialisés en exercice a récemment baissé de 2 %. Aux Pays-Bas, le nombre d'infirmiers en chirurgie a diminué de 3 % et celui des infirmiers anesthésistes de 6 %. En Hongrie, il manque près de 6 000 infirmiers, soit une vacance de 6 % des postes. Le nombre d'infirmiers diminue également dangereusement en Belgique, au Danemark, en Irlande, au Portugal, etc.

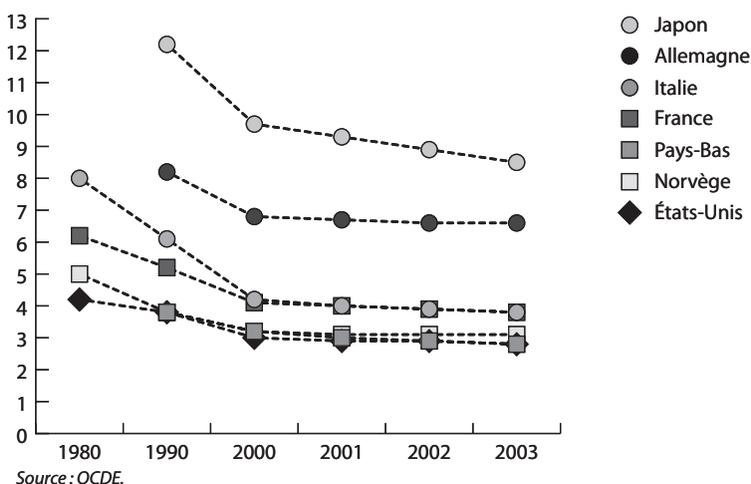
En France, l'évaluation du nombre des postes vacants par l'agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France témoignait déjà d'une pénurie en 2000. Il manquait alors 6 000 infirmiers salariés dans cette seule région (ARHIF, 2002). Les auteurs soulignent l'impact de la réduction du temps de travail (RTT) dans les établissements publics de santé.

### Le nombre de lits pour 1 000 habitants

Le nombre de lits pour 1 000 habitants a largement diminué depuis les années 2000 et ce, pour satisfaire l'idée, largement répandue, qu'en réduisant l'offre de soins, on réduit la dépense (figure 2). Si la France comptait 6,2 lits

d'« aigu » (court séjour) pour 1 000 habitants en 1980, elle n'en comptait déjà plus que 5,2 en 1990. Mais c'est à partir de 2000 que s'amorce une franche réduction avec 4,1 lits pour 1 000 habitants, la tendance se poursuivant au cours des années suivantes (2001 : 4 lits ; 2002 : 3,9 lits ; 2003 : 3,8 lits).

On observe le même phénomène en Italie avec 8,2 lits pour 1 000 habitants en 1990 et 3,7 en 2003. En Allemagne, la réduction a été moindre, puisqu'on est passé de 8,3 lits en 1990 à 6,6 lits en 2003. La Norvège et les Pays-Bas ont aussi connu une réduction sensible, qui avait déjà commencé avant 1990. En 1990, ils n'avaient déjà plus que 3,8 lits pour 1 000 habitants. En 2003, la réduction persistait, avec 3,1 lits en Norvège et 2,8 lits aux Pays-Bas. Mais, dans ces pays, le virage ambulatoire s'est accompagné du maintien d'un nombre important de soignants basés à l'hôpital et travaillant par secteurs dans l'accompagnement au domicile des personnes sortantes, afin d'éviter les rechutes. Ainsi en Norvège, le suivi hospitalier se poursuit pendant les 6 semaines après la sortie. Cette réduction du nombre de lits d'aigu s'était déjà produite aux États-Unis dès 1990 avec 3,7 lits pour 1 000 habitants et s'est poursuivie pour atteindre 2,8 lits en 2003. Au Japon, en revanche, le nombre de lits est resté encore élevé avec 12,3 lits en 1990 et 8,5 lits en 2003.



**FIGURE 1. Comparaison internationale du nombre de lits d'aigu pour 1 000 habitants (1980-2003)**

## La place de l'hôpital dans le système de santé

L'hôpital a un rôle extrêmement important dans la réduction des inégalités de santé, quels que soient les pays. En France, selon l'étude d'Auvray *et al.* (2003) publiée par le Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), les personnes les moins qualifiées sont plus fréquemment hospitalisées, consomment plus de médicaments et ont été davantage aux urgences dans l'année. Un exemple : 13,7 % des personnes n'ayant aucun diplôme ont été aux urgences au cours des 12 derniers mois, contre 5,5 % de ceux ayant

un diplôme de niveau supérieur. De même, 65,6 % des personnes n'ayant aucun diplôme ont consommé un médicament le jour précédant l'enquête, contre 52,4 % de celles ayant un diplôme de niveau supérieur. Enfin, 7,6 % des personnes n'ayant aucun diplôme ont été hospitalisées dans les 3 derniers mois contre 4,6 % des personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur. La fréquentation de l'hôpital augmente aussi clairement avec l'âge, l'hospitalisation dans les 3 derniers mois ayant concerné 7,6 % des personnes âgées de 65 ans et plus contre 2,8 % des moins de 16 ans et 3,8 % des 16 ans à 39 ans.

Pour élaborer une prévention pertinente des hospitalisations, ces inégalités sont à prendre en compte. En effet, les maladies chroniques, l'invalidité et le risque vital doublent chez les personnes les moins diplômées. Ainsi, parmi les personnes n'ayant aucun diplôme, 44,5 % ont une maladie chronique contre seulement 24,9 % de celles ayant un diplôme de niveau supérieur. On observe une invalidité pour 26 % des personnes n'ayant aucun diplôme, contre 8,4 % de celles ayant un diplôme de niveau supérieur, et le risque vital chez les personnes n'ayant aucun diplôme s'élève à 22,1 %, contre 9,8 % chez celles ayant un diplôme de niveau supérieur.

L'OMS a largement diffusé l'idée que l'hôpital a un rôle fondamental pour pallier les inégalités sociales en termes de santé. Le séjour hospitalier doit être une opportunité d'éducation sanitaire et d'association du malade à son projet de soins. L'hôpital ne doit pas être un plateau médico-technique où des soignants anonymes et interchangeables délivrent des soins « à la chaîne » à des patients, de fait, « infantilisés ». Mais certaines tentatives de rationalisation ont eu tendance à sous-estimer ces aspects, comme cela a été montré aux États-Unis (Ottenbacher *et al.*, 2000) ou en France (de Pourville, 2002 ; Estryn-Béhar, 2001).

## Les dépenses de santé en Europe

En ce qui concerne les dépenses de santé, la part du produit intérieur brut (PIB) qui leur est consacrée n'est pas franchement proportionnelle au nombre de lits ou de personnels soignants. Ainsi, avec 15,2 % de leur PIB consacrés à la santé, les États-Unis dépensent davantage que le Japon (8 %) ou l'Allemagne (10,9 %) alors que ces deux pays réservent davantage de lits et de soignants à leur population. La France, avec 10,4 % de son PIB consacré à la santé, est dans une situation intermédiaire.

Une éducation sanitaire insuffisante et un manque d'association du malade à son projet de soins entraînent une plus grande consommation de produits pharmaceutiques, la surconsommation de médicaments étant souvent un « moyen » de compenser sa peur face à un problème de santé qu'on ne comprend pas. Ainsi, plus les infirmiers sont nombreux, donc en mesure d'éduquer les patients, moins les dépenses de santé consacrées aux produits pharmaceutiques sont importantes. C'est aux Pays-Bas et en Norvège, pays qui ont le plus grand nombre d'infirmiers par habitant, que les dépenses pharmaceutiques sont les plus faibles (respectivement 11,6 % et 9,2 % de leurs dépenses de santé contre 18,8 % en France et 22,5 % en Italie). L'Allemagne est dans une situation intermédiaire avec 14,6 % des dépenses de santé consacrées aux produits pharmaceutiques.

L'éducation sanitaire a également un impact sur les réhospitalisations. La recherche d'économies dans le système de santé se focalise bien souvent sur le budget consacré au personnel et sur le coût d'une hospitalisation unitaire. Or une hospitalisation bien conduite par une équipe suffisante en nombre, soudeée, qui se concerte sur la « prise en charge globale » de chaque malade et qui travaille en réseau avec la ville, évite complications et rechutes, lesquelles accroissent les risques de réhospitalisation. Si l'on prend l'exonération du ticket modérateur comme critère de l'affection de longue durée, les patients qui justifient d'une telle exonération vont plus souvent aux urgences dans l'année (18,9 % contre 9,1 % de ceux qui n'ont pas les pathologies leur donnant droit à cette exonération). Pourtant, une meilleure compréhension de la maladie et une bonne observance thérapeutique du malade devraient éviter bon nombre d'hospitalisations en urgence. Autrement dit, mieux vaut se donner les moyens financiers d'une hospitalisation efficace que multiplier les hospitalisations « bon marché », dont le coût total s'avère finalement plus élevé.

## Les défis du recrutement en France

En France, de nombreux responsables d'hôpitaux, de cliniques et de maisons de retraite affirment avoir des difficultés pour recruter des soignants. Selon l'enquête « Besoins de main-d'œuvre » (BMO) de 2004, qui s'appuie sur des questionnaires remplis par 97 524 employeurs, la proportion de recrutements malaisés a tendance à diminuer dans notre pays, à l'exception de ceux concernant les infirmiers et les métiers de la construction (Pouquet, Ernst, 2004). Sur 16 062 projets de recrutement d'infirmiers en 2004, 13 301 sont jugés difficiles. Les infirmiers obtiennent, avec 83 %, le plus fort taux de recrutement difficile. Deux autres professions de santé font partie des sept métiers les plus difficiles à recruter : les aides-soignants (taux de difficulté : 63 %) et les autres professions paramédicales (56 %). En 2005, la même enquête relève encore 103 828 projets de recrutement pour le secteur santé et action sociale, 43 % des ces projets de recrutement sont encore estimés difficiles. La France comptait 246 000 infirmiers en 1980. Le répertoire ADELI en recense 446 000 au 1<sup>er</sup> janvier 2004 en France et 452 466 au 1<sup>er</sup> janvier 2005 (Sicart, 2006). Cette forte croissance des effectifs pourrait laisser croire à un afflux suffisant. Or pour les équipes de soins, les conditions de travail ne semblent pas plus faciles pour autant, bien au contraire. En raison du vieillissement de la population, les besoins s'accroissent. Un rapport du Conseil économique et social (CES) présenté par M. Pinaud (2004) souligne que « le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans passera de 1,2 à 2,4 millions en 15 ans ». À partir de 2020, les plus de 75 ans représenteront 10 % de la population française.

D'autres facteurs sont également à prendre en compte qui augmentent la charge en soins pour un même infirmier :

- la densification des soins, liée à la réduction du temps de séjour des patients hospitalisés ;
- la plus grande technicité de certains traitements ;
- les progrès médicaux, qui permettent d'entreprendre des soins pour un plus grand nombre de patients puisque l'on traite aujourd'hui des malades pour lesquels on ne pouvait agir auparavant ;

- les modifications de l'organisation hospitalière, avec suppression des salles communes et développement des chambres individuelles ;
- la hausse du nombre des infirmiers à temps partiel ;
- la réduction du temps de travail dans les établissements privés et publics.

### **Un renouvellement insuffisant**

Le rapport du CES rappelle la survenue inéluctable d'« un départ massif » des infirmiers et des aides-soignants les plus expérimentés : « D'ici à 2015, notent les auteurs, la fonction publique hospitalière perdra plus de la moitié des agents de ces deux filières, du fait des départs à la retraite. » Il faut y ajouter le nombre des abandons précoces du métier. Le CES cite à ce sujet « un chiffre accablant » : en 2001, « 50 000 infirmiers diplômés de moins de 55 ans n'exerçaient plus en tant qu'infirmiers ». En 2004, un groupe d'infirmiers a rappelé ce drame de l'abandon du métier au ministre de la santé à travers une lettre ouverte : « Vous rendez-vous compte, Monsieur le ministre, que plus de 50 000 infirmiers n'exercent plus leur fonction en raison de sa pénibilité, et de sa faible reconnaissance salariale », clamaient-ils. La profession souffre d'une « charge de travail en perpétuelle augmentation ».

« La pénurie d'infirmières a conduit à deux augmentations de quotas en trois ans », précise le Comité d'entente des formations d'infirmières et cadres ou CEFIEC (Garrachon, 2005). En 2000 en effet, les quotas d'entrée dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) sont passés de 18 436 à 26 436 étudiants. En 2003, ils sont passés de 26 436 à 30 000. Mais le bilan de l'année 2003-2004 avait déjà montré que les écoles n'avaient pas fait le plein. Le déficit national atteignait alors 6,27 %. Si certaines régions ne déploreraient pas de déficit, d'autres rencontraient de véritables difficultés. Plus d'un élève infirmier sur dix manquait dans cinq régions : le Nord-Pas-de-Calais (déficit de 11 %), la Champagne-Ardenne (12 %), l'Île-de-France (16 %), la Martinique (19 %) et la Réunion (23 %). Depuis 2004, des campagnes ont été menées par diverses institutions pour améliorer l'attractivité de la profession auprès des jeunes.

Par ailleurs, les étudiants des IFSI ne deviennent pas tous infirmiers : « Les abandons en cours de formation représentent actuellement environ 15 % des effectifs présents à l'école », note le CES. Il suggère « de mettre l'étudiant en situation d'assurer sa subsistance, son transport et son logement tout en favorisant sa participation à la vie sociale, et en se préoccupant de son accueil et de son insertion véritable dans l'action de formation qu'il suit ».

### **Une mondialisation des personnels soignants**

Le manque de moyens investis par l'État ou les cliniques dans la formation de professionnels, et dans le soutien aux étudiants, conduit à les prélever dans d'autres pays. Sur ce front, les pays européens vont devoir affronter un géant : les États-Unis. Ce pays aura besoin de plus d'un million d'infirmiers dans les dix ans à venir afin d'assurer la demande de la population américaine. C'est ce que révèle un rapport du Bureau of Labor Statistics (Hecker, 2005). Des accords ont été conclus notamment avec les Philippines pour y recruter des infirmiers

(Global Scholarship Alliance, 2005). Cette politique a amené l'American Nurse Association à dénoncer le danger éthique d'un déficit de soignants qualifiés dans le système de santé philippin et celui d'autres pays pauvres (Peterson, 2001 ; Reilly, 2003 ; Trossman, 2003). Les questions éthiques dans le recrutement dans les pays pauvres sont soulignées par l'OMS dans son rapport 2006, car les agents de santé sont les plus nombreux dans les régions riches, là où les besoins en matière de santé sont les moins criants (tableau 1).

**TABEAU 1. Effectifs mondiaux des personnels de santé, en fonction de la densité**

Région (OMS)	Effectif	Densité (pour 1 000 habitants)	% de prestataires*	Total des prestataires*
<b>Afrique</b>	1 640 000	2,3	83	1 360 000
<b>Méditerranée orientale</b>	2 100 000	4,0	75	1 580 000
<b>Asie du Sud-Est</b>	7 040 000	4,3	67	4 730 000
<b>Pacifique occidental</b>	10 070 000	5,8	78	7 810 000
<b>Europe</b>	16 630 000	18,9	69	11 540 000
<b>Amériques</b>	21 740 000	24,8	57	12 460 000
<b>Ensemble du monde</b>	59 220 000	9,3	67	39 470 000

\* Le pourcentage complémentaire se rapporte au personnel administratif et d'appui, le pourcentage des prestataires est celui des soignants de toutes catégories.

Source : OMS, *Global Atlas of the Health Workforce* (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>, consulté le 19 janvier 2006).

La région des Amériques, qui comporte le Canada et les États-Unis, ne compte que pour 10 % dans la charge de morbidité, alors que près de 37 % des agents sanitaires du monde vivent dans cette région et absorbent plus de 50 % des ressources financières mondiales consacrées à la santé. Par contre, la région africaine, qui représente plus de 24 % de la charge mondiale de morbidité, ne dispose que de 3 % du personnel sanitaire et moins de 1 % des ressources financières mondiales — même en comptant les prêts et les subventions en provenance de l'étranger. Or il existe une corrélation entre disponibilité du personnel de santé et taux de couverture des interventions sanitaires qui laisse penser que la santé publique est à la peine lorsque le personnel sanitaire est rare (Anand *et al.*, 2004 ; Chen *et al.*, 2004).

Depuis quelques années, les inquiétudes suscitées par les flux migratoires de professionnels qualifiés originaires de pays pauvres vers les pays riches placent le problème de l'émigration des agents de santé au premier rang des préoccupations des décideurs. Les données relatives aux pays de l'OCDE montrent que les médecins et les personnels infirmiers formés à l'étranger représentent une proportion importante du personnel de santé de la plupart de ces pays, mais surtout dans les pays anglophones (tableau 2). Les infirmières et les sages-femmes formées en Afrique subsaharienne et qui exercent dans les pays de l'OCDE représentent le vingtième (5 %) du personnel sanitaire actuellement présent dans cette région, mais la fourchette est considérable puisqu'elle va de 0,1 % pour l'Ouganda à 34 % pour le Zimbabwe.

**TABEAU 2. Médecins et personnels infirmiers formés à l'étranger qui travaillent dans les pays de l'OCDE**

Pays de l'OCDE	Médecins formés à l'étranger		Personnels infirmiers formés à l'étranger	
	Effectif	% du total	Effectif	% du total
<b>Allemagne</b>	17 318	6	26 284	3
<b>Australie</b>	11 122	21	–	–
<b>Canada</b>	13 620	23	19 061	6
<b>États-Unis</b>	213 331	27	99 456	5
<b>Finlande</b>	1 003	9	140	0
<b>France</b>	11 269	6	–	–
<b>Irlande</b>	–	–	8 758	14
<b>Nouvelle-Zélande</b>	2 832	34	10 616	21
<b>Portugal</b>	1 258	4	–	–
<b>Royaume-Uni</b>	69 813	33	65 000	10

Selon le rapport de l'OMS de 2006, au-delà des individus et des familles, c'est l'accélération de la mondialisation dans le secteur des services au cours des deux dernières décennies qui a contribué à alimenter le flux migratoire dans le domaine sanitaire. De plus, en raison du vieillissement rapide de leur population, les pays à revenu élevé connaissent une demande insatisfaite de personnel sanitaire de plus en plus importante. Au niveau du marché mondial, cette demande suscite deux réactions importantes : la première émane des pays à revenu intermédiaire qui sont de plus en plus nombreux à former des agents de santé dans le but de les exporter à l'étranger ; la seconde est le fait d'un certain nombre d'organismes professionnels qui cherchent activement à recruter ce type d'agents sur les marchés internationaux, ce qui pose problème du point de vue déontologique. Si les agents de santé rentrent chez eux, ils apportent à leur pays d'origine des qualifications et des compétences importantes. Néanmoins, lorsque les médecins et les infirmières sont nombreux à émigrer, cela se traduit par une absence de retour sur investissement pour les pays qui ont financé leur formation et, au final, par une sorte de « subvention perverse » involontairement concédée aux pays riches où leurs agents de santé ont émigré. Toutefois, ce n'est pas cette perte financière qui est le plus dommageable. Lorsqu'un pays est doté d'un système de santé fragilisé, les pertes de personnel peuvent conduire le système tout entier au bord de l'effondrement et les conséquences se mesurent alors en vies humaines perdues. En pareille circonstance, le bilan des migrations internationales ne s'exprime plus en termes d'exode ou d'apports de cerveaux : nous sommes face à une « saignée mortelle ».

En France, pour faire face à la pénurie d'infirmiers, le ministère de la santé, les fédérations de l'hospitalisation publique et privée ont organisé, en 2002, le recrutement d'infirmiers espagnols dans le secteur public et privé. Depuis l'entrée de la Pologne dans l'Union européenne, les hôpitaux, les cliniques et les maisons de retraite font de plus en plus appel à des infirmières polonaises.

Deux stratégies s'imposent pour obtenir un nombre satisfaisant d'infirmiers au sein des équipes : agir globalement sur les flux de soignants et développer localement des facteurs d'attractivité. Depuis 1992, le traité de Maastricht fait du « dialogue social » une obligation. Il devrait s'appliquer à la politique européenne des effectifs, des migrations et des statuts des soignants. Représentants des salariés et des employeurs publics et privés doivent négocier des accords-cadres européens (HOSPEEM, 2006). Le Comité permanent des infirmières européennes a mis en garde contre les risques des recrutements compétitifs. Ce type d'embauches devra s'appuyer sur la « Résolution pour la migration des travailleurs dans le secteur de la santé » du Bureau international du travail (BIT) et celle de la Commission internationale infirmière (CII).

### **L'engagement de la Commission européenne dans le projet NEXT**

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 de décroître jusqu'en 2020. La part des 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 (Eurostat, 1998 ; OCDE, 1999). « On ignore comment les futures demandes de soins seront satisfaites », expliquent Malberg et Schoerström (2003), responsables de SALTSA, programme suédois de recherche pour la vie au travail, dirigé par trois syndicats de salariés suédois (LO, TCO, et SACO) et par 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 », ajoutent-ils. On ne peut donc ignorer les conditions de travail des soignants (Ilmarinen, 1999).

Les questions du vieillissement de la population et du maintien dans l'emploi des soignants jusqu'à l'âge de la retraite sont parmi les enjeux prioritaires de la Commission européenne en matière de santé publique. Le financement de la *Nurses' early Exit Study* (NEXT) a été accordé dans le cadre du programme thématique « Qualité de la vie et ressources du vivant », qui dépend de la Direction générale « Recherche » de la Commission européenne, et dont l'objectif est d'améliorer la qualité de vie et la santé des citoyens européens. Le projet a été financé au titre de l'action clé n° 6, intitulée « Vieillesse de la population et handicaps », dont l'objectif est de « permettre aux personnes âgées de préserver le plus longtemps possible leur autonomie et d'alléger la charge pesant sur les systèmes de santé publique ». Plus précisément, il s'agit de l'action clé 6.3, intitulée « Recherche démographique et épidémiologique sur les tendances en matière de vieillissement », qui vise à « atténuer les conséquences du vieillissement de la population future et l'incidence du vieillissement sur la société<sup>2</sup> » (contrat n° QLK6-CT-2001-000475).

2. Voir le portail de l'Union européenne (<http://europa.eu/scadplus/leg/fr/lvb/i23002.htm> ; consulté le 31/05/2007).

## Le volet français : PRESST

Le projet PRESST signifie « Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail ». Nous avons décidé de donner un intitulé plus global (« santé et satisfaction », plutôt que « départs précoces des soignants ») au volet français de l'étude, afin que les soignants interrogés se sentent tous concernés. Étant donné les taux de réponse plus faibles observés dans les échantillons de soignants français, en comparaison notamment avec les pays nordiques, il semblait important d'afficher un objectif fédérateur. Tout en respectant le protocole général de l'enquête européenne, nous avons par ailleurs réuni un comité de suivi représentant les différents partenaires et décideurs du système sanitaire français. Cela a permis de comprendre les avantages et les difficultés particulières des différentes structures sanitaires et sociales où exercent des soignants salariés en France. Enfin, la presse professionnelle a été régulièrement informée du déroulement de l'étude et le comité de suivi a publié une lettre d'information destinée aux établissements (six numéros diffusés à hauteur d'un exemplaire pour dix salariés).

En France, le rapport 2004 de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), intitulé *Gestion des âges dans le secteur sanitaire et social*, souligne la prise de conscience encore trop faible des enjeux liés à cette problématique (Delahaye-Guillocheau *et al.*, 2004). Les auteurs de ce rapport soulignent qu'en 2002 les plus de 50 ans représentaient 21 % des infirmiers, contre seulement 8 % en 1990. Ils proposent d'engager des actions dans le champ des conditions de travail de manière plus systématique, en tenant compte de la dimension des âges. Ils préconisent également d'utiliser les travaux des ergonomes sur les effets du vieillissement afin d'adapter les différentes organisations à la variété des âges. Ils insistent, enfin, sur la nécessité d'explorer la piste du tutorat, qui permet d'utiliser et de valoriser l'expérience des plus âgés au bénéfice des plus jeunes.

Les difficultés rencontrées par les soignants les plus âgés sont désormais étudiées par les ergonomes hospitaliers<sup>3</sup>. Ils ont mis en évidence les principaux facteurs d'inadéquation liés à l'organisation et aux conditions de travail : les postures pénibles prolongées dues à l'architecture et à l'équipement des services ; les difficultés de perception et de traitement des informations dues à l'éclairage et à l'environnement sonore ; les perturbations des rythmes biologiques causées par les horaires atypiques ; etc.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ARHIF (2002). Plan régional de formation et de recrutement d'infirmières.
- Auvray L. *et al.* (2003). Santé, soins et protection sociale en 2002 : enquête sur la santé et la protection sociale. Paris, CREDES.
- Anand S. *et al.* (2004). Human resources and health outcomes : cross-country econometric study. *Lancet*, 364 : 1603-1609.
- Chen L. *et al.* (2004). Human resources for health : overcoming the crisis. *Lancet*, 364 : 1984-1990.
- Delahaye-Guillocheau V. *et al.* (2004). Gestion des âges dans le secteur sanitaire et social. Rapport de l'IGAS, n° 2004057.

3. Pour une synthèse bibliographique, voir Estryn-Béhar (1996, 1997a et 1997b).

- De Pourvoirville G. (2002). Rationaliser le système de soin : efficience et équité, in *Quelle médecine voulons-nous ?* (sous la dir. de M. Bungener), Paris, La Dispute : 55-74.
- Estryn-Béhar M. (1996). *Ergonomie hospitalière. Théorie et pratique*. Paris, ESTEM.
- (1997a). Ergonomics and health care, in *Encyclopedia of occupational health and safety*. Genève, International Labor Office, 4<sup>e</sup> éd.
- (1997b). *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*. Paris, ESTEM.
- (2001). Interface entre les normes et les référentiels, et l'activité de travail des soignants. *ADSP*, 35 : 71-73.
- Eurostat (1998). *Labour Force Survey. Results 1997. Theme 3: Population and Social Conditions. Series C, Accounts and Surveys*, Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities.
- Garrachon P. (2005). Quand le CEFIEC tient salon... *Info CEFIEC*, 5 ([www.cefiec.fr/cefiec/info-cefiec/n%C2%B05.pdf](http://www.cefiec.fr/cefiec/info-cefiec/n%C2%B05.pdf) : dernière consultation le 22/02/2007).
- Global Scholarship Alliance (2005). *Company executives educate government officials on benefits of GSA program*. Global scholarship alliance ([www.globalscholarship.org/page/61121/:jsessionid=r16t6k5nipdr?ct=cdisplay&nt=true&cd\\_eid=34450](http://www.globalscholarship.org/page/61121/:jsessionid=r16t6k5nipdr?ct=cdisplay&nt=true&cd_eid=34450) : dernière consultation le 22/05/2007).
- Hecker D.E. (2005). Occupational employment projections to 2014. *Monthly Labor Review Labor Online*, 128(11) : 70-101.
- HOPE (2004). *The health care workforce in Europe : problems and solutions*. Rapport final du groupe d'étude sur la force de travail du Comité permanent des hôpitaux de l'Union européenne.
- HOSPEEM (2006). Lancement d'un Comité européen dans le secteur hospitalier : « Les partenaires sociaux veulent assumer pleinement leur rôle dans la définition de la politique européenne de la santé ». HOSPEEM ([www.epsu.org/a/1893](http://www.epsu.org/a/1893) : dernière consultation le 22/05/2007).
- Ilmarinen J. (1999). Ageing workers in the European Union : status and promotion of work ability, employability and employment. Helsinki, Finnish Institute of Occupational Health.
- Malberg, Schoerström (2003). Introduction, in Hasselhorn H.M., NEXT study group *et al.*, Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Rapport Saltsa n° 2003-7.
- OCDE (1999). Work force ageing in OCDE countries. *Employment Outlook*, 123-151.
- OMS (2006). Rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé ([www.who.int/whr/2006/fr/index.html](http://www.who.int/whr/2006/fr/index.html)).
- Ottenbacher K.J. *et al.* (2000). Length of stay and hospital readmission for persons with disabilities. *American Journal of Public Health*, 90(12) : 1920-1923.
- Peterson C.A. (2001). Nursing shortage : not a simple problem, no easy answers. *Online Journal of Issues in Nursing*, 6(1) : 1.
- Pinaud M. (2004). Le recrutement, la formation et la fidélisation des salariés du secteur sanitaire et social. Avis et rapport du Conseil économique et social ([www.conseil-economique-et-social.fr/ces\\_dat2/3-1actus/frame\\_derniers\\_rapports.htm](http://www.conseil-economique-et-social.fr/ces_dat2/3-1actus/frame_derniers_rapports.htm) : dernière consultation 22/05/2007).
- Pouquet L., Ernst B. (2004). Résultats de l'enquête BMO 2004 : « Un net recul des intentions d'embauche ». Unedic/Assedic, CREDOC.
- Reilly P. (2003). Importing controversy. U.S. hospitals' recruitment of foreign nurses stirs debate as poorer countries struggle with staffing shortages of their own. *Modern healthcare*, 33(13) : 20-24.
- Sicart D. (2006). Les évolutions démographiques des personnels de santé. *Solidarité et santé*, 1 : 7-22.
- Trossman S. (2003). The global reach of the nursing shortage : The American Nurses Association questions the ethics of luring foreign-educated nurses to the United States. *Nevada Information*, février.

# 1. La situation des infirmiers<sup>1</sup>

.....

## QUI SONT LES INFIRMIERS ?

Deux directives européennes précisent les dénominateurs communs de la qualification des infirmiers en Europe. Le niveau d'études, après 10 ans d'école générale, est de 4 600 heures de cours théoriques et pratiques dans le domaine des soins infirmiers. En France, les infirmiers diplômés d'état ayant une spécialisation sont 19 719 et représentent 6,8% du total des infirmiers (288 504 selon la *Statistique annuelle des établissements de santé*).

.....

## CE QUE L'ÉTUDE PREST-NEXT APPORTE

Les différents aspects des conditions physiques et psychosociales de travail sont nettement meilleurs aux Pays-Bas, en Norvège et en Belgique qu'en France, en Allemagne et en Italie.

Les infirmiers français sont, avec leurs collègues italiens et allemands, parmi les plus insatisfaits du contenu de leur travail et de son organisation. Mais ils restent très fiers d'être soignants. Ils sont les plus nombreux à déclarer n'avoir aucune influence sur la planification de leurs horaires.

D'avantage d'infirmiers français, allemands et italiens ont l'intention d'abandonner leur profession.

On constate 3 à 5 fois plus de volonté de quitter définitivement sa profession chez les infirmiers français quand il y a une insatisfaction relative aux divers éléments du poste de travail.

Les facteurs psychologiques et sociaux sont aussi au premier plan dans l'intention de changer d'établissement. Elle est en outre déterminée par le nombre de week-ends travaillés, le temps de trajet, l'exposition à la violence et la pénibilité physique du travail.

---

1. Avec la collaboration d'Alexandra Baudiffier (étudiante en mastère de psychologie du travail et ergonomie), de Caroline Antoine et Julie Devictor (FNESI), Jean-François Négri (ISIS).

« Le plus pénible, c'est de donner des soins médiocres, car on a fermé des lits de médecine pour des raisons économiques. Je suis une infirmière motivée qui aime son travail, mais je deviens blasée par ce que je vis au quotidien. Je préfère changer de métier plutôt que faire ce métier sans professionnalisme, en ne comprenant rien à la détresse des gens que je soigne. » (Infirmière, urgences de CHU)

« Le plus pénible pour moi aujourd'hui, c'est le fait de n'être plus en communion avec mon idéal du soin (prendre soin) et les soins que l'on nous demande d'accomplir. Je ne serai jamais une infirmière performante et productive. Je suis une infirmière qui souhaite écouter la souffrance de l'autre, et pour cela il faut du temps. Une seule infirmière pour 30 patients me semble une aberration. Les changements que je souhaite ? Une meilleure organisation des soins. Un respect mutuel de la fonction de chacun. Une communication réelle, parce que personne ne s'écoute entre monde médical et administration. Avoir du temps pour être auprès des patients, car c'est d'abord *pour eux* que je viens travailler. » (Infirmière, établissement privé non lucratif)

Tous les pays participant à l'étude NEXT ont leur propre législation concernant le travail des infirmiers<sup>2</sup>. Les dénominateurs communs sont les directives 77/452/EEC et 77/453/EEC de l'Union européenne qui définissent un niveau d'études minimum : 10 ans d'école générale et 4 600 heures de cours théoriques et pratiques dans le domaine des soins infirmiers. Cette formation théorique et pratique est répartie sur trois à cinq années. Les législations nationales se sont adaptées à ces exigences, mais certaines spécialités comme les infirmiers de bloc ou en psychiatrie restent à la discrétion des pays membres. Ces directives européennes décrivent en détail le rôle, les tâches et les responsabilités des soignants. L'article 1 de la directive 77/453/EEC précise que « les États membres subordonnent la délivrance du certificat, diplôme ou titre d'infirmier responsable des soins généraux à la réussite d'un examen donnant la garantie que l'intéressé a acquis :

- une connaissance adéquate des sciences à la base des soins généraux, y compris une connaissance suffisante de l'organisme, des fonctions physiologiques et du comportement des personnes en bonne santé et des personnes malades, ainsi que des relations existant entre l'état de santé et l'environnement physique et social de l'être humain ;
- une connaissance suffisante de la nature et de l'éthique de la profession et des principes généraux concernant la santé et les soins ;
- une expérience clinique adéquate ; celle-ci, qu'il convient de choisir pour sa valeur formatrice, doit être acquise sous le contrôle d'un personnel infirmier qualifié et dans des lieux où l'importance du personnel qualifié et l'équipement sont appropriés aux soins infirmiers à dispenser aux malades ;

---

2. Ce chapitre a pour but de détailler la situation française, mais les résultats prennent tout leur sens avec les comparaisons européennes.

**TABEAU 1. Appréciations relatives à la fierté du métier, à la satisfaction du poste de travail et souhait de quitter la profession (%)**

	Échantillon national représentatif	Infirmiers (2385)	Infirmiers spécialisés (289)	Cadres (338)	Ensemble (5365)	p
<b>Être fier d'être soignant</b>	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	
<b>Satisfaction des perspectives professionnelles</b>	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	
<b>Satisfaction des conditions physiques de travail</b>	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	
<b>Satisfaction de l'utilisation des compétences</b>	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	
<b>Satisfaction du soutien psychologique au travail</b>	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	
<b>Satisfaction de pouvoir donner des soins adéquats</b>	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	
<b>Satisfaction du poste en général</b>	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	
<b>Indice cumulé de satisfac. au travail</b>	Moyenne	50,64	54,36	54,47	51,4	< 0,001
	Écart type	17,07	16,77	19,16	17,68	
<b>Penser à quitter la profession</b>	Jamais	50,4	51,8	47,3	52,5	< 0,001
	Qlq fois/an	30,1	27,0	32,6	27,6	
	Qlq fois/mois	8,1	9,9	7,8	7,6	
	Qlq fois/semaine	4,8	3,5	4,5	3,9	
	Chaque jour	2,8	2,8	3,0	3,0	
	Non concerné	3,8	5,0	4,8	5,4	

NB : le fichier total inclut 5 376 dossiers. Seules 11 personnes n'ont pas précisé leur grade. Les résultats présentés ne comportent pas ceux des 1 564 aides-soignants, des 419 agents de service hospitalier et des 338 autres professions telles que kinés, assistantes sociales, psychologues, sages-femmes. Mais les données des aides-soignants et autres sont incluses dans les résultats d'ensemble.

### 1.1.2.2. ... **Mais une forte insatisfaction professionnelle**

Plus de la moitié des infirmiers de l'ensemble de l'échantillon des dix pays 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 et en Allemagne (respectivement 77,9 %, 69,5 % et 64 % des soignants : figure 1). Elle est considérée comme éprouvante par moins de soignants en Norvège, aux Pays-Bas, en Belgique et en Finlande (respectivement 22,6 %, 29,3 %, 42,5 % et 42,7 %).

sont des facteurs clés. Un infirmier qui ne s'épanouit pas dans son travail est un infirmier qui change d'établissement. De plus, être formé par des infirmiers qui souhaitent changer d'établissement à cause de problématiques de fond non résolues (facteurs clés cités précédemment) influence le choix de poste de l'étudiant. Penser pouvoir le retenir avec un contrat est un leurre : si l'étudiant, durant ses stages ou une fois professionnel, ne s'épanouit pas dans son service, il quittera son établissement et cherchera de meilleures conditions de travail ailleurs.

C'est bien en améliorant les facteurs qui concourent à une bonne intégration dans un établissement et au sentiment du professionnel de trouver sa place et d'être à l'aise dans un service que chaque région sera réellement attractive.

.....

### **L'ESSENTIEL POUR AGIR**

Les horaires de travail très décalés et incompatibles avec la vie privée sont insuffisamment compensés. Des interventions ciblées devraient être mises en œuvre (équipements sportifs accessibles, plateaux repas équilibrés...), avec évaluation des coûts et des bénéfices, aussi bien pour la santé de ces personnels que pour l'éducation qu'ils peuvent dispenser.

Donner son avis et recevoir un avis des autres, avoir une certaine autonomie dans son travail et recevoir le soutien de ses collègues et de ses supérieurs sont des facteurs de satisfaction au travail et d'épanouissement professionnel. La qualité des soins se développe lorsqu'une équipe discute des possibles événements indésirables avec une volonté commune d'améliorer le fonctionnement du système — et non en recherchant un coupable. L'organisation hospitalière doit faciliter le travail d'équipe et la reconnaissance des compétences et des besoins de chacun.

Le travail d'équipe apporte une reconnaissance existentielle, quand le soignant, à partir de sa pratique, peut collaborer à l'élaboration d'un projet de soin associant la personne soignée, et tenant compte de ses différents besoins. Il apporte une reconnaissance de la pratique professionnelle, quand ce qui a été appris peut être mis en œuvre de façon adaptée à chaque malade, de l'investissement dans le travail et des résultats. Il faut, pour cela, que les réunions pluridisciplinaires, les staffs, les transmissions permettent de mettre en valeur le travail bien fait auprès des membres de l'équipe de différents niveaux hiérarchiques. La reconnaissance par le malade et sa famille de la qualité des soins, par des remerciements et de simples sourires, est un pivot de la satisfaction professionnelle, lorsque les soignants sont en poste fixe.

L'attention que les décideurs doivent porter aux conditions de la construction des collectifs de travail est au cœur de la gestion des ressources humaines. La reconnaissance de la compétence acquise dans un service par le développement de la fonction de tuteur des nouveaux diplômés est à la fois un gage de sécurité dans les soins par le transfert de compétences, un facteur de diminution du stress pour les nouveaux et une valorisation des soignants plus âgés et expérimentés.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Amouroux T. (1999). L'infirmière doit se persuader qu'elle est irremplaçable. *Soins*, 187 : suppl I-III.
- Bénévise N. (2000). En recherché d'une identité... perdue. *Soins*, 645 : 70-71.
- Brun J.-P. *et al.* (2002). Évaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines. Montréal, IRSST.
- Cheung J (2004). The decision process of leaving nursing. *Aust Health Rev*, 28(3) : 340-348.
- Collière M.-F. (2001). Soigner... Le premier art de la vie. Paris, Massson.
- Gauci-Borda R., Norman I.J. (1997). Factors influencing turnover and absence of nurses : a research review. *International Journal of Nursing Studies*, 34(6) : 385-394.
- Gurney C.A. *et al.* (1997). Job satisfaction and organizational attachment of nurses holding doctoral degrees. *Nursing research*, 46(3) : 163-171.
- Hadou R. (2004). Les conséquences du transfert des formations du sanitaire et du social pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Assemblée plénière du 18 octobre 2004. Conseil économique et social régional Provence-Alpes-Côte-d'Azur ([www.cfdt-paca.fr/CESR/rapportTransfert.pdf](http://www.cfdt-paca.fr/CESR/rapportTransfert.pdf) ; dernière consultation : 22/05/2007).
- Hayes L. *et al.* (2006). Nurse turn-over : A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2) : 237-263.
- Henderson V. (1959). Principes fondamentaux des soins infirmiers. Montréal, Conseil international des infirmières.
- Hinshaw A.S., Atwood J.R. (1983). Nursing staff turnover, stress, and satisfaction : models, measures, and management. *Annual Review of Nursing Research*, 1 : 133-153.
- Ingersoll G.L. *et al.* (2002). Nurses' job satisfaction, organizational commitment, and career intent. *The Journal of Nursing Administration*, 32(5) : 250-263.
- Lu *et al.* (2002). The relationships among turnover intentions, professional commitment, and job satisfaction of hospital nurses. *J. Prof. Nurs.*, 18(4) : 214-219.
- Lynn M.R., Redman R.W. (2005). Faces of the nursing shortage : influences on staff nurses' intentions to leave their positions or nursing. *The Journal of nursing administration*, 35(5) : 264-270.
- Magnon R., Dechanoz G. (1995). Dictionnaire des soins infirmiers. Paris, AMIEC.
- Midy F. (2003). Les principaux changements dans la profession d'infirmière depuis vingt ans. Propos d'infirmière.
- Pinaud M. (2004). Le recrutement, la formation et la fidélisation des salariés du secteur sanitaire et social. Avis et rapport du Conseil économique et social ([www.conseil-economique-et-social.fr/ces\\_dat2/3-1actus/frame\\_derniers\\_rapports.htm](http://www.conseil-economique-et-social.fr/ces_dat2/3-1actus/frame_derniers_rapports.htm) ; dernière consultation : 22/05/2007).
- Service d'accréditation de la Haute Autorité de santé (2003). Manuel de certification (ex-accréditation) des établissements de santé. Première procédure de certification (V1). Actualisation ([www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/manuel\\_juin\\_03-v1\\_2006\\_10\\_06\\_9\\_40\\_56\\_239.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/manuel_juin_03-v1_2006_10_06_9_40_56_239.pdf) ; dernière consultation : 22/05/2007).
- Trabacchi G. (2000). Identité des infirmiers et spécificité professionnelle. *Soins*, 645 : 64-66.
- Walter B. (1988). Le savoir infirmier : construction, évolution, révolution de la pensée infirmière. Paris, Lamarre-Poinat.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Remerciements</b> .....	3
<b>Introduction</b> .....	5
Caractéristiques du secteur de la santé en Europe .....	6
Les défis du recrutement en France.....	10
Une mondialisation des personnels soignants.....	11
L'engagement de la Commission européenne dans le projet NEXT .....	14
<b>Protocole et définition de l'échantillon</b> .....	17
Le questionnaire initial.....	17
L'échantillon européen.....	18
L'échantillon français .....	18
L'étude longitudinale.....	21
Le traitement des données .....	21

### PARTIE 1

#### Panorama français des personnels soignants

<b>1. La situation des infirmiers</b> .....	27
1.1. Mieux connaître les besoins.....	30
1.1.1. Profils infirmiers .....	30
1.1.2. Les attentes des soignants .....	32
1.1.3. Les difficultés liées à l'organisation du travail .....	36
1.1.4. Les problèmes de santé liés au travail .....	46
1.2. L'intention d'abandonner la profession .....	48
1.2.1. Fréquence de l'intention d'abandonner la profession en Europe .....	48
1.2.2. Les principaux facteurs liés à l'intention d'abandonner la profession en France .....	49
1.2.3. Analyse simultanée des différents facteurs de risque.....	51
1.3. L'intention de changer d'établissement .....	53
1.3.1. Un thème majeur de la gestion hospitalière internationale.....	53
1.3.2. Différences d'attractivité selon les régions en France.....	54
1.3.3. Les principaux facteurs liés à l'intention de changer d'établissement....	54
1.3.4. Analyse du rôle respectif des différents facteurs dans une régression logistique.....	59
1.3.5. Stratégies de fidélisation .....	61
1.4. Analyse des réponses des infirmiers français aux questions ouvertes.....	63
1.4.1. Méthodologie et description de l'échantillon .....	63
1.4.2. Sept facteurs majeurs de pénibilité .....	64
1.4.3. Sept facteurs majeurs de satisfaction.....	69
1.5. Discussion.....	72

<b>2. La situation des cadres et des sages-femmes</b> .....	77
2.1. Les cadres.....	79
2.1.1. Compatibilité vie personnelle-vie professionnelle .....	79
2.1.2. Une satisfaction globale plus forte que chez les infirmiers, mais des soucis plus importants sur la qualité des soins.....	80
2.1.3. Une large autonomie professionnelle.....	81
2.1.4. Impact de la pénibilité du travail sur la santé.....	83
2.1.5. Facteurs influant sur l'intention d'abandonner la profession .....	85
2.1.6. Mise en perspective des résultats .....	87
2.2. Les sages-femmes.....	90
2.2.1. Compatibilité vie personnelle-vie professionnelle .....	90
2.2.2. Des conditions de travail pénibles.....	91
2.2.3. Facteurs influant sur l'intention d'abandonner la profession .....	92
<b>3. La situation des aides-soignants et des agents des services hospitaliers.</b>	95
3.1. La place des aides-soignants et des agents de service .....	97
3.1.1. Une place plus grande dans le système de santé français .....	97
3.1.2. La validation des acquis de l'expérience: une opportunité et un risque.	98
3.1.3. Un groupe qui cumule de nombreux risques.....	99
3.2. Les difficultés liées à l'organisation du travail.....	101
3.2.1. Une très grande fierté du métier, mais peu de perspectives professionnelles et une forte pénibilité physique .....	101
3.2.2. Un bon soutien des collègues de même grade, mais une faible autonomie et une forte exposition à la violence.....	103
3.2.3. Des horaires de travail contraignants qui perturbent l'équilibre vie professionnelle-vie privée.....	106
3.3. Impact des différents facteurs de risque sur les départs et la santé des agents.	107
3.3.1. L'intention d'abandonner la profession .....	107
3.3.2. Les arrêts de travail .....	111
3.4. Des besoins à prendre en compte pour répondre aux enjeux démographiques.	112
3.4.1. Réduire la pénibilité du travail .....	112
3.4.2. Supprimer les horaires coupés.....	112
3.4.3. Donner toute sa valeur à l'équilibre vie personnelle-vie professionnelle.	113
3.4.4. Améliorer la prise en compte des compétences des aides-soignants et mieux les intégrer dans le travail d'équipe pluridisciplinaire.....	113

## PARTIE 2

### Les enjeux pour les soignants en Europe

<b>1. Limiter la crainte de commettre des erreurs</b> .....	121
1.1. Fréquence de la crainte de commettre des erreurs.....	123
1.2. Les facteurs humains à prendre en compte.....	125
1.2.1. Caractéristiques professionnelles .....	125
1.2.2. Caractéristiques personnelles.....	126
1.2.3. Santé et conditions physiques et psychologiques.....	126
1.2.4. Horaires et type de service .....	128
1.2.5. Transmission de l'information et travail d'équipe .....	128
1.2.6. Formation continue et satisfaction professionnelle.....	131
1.3. Analyse simultanée des différents facteurs de risque .....	132
1.4. Influence de la crainte des erreurs sur le <i>turn-over</i> dans chacun des pays....	134
1.5. Tenir compte des facteurs de risques humains pour réduire les erreurs.....	135

<b>2. Réduire les épisodes violents dans les soins</b> .....	139
2.1. Les recherches sur les causes et les manifestations de la violence.....	141
2.1.1. Violence et travail en psychiatrie.....	141
2.1.2. Violence et travail aux urgences.....	143
2.1.3. Violence et travail en gériatrie.....	143
2.1.4. Facteurs de risque les plus fréquemment décrits.....	144
2.1.5. L'accompagnement des soignants victimes de violences.....	145
2.2. Causes et manifestations de la violence dans l'enquête PRESST-NEXT.....	147
2.2.1. Fréquence de la violence et des différents facteurs de risque.....	148
2.2.2. Analyse simultanée des différents facteurs de risque.....	156
2.2.3. Analyse des facteurs de risque dans les trois services les plus exposés à la violence.....	160
2.2.4. Impact de l'exposition à la violence sur le <i>burn-out</i> et l'intention d'abandonner la profession ou de changer d'établissement.....	163
2.2.5. Comparaisons à un an d'intervalle.....	167
2.3. Discussion.....	168
<b>3. Transmissions orales et continuité des soins</b> .....	175
3.1. Les recherches sur les transmissions orales.....	176
3.1.1. Les différentes fonctions des transmissions orales.....	177
3.1.2. Critères d'efficacité des transmissions.....	178
3.1.3. Des transmissions ritualisées.....	179
3.1.4. Techniques de réduction du temps de transmission.....	180
3.1.5. Les dangers d'une transmission insuffisante.....	180
3.2. Les transmissions orales dans l'enquête PRESST-NEXT.....	181
3.2.1. Organisation des transmissions et des relations dans l'équipe : comparaisons européennes.....	181
3.2.2. Appréciations des soignants français.....	184
3.2.3. L'influence de l'organisation du travail sur la qualité des transmissions.....	188
3.2.4. L'influence de la qualité des transmissions sur l'exposition à la violence, le <i>burn-out</i> et l'intention de changer d'établissement.....	188
3.3. Discussion.....	190
<b>4. Compenser la pénibilité des horaires de travail</b> .....	193
4.1. Quelques rappels sur les rythmes biologiques.....	194
4.2. Comparaison des horaires entre infirmiers et cadres.....	197
4.2.1. Temps partiel et horaires atypiques.....	197
4.2.2. Influence de l'âge, du sexe et de la situation de famille sur l'acceptation d'horaires atypiques.....	199
4.2.3. Difficultés dues à l'organisation des horaires de travail.....	200
4.2.4. Les taux de satisfaction selon les horaires.....	202
4.2.5. Un impact modéré des horaires sur l'intention d'abandonner la profession ou de changer d'établissement.....	202
4.3. La situation difficile des aides-soignants et des agents moins qualifiés.....	206
4.3.1. Des horaires coupés.....	206
4.3.2. Une moindre influence sur les horaires et le planning.....	207
4.4. Les problèmes non résolus de l'application de la réduction du temps de travail dans les établissements de soins.....	208
4.5. Discussion.....	209

## PARTIE 3

### Les enjeux pour le management en Europe et en France

<b>1. Développer le management intergénérationnel</b> .....	215
1.1. Les recherches sur le management intergénérationnel .....	216
1.1.1. Contexte, enjeux et problématique en Europe.....	216
1.1.2. Évolution démographique en France.....	218
1.1.3. Conditions du maintien dans la vie active.....	218
1.1.4. L'emploi des plus de 50 ans dans le secteur sanitaire et social.....	222
1.1.5. Comment valoriser les deuxièmes parties de carrière ? Quelques pistes.....	223
1.2. Le management intergénérationnel dans l'enquête PRESST-NEXT .....	225
1.2.1. Une répartition des âges très différente d'un pays à l'autre .....	226
1.2.2. Les conditions d'exécution des tâches demandées aux soignants les plus âgés .....	227
1.2.3. Crainte des jeunes et lassitude des anciens : les bénéfices du tutorat ..	232
1.3. Discussion.....	236
<b>2. Réduire les facteurs de risque d'arrêt maladie plutôt que contrôler l'absentéisme</b> .....	241
2.1. Les recherches sur l'absentéisme .....	242
2.1.1. L'absentéisme dans les études de gestion des ressources humaines.	242
2.1.2. Les analyses menées par les spécialistes de la santé au travail.....	247
2.2. Les arrêts maladie dans l'enquête PRESST-NEXT.....	251
2.2.1. La place prédominante des arrêts maladie dans l'absentéisme .....	252
2.2.2. Une influence modérée du sexe, de l'âge et du grade sur la durée des arrêts maladie.....	255
2.2.3. Analyse de la fréquence des arrêts en relation avec les différents facteurs de risque .....	260
2.2.4. Analyse simultanée des différents facteurs de risque quelle que soit la durée de l'arrêt .....	261
2.2.5. Analyse simultanée des différents facteurs de risque pour les arrêts maladie de plus de 14 jours.....	264
2.2.6. Les raisons médicales des arrêts.....	267
2.2.7. Évaluation du bénéfice potentiel de la mise en place d'actions de prévention .....	269
2.3. Discussion.....	271
<b>3. Limiter le <i>burn-out</i> et améliorer le travail d'équipe pour réduire les départs prématurés</b> .....	279
3.1. Les recherches sur le <i>burn-out</i> et le travail d'équipe.....	280
3.1.1. <i>Turn-over</i> , <i>burn-out</i> et manque de communication .....	280
3.1.2. Travail d'équipe, satisfaction professionnelle et qualité des soins .....	281
3.1.3. Des programmes destinés à améliorer la collaboration au sein des équipes .....	283
3.2. <i>Burn-out</i> et travail d'équipe dans l'enquête PRESST-NEXT.....	285
3.2.1. Les taux de satisfaction relatifs aux différents aspects du travail d'équipe.....	285
3.2.2. L'intention d'abandonner la profession selon l'ancienneté professionnelle et l'organisation du travail en France .....	288
3.2.3. Analyse simultanée des facteurs de risque d'abandonner la profession en France .....	291

3.2.4. Analyse simultanée des facteurs de risque d'abandonner la profession en Europe .....	295
3.3. Discussion.....	300
<b>4. Un an après : les facteurs décisifs de départ.....</b>	<b>307</b>
4.1. Caractéristiques des soignants ayant quitté leur établissement.....	308
4.1.1. Moins d'enfants à charge chez les partants.....	309
4.1.2. Une majorité de départs volontaires prématurés.....	309
4.1.3. Les conditions de travail : principal motif de départ.....	311
4.1.4. Un faisceau de facteurs conduisant au départ de l'établissement.....	312
4.2. Caractéristiques des soignants restés en poste.....	314
4.2.1. Une forte proportion d'intentions de départ chez les soignants restés en poste.....	314
4.2.2. Des motifs d'envisager le nomadisme.....	314
4.2.3. Une intention de changer d'établissement à peine moindre.....	315
4.2.4. Déterminants de l'évolution de l'intention d'abandon entre les deux vagues d'enquête.....	318
4.3. Comparaison entre soignants partis et soignants stables.....	325
4.3.1. Précisions méthodologiques.....	325
4.3.2. Trois variables significatives : la situation familiale, l'état de santé, l'ambiance de travail.....	326
4.3.3. Deux variables non significatives : le salaire et les troubles musculo-squelettiques.....	327
4.3.4. Rôles respectifs des différentes variables sur le fait d'être réellement parti.....	328
4.4. Discussion.....	329
<b>Conclusion.....</b>	<b>331</b>
Principaux résultats de l'étude PRESST-NEXT.....	332
Utiliser ces bases de données pour agir.....	333
Des expérimentations à mener.....	334
PRESST-NEXT et les priorités du rapport de l'OMS 2006.....	336
Des axes en phase avec les acquis sur la nécessité des collaborations pluri-disciplinaires et des démarches participatives.....	340
Les suites immédiates de PRESST-NEXT.....	343
<b>Annexes.....</b>	<b>347</b>
Annexe 1. Les échelles et scores utilisés.....	348
Annexe 2. Fiches actions pour améliorer l'attractivité et les processus de fidélisation pour les professionnels de soin, dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.....	353
Annexe 3. Publications issues de l'étude auxquelles l'équipe française a participé.....	376