

ISSN 1629-6583

Droit*déontologie*
& Soïn
Revue trimestrielle

Septembre 2007

Volume 7
Numéro 3

Pages 269 à 430

036 382



This article was published in an Elsevier journal. The attached copy is furnished to the author for non-commercial research and education use, including for instruction at the author's institution, sharing with colleagues and providing to institution administration.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



Droit Déontologie & Soins 7 (2007) 308–327

**Droit
Déontologie
& Soins**

Chroniques

Abandon prématuré de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail

Madeleine Estry-Behar (praticien hospitalier, médecin du travail)^{a,*},
Jean-François Négri (cadre supérieur de santé, président de l'ISIS)^b,
Olivier Le Nézet (statisticien)^a

^a *Service central de médecine du travail de l'AP-HP, Hôtel-Dieu, 1, place du parvis Notre-Dame, 75004 Paris, France*

^b *Institut de soins infirmiers supérieurs (ISIS), 1, bis avenue des Tilleuls, BP 30, 74201 Thonon-les-Bains, France*

Disponible sur Internet le 17 Octobre 2007

Résumé

C'est un phénomène général : les infirmières quittent prématurément la profession. Une évaluation faite sur 14 CHG et CHU, dénommée l'étude PRESST, en analyse les causes : les conditions de travail comptent, car elles déterminent la qualité du service fait. Le temps de chevauchement entre équipes successives permet d'élaborer, de façon pluridisciplinaire, un projet de soins adapté à la personne soignée, correspondant aux valeurs professionnelles des soignants. La concertation réduit les événements indésirables par la diminution des incertitudes concernant, aussi bien, les traitements que l'accompagnement et l'éducation du malade. Les temps de parole permettent « l'influence au travail », le soutien émotionnel par les collègues et facilitent la constitution de « collectifs de travail » soudés. Un espace et une organisation des horaires adaptés sont nécessaires pour cette circulation de l'information indispensable à la qualité des soins. L'aménagement ergonomique des locaux réduit la charge physique et mentale du travail et facilite l'exercice professionnel d'infirmiers de tous âges en réduisant les risques d'atteinte à leur santé.

Trois ans de formation. . . pour quelle durée d'exercice ? C'est là, sans doute, une manière crue de poser la problématique, mais passé les faux-semblants, il faut savoir regarder le problème en face et l'analyser pour y remédier. Le projet promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail (PRESST), initié par les instances de l'Union européenne, vise à apporter les lumières d'une étude systématique, pratiquée au sein de 14 centres hospitaliers et après audition de près de 4000 personnels. Le constat—l'abandon prématuré de la profession—est confirmé, mais les causes ne sont pas forcément celles que l'on redoutait. Bien sûr, comptent la faible attractivité salariale et les contingences matérielles, qu'il s'agisse des contraintes horaires ou des

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : madeleine.stryn-behar@sap.aphp.fr (M. Estry-Behar).

difficultés du logement, mais l'essentiel est ailleurs. Si les infirmières renoncent à cette profession qu'elles ont choisie, c'est, *in fine*, parce qu'elles ne retrouvent pas les possibilités d'exercer en accord avec leur formation à la « démarche de soins » et à la « prise en charge globale du malade », valeurs fondamentales de la déontologie. En quelque sorte, il apparaît légitime de composer avec ce qui relève des contraintes socioéconomiques générales, mais illégitime de s'accoutumer à ce qui atteint le cœur du métier. Au final, le bilan est rassurant, en tout cas intéressant. Tout n'est pas question de finance. La qualité d'une organisation du travail, qui permette de partager les informations et les décisions avec des temps et des lieux adéquats, l'attention pour l'écoute, le soutien psychologique et le tutorat et le besoin des conditions de travail qui permettent la protection de valeurs professionnelles reviennent au centre du débat. Un challenge pour les établissements et des conséquences décisives pour les patients. À l'heure de la mobilité professionnelle, les infirmières n'hésitent plus à mettre en concurrence leurs employeurs potentiels.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Enquêter sur un phénomène inquiétant

L'objectif du projet PRESST est d'analyser les raisons et les circonstances des départs prématurés des professionnels paramédicaux de leur profession. Il fait partie d'une vaste étude européenne (NEXT), qui vise à proposer des solutions pour faire face à ce phénomène.

La question de l'attractivité des établissements vis-à-vis des professionnels qualifiés se pose surtout en relation avec la pénurie actuelle d'infirmiers. Aussi, nous avons centré notre analyse sur ce groupe professionnel. Notre recherche a consisté à mettre en évidence les facteurs les plus souvent cités par les infirmiers, selon qu'ils travaillaient dans des établissements où le taux de désir global des infirmiers de quitter leur métier définitivement était fort ou faible ¹.

Parmi les 5376 répondants du panel national, 4989 ont exprimé clairement leur opinion sur leur intention ou non de quitter définitivement la profession dans les 12 derniers mois. L'enquête complémentaire, décidée par l'AP-HP, a recueilli 2088 questionnaires et 1978 se sont exprimés sur la question de leur éventuel départ.

Ce sont ainsi 3689 infirmiers et infirmiers spécialisés de l'enquête nationale et AP-HP qui ont pu être consultés. Un échantillonnage très représentatif, quand on sait que les sondages courants sont acceptés à partir d'un chiffre de 1000 personnes interrogées. Et le résultat confirme ce qui était un sentiment général : 15,7 % ont pensé à un abandon définitif de la profession « quelques

¹ Cette recherche a été financée par la direction de la recherche de la Commission européenne. Les pays participants sont l'Allemagne, la Belgique, la Finlande, la France, l'Italie, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suède, la Pologne et la Slovaquie. En France, elle a bénéficié du soutien actif de la direction des hôpitaux, des organisations syndicales et des fédérations d'employeurs, de l'Assistance publique hôpitaux de Paris (AP-HP), de la CNRACL (caisse de retraite) et des mutuelles.

Pour la réalisation de ce programme de recherche, des institutions de soins, de toutes les catégories, ont été contactées, dans chaque pays. En France, y participent des établissements publics, privés à but lucratif et non lucratif, y compris des maisons de retraite. Ces établissements ont été choisis avec l'aide des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et des DRASS des cinq régions concernées (Haute-Normandie, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes). Environ 13 000 personnes ont été interrogées. L'anonymat a été garanti. Les soignants ont choisi eux-mêmes le code servant à relier leurs deux questionnaires, qu'ils ont envoyé par la poste à l'équipe parisienne, sans préciser leur identité.

Un comité de suivi de l'étude PRESST a été créé le 18 juin 2002. Il rassemble des représentants institutionnels, des chercheurs, des représentants des personnels des établissements de santé et des représentants des fédérations d'établissements. Ce comité de suivi participe à l'élaboration du matériel d'information à toutes les étapes.

fois par mois », « quelques fois par semaine » ou « tous les jours ». Cette fréquence a été qualifiée de « souvent »². Un phénomène de grande ampleur et qui manifestement s'accélère.

Les facteurs de risques d'abandon de la profession ont été recherchés aussi bien dans les réponses à des questions simples que par l'utilisation d'indices construits avec des échelles largement validées (Hasselhorn et al., 2003) :

- L'instrument d'analyse de la **satisfaction au travail** concerne les perspectives professionnelles, les conditions physiques de travail, le soutien psychologique au travail, la façon dont les compétences sont utilisées, les possibilités de donner aux patients les soins dont ils ont besoin, le poste en général, chaque chose étant prise en considération.
- L'instrument d'analyse de la **qualité du leadership** concerne la façon dont le responsable hiérarchique direct s'assure que chaque membre de l'équipe a de bonnes opportunités de développement professionnel, accorde une priorité importante à la satisfaction au travail, planifie correctement le travail, résout de manière satisfaisante les conflits.
- L'instrument d'analyse du **support social** comporte des questions sur la façon dont supérieurs ou collègues se rendent compte de la valeur du travail et de ses résultats. Donne-t-il son avis sur le travail ? Donne-t-il support et conseils ? Est-il disposé à aider ?
- L'instrument d'analyse de la **qualité des relations interpersonnelles** concerne la qualité des relations entre collègues, cadres de proximité, médecins, cadres supérieurs et administration, avec une échelle allant de hostiles et tendues à amicales et détendues.
- *Le Copenhagen burn-out inventory* a été choisi pour mesurer le **burn-out** personnel en comparaison avec d'autres métiers (Kristensen et Borritz, 2001).
- Le score de **demande émotionnelle du travail** concerne la fréquence de la confrontation à la mort, à la maladie ou la souffrance humaine, à des patients agressifs, à des patients pénibles ou difficiles.
- L'indice de **conflit entre exigences du travail et vie personnelle** comporte les réponses aux cinq questions suivantes : les exigences de mon travail interfèrent régulièrement avec ma vie familiale et ma vie personnelle ; le temps que me prend mon travail rend difficile la réalisation de mes responsabilités familiales ; souvent, les choses que je veux faire à la maison ne peuvent être réalisées en raison des exigences de mon travail ; les tensions créées par mon travail rendent souvent difficiles l'accomplissement de mes obligations familiales ; en raison de mes activités professionnelles, je dois faire des changements réguliers dans mes activités familiales et personnelles
- L'indice d'**incertitude concernant les traitements** concerne la fréquence des informations inadéquates d'un médecin sur l'état d'un patient ; d'un médecin prescrivant ce qui semble un traitement inapproprié à un patient ; l'absence de médecin lors d'une urgence, ne pas savoir ce que l'on peut dire à un patient ou à sa famille sur son état ou son traitement ; l'incertitude sur le maniement ou le fonctionnement d'un équipement spécialisé.

² Pour analyser les facteurs d'attractivité des établissements, les choix d'investigation se sont portés sur les CHG et CHU du panel. L'échantillon comporte six CHG situés, trois en Haute-Normandie, un en Rhône-Alpes, un en Poitou-Charentes et un en Languedoc-Roussillon. L'échantillon inclut trois établissements de CHU de province (Haute-Normandie, Rhône-Alpes et Languedoc-Roussillon) et cinq établissements de l'AP-HP (trois établissements de court séjour adultes parisiens, un établissement de court séjour adultes de banlieue et un établissement de pédiatrie).

L'analyse porte sur les réponses de 2612 questionnaires remplis par les infirmiers et infirmiers spécialisés de ces 14 établissements. Nous avons considéré comme « à fort magnétisme » les établissements dont le taux d'intention de départ des infirmiers et infirmiers spécialisés était inférieur à 10 % et à « faible magnétisme » les établissements dont le taux d'intention de départ des infirmiers et infirmiers spécialisés était égal ou supérieur à 20 %.

- **L'influence au travail** comporte les réponses à quatre questions : avoir son mot à dire dans le type de tâches que l'on demande de réaliser ; décider soi-même comment accomplir les tâches attribuées ; ou sur le moment où les accomplir ; pouvoir travailler à son propre rythme.
- **Les indices de manutention et de postures penchées** additionnent les expositions à diverses tâches comportant principalement l'une ou l'autre de ces sollicitations.
- **Le score de handicap de von Korff** concerne la gêne, due aux douleurs cervico–dorso–lombaires, au travail dans les loisirs et la vie personnelle.
- **L'indice de capacité au regard des exigences du poste (CREP), ou *work ability index* (WAI)** (Tuomi et al. 1998), est réparti en quatre classes : faible pour un indice compris entre 7 et 27 ; moyen pour un indice compris entre 28 et 36 ; bon pour un indice compris entre 37 et 43 ; excellent pour un indice compris entre 44 et 49.

Les situations mesurées par ces indices ont été considérées à risque, pour l'établissement, lorsque les scores étaient défavorables par rapport à la moyenne de l'échantillon des infirmiers des 14 établissements³.

2. Les résultats : des données très diverses

Le grand intérêt de cette étude, sur une population de près de 4000 personnes réparties en 14 établissements, permet de quitter les analyses en masse, pour entrer dans une connaissance fine des motifs, qui démontrent le caractère très variable des facteurs.

2.1. *Fréquence de l'envie de quitter définitivement la profession selon l'établissement*

Deux établissements se distinguent par un très faible pourcentage de déclaration de leurs infirmiers d'une envie fréquente de quitter définitivement leur profession (CHG 2 : 2,7 % ; CHG 3 : 9,8 %) (**Tableau 1**). En revanche, dans quatre établissements, plus du cinquième des IDE déclarent penser souvent à quitter définitivement leur profession (CHG 1 : 25,8 % ; CHG 6 : 24,7 % ; CHU 2 : 23,4 % ; AP–HP 3 : 20,7 %). La différence entre les établissements est très significative ($p < 0,01$).

2.2. *Influence de la satisfaction au travail*

On relève un parallélisme entre la faible déclaration d'envie de quitter définitivement sa profession et le bon score de satisfaction au travail pour les deux établissements concernés (CHG 2 : 56,58 ; CHG 3 : 55,45) (**Tableau 1**). En revanche, apparaît un parallélisme entre la forte déclaration d'envie de quitter définitivement sa profession et le mauvais score de satisfaction au travail pour deux des quatre établissements concernés (CHG 6 : 47,19 ; AP–HP 3 : 48,93).

2.3. *Influence de la qualité des relations dans le service*

On observe un parallélisme entre la faible déclaration d'envie de quitter définitivement sa profession et le bon score de support social reçu des supérieurs pour les établissements concernés (CHG 2 : 62,01 ; CHG 3 : 59,15) (**Tableau 1**). On constate, en revanche, un parallélisme entre

³ 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.

Tableau 1

Attractivité de l'établissement pour les IDE et spécialisés : influence de la satisfaction professionnelle et du support des supérieurs

	Effectif	Souhait de partir quelques fois par mois ou plus (%)	Satisfaction au travail		Support social des supérieurs		Qualité du leadership	
			Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
CHG 2	39	2,7	56,58	13,163	62,01	25,226	54,28	26,758
CHG 3	84	9,8	55,45	13,009	59,15	27,190	58,99	23,449
AP-HP 2	174	12,0	52,40	17,612	40,99	26,415	43,42	23,663
CHG 5	121	13,4	54,41	15,602	57,04	23,550	58,04	20,571
AP-HP 5	275	13,9	51,93	16,076	46,74	25,990	48,04	24,833
CHU 3	394	15,3	50,57	16,831	50,55	26,965	53,86	23,719
CHG 4	290	15,7	49,02	16,466	41,72	25,856	43,51	23,693
AP-HP 4	164	15,8	49,08	19,493	42,31	27,568	44,18	25,714
CHU 1	221	15,9	52,31	16,356	49,05	26,090	47,94	21,776
AP-HP 1	277	16,0	48,33	17,917	43,80	27,227	44,53	24,721
AP-HP 3	299	20,7	48,93	16,955	40,26	25,430	42,81	22,956
CHU 2	147	23,4	53,24	16,728	55,38	27,898	55,65	26,284
CHG 6	95	24,7	47,19	16,899	48,67	27,571	52,22	24,841
CHG 1	32	25,8	52,60	13,789	40,82	28,706	43,97	27,319
Total	2612	16,2	50,77	16,892	46,82	27,001	48,34	24,467
<i>p</i>		<0,001						

la forte déclaration d'envie de quitter définitivement sa profession et le mauvais score de support social reçu des supérieurs pour deux des quatre établissements concernés (CHG 1 : 40,82 ; AP-HP 3 : 40,26).

On note aussi un parallélisme entre la faible déclaration d'envie de quitter définitivement sa profession et le bon score de qualité du leadership pour les deux établissements concernés (CHG 2 : 54,28 ; CHG 3 : 58,99). On remarque, en revanche, un parallélisme entre la forte déclaration d'envie de quitter définitivement sa profession et le mauvais score de qualité du leadership pour deux des quatre établissements concernés (CHG 1 : 43,97 ; AP-HP 3 : 42,81).

Le score de qualité des relations interpersonnelles indique nettement un parallélisme avec la faible déclaration d'envie de quitter définitivement sa profession pour les deux établissements concernés et un bon score (CHG 2 : 63,61 ; CHG 3 : 60,55) (Tableau 2). La forte déclaration d'envie de quitter définitivement sa profession est parallèle à un mauvais score de relations interpersonnelles pour trois des quatre établissements concernés (CHG 1 : 56,72 ; CHG 6 : 54,57 ; AP-HP 3 : 57,65).

Le score concernant le soutien reçu des collègues (Tableau 2) est très élevé dans tous les établissements. Les différences sont faibles et il n'apparaît, de ce fait, aucune liaison avec l'envie de quitter sa profession.

2.4. Influence du contenu émotionnel du travail et de l'influence sur l'organisation de son travail

La faible déclaration d'envie de quitter définitivement sa profession correspond à un score plus bas de demande émotionnelle du travail pour les deux établissements concernés

Tableau 2

Attractivité de l'établissement pour les IDE et spécialisés : influence de la qualité des relations interpersonnelles et du support des collègues

	Effectif	Souhait de partir quelques fois par mois ou plus (%)	Relations interpersonnelles		Support social des collègues	
			Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
CHG 2	39	2,7	63,61	16,152	62,67	15,273
CHG 3	84	9,8	60,55	13,989	66,49	18,739
AP-HP 2	174	12,0	59,19	17,050	67,83	19,643
CHG 5	121	13,4	57,31	13,129	68,07	17,711
AP-HP 5	275	13,9	58,08	15,315	67,31	18,803
CHU 3	394	15,3	58,84	15,670	65,94	17,475
CHG 4	290	15,7	55,12	14,617	63,79	21,116
AP-HP 4	164	15,8	59,57	15,066	65,95	18,814
CHU 1	221	15,9	57,44	12,673	62,59	17,816
AP-HP 1	277	16,0	56,30	16,643	60,70	19,514
CHU 2	147	23,4	58,68	13,679	66,55	18,887
AP-HP 3	299	20,7	57,65	14,465	66,09	17,947
CHG 6	95	24,7	54,57	12,868	67,07	20,854
CHG 1	32	25,8	56,72	16,095	64,22	17,108
Total	2612	16,2	57,74	15,012	65,29	18,881

(CHG 2 : 64,31 ; CHG 3 : 63,40) (Tableau 3). De même, un parallélisme entre la forte déclaration d'envie de quitter définitivement sa profession et un score plus élevé de demande émotionnelle du travail ressort dans trois des quatre établissements concernés (CHG 1 : 73,63 ; CHG 6 : 67,15 ; AP-HP 3 : 68,11).

Tableau 3

Attractivité de l'établissement pour les IDE et spécialisés, influence de la charge émotionnelle du travail et de l'influence sur les modalités d'exercice de son travail

	Effectif	Souhait de partir quelques fois par mois ou plus (%)	Demande émotionnelle		Influence au travail	
			Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
CHG 2	39	2,7	64,31	16,240	53,12	17,543
CHG 3	84	9,8	63,40	18,394	53,31	19,724
AP-HP 2	174	12,0	66,18	15,197	53,49	21,663
CHG 5	121	13,4	68,80	13,358	46,90	21,089
AP-HP 5	275	13,9	57,63	14,015	53,07	19,041
CHU 3	394	15,3	68,61	12,614	50,85	19,289
CHG 4	290	15,7	70,68	14,146	52,05	20,570
AP-HP 4	164	15,8	65,51	19,132	51,55	18,776
CHU 1	221	15,9	58,97	15,679	45,85	19,257
AP-HP 1	277	16,0	63,55	16,411	51,38	22,155
AP-HP 3	299	20,7	68,11	13,970	54,07	21,203
CHU 2	147	23,4	64,16	14,112	54,28	21,359
CHG 6	95	24,7	67,15	13,217	50,75	18,666
CHG 1	32	25,8	73,63	8,801	57,42	17,780
Total	2612	16,2	65,46	15,321	51,63	20,343

Tableau 4

Attractivité de l'établissement pour les IDE et spécialisés, rôle de l'épuisement professionnel et de l'incertitude sur les traitements à administrer

	Effectif	Souhait de partir quelques fois par mois ou plus (%)	<i>Burn-out</i>		Incertitude sur les traitements à administrer	
			Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
CHG 2	39	2,7	42,87	15,467	31,53	16,227
CHG 3	84	9,8	44,61	16,852	35,16	16,226
AP-HP 2	174	12,0	46,03	16,739	36,69	17,096
CHG 5	121	13,4	47,40	15,970	39,88	15,899
AP-HP 5	275	13,9	45,49	18,246	33,70	14,698
CHU 3	394	15,3	46,39	15,785	35,70	16,412
CHG 4	290	15,7	46,83	17,242	41,12	16,781
AP-HP 4	164	15,8	50,19	17,591	36,98	19,265
CHU 1	221	15,9	47,63	17,375	33,30	15,809
AP-HP 1	277	16,0	47,83	16,881	35,71	16,510
AP-HP 3	299	20,7	49,62	17,395	38,92	16,638
CHU 2	147	23,4	45,86	14,328	34,22	16,295
CHG 6	95	24,7	45,83	16,988	36,52	17,507
CHG 1	32	25,8	53,36	16,081	37,71	14,626
Total	2612	16,2	47,15	16,891	36,49	16,628

L'influence sur les tâches attribuées, le moment ou la manière de les réaliser, diffèrent peu selon les établissements. On note cependant une discrète tendance : le score d'influence au travail est dans le groupe des meilleurs scores pour les deux établissements à faible désir de partir (CHG 2 : 53,12 ; CHG 3 : 53,31), alors que deux des quatre établissements à fort désir de partir ont un score d'influence au travail inférieur à la moyenne (CHG 6 : 50,75 ; AP-HP 1 51,38).

2.5. Influence de l'incertitude sur le traitement à administrer et du score de burn-out

Le *burn-out* est étroitement lié à l'envie de quitter sa profession, avec une association forte entre la faible déclaration d'envie de quitter définitivement sa profession et le plus faible score de *burn-out* pour les deux établissements concernés (CHG 2 : 42,87 ; CHG 3 : 44,61), alors que deux des quatre établissements à forte déclaration d'envie de partir ont un plus fort score de *burn-out* (CHG 1 : 53,36 ; AP-HP 3 : 49,62).

Lorsque le score moyen d'incertitude sur les traitements est plus élevé, les IDE songent plus à abandonner leur profession (Tableau 4). La faible déclaration d'envie de quitter définitivement sa profession va de pair avec un plus faible indice d'incertitude pour les deux établissements concernés (CHG 2 : 31,53 ; CHG 3 : 35,16), alors que trois des quatre établissements à forte déclaration d'envie de partir ont un plus fort indice d'incertitude (CHG 1 : 37,71 ; CHG 6 : 36,52 ; AP-HP 3 : 38,92).

2.6. Influence de la satisfaction de l'organisation des horaires de travail et qualité de vie

Le temps de chevauchement pour les transmissions est un moment de circulation de l'information utile aussi bien pour la sécurisation, la continuité des soins que le soutien sur les aspects émotionnels de la relation à la maladie grave, la vieillesse et la mort (Tableau 5).

Tableau 5
 Attractivité de l'établissement pour les IDE et spécialisés rôle de la satisfaction de l'organisation des horaires de travail

	Effectif	Souhait de partir quelques fois par mois ou plus (%)	Satisfaction temps de chevauchem. t pour transmissions = Non (%)	Satisfaction des horaires pour le bien-être = Non (%)	Satisfaction des horaires pour la vie privée = Non (%)	Grande Influence sur choix horaires et rythme de travail (%)	Indice de conflit exigences du travail vie personnelle	
							Moyenne	Écart-type
CHG 2	39	2,7	51,6	30,8	25,6	10,3	44,80	22,51
CHG 3	84	9,8	41,1	30,1	39,0	14,3	49,40	27,61
AP-HP 2	174	12,0	59,9	26,3	40,6	13,1	45,48	25,77
CHG 5	121	13,4	72,4	30,5	41,5	6,9	49,28	23,43
AP-HP 5	275	13,9	63,5	31,8	36,2	17,3	46,27	23,50
CHU 3	394	15,3	70,9	36,2	38,6	5,8	48,26	23,84
CHG 4	290	15,7	59,5	37,1	42,2	9,4	52,53	25,18
AP-HP 4	164	15,8	47,3	21,0	25,0	15,5	42,48	24,45
CHU 1	221	15,9	70,6	44,2	46,1	7,0	53,61	23,62
AP-HP 1	277	16,0	68,8	30,7	34,4	15,4	42,74	23,65
AP-HP 3	299	20,7	71,8	27,5	30,4	16,0	44,87	23,54
CHU 2	147	23,4	57,5	42,6	40,6	9,7	50,06	23,81
CHG 6	95	24,7	77,8	31,5	34,8	8,6	55,20	23,67
CHG 1	32	25,8	60,0	36,7	33,3	10,7	51,25	21,96
Total	2612	16,2	64,9	33,0	37,1	10,7	47,88	24,35

On remarque une association forte entre la faible déclaration d'envie de quitter définitivement sa profession et un pourcentage plus faible d'insatisfaction du temps de chevauchement, pour les deux établissements concernés (CHG 2 : 51,6 % ; CHG 3 : 41,1 %), alors que parmi deux des quatre établissements à forte déclaration d'envie de partir on relève un pourcentage plus élevé d'infirmiers insatisfaits du temps de chevauchement (CHG 6 : 77,8 % ; AP-HP 3 : 71,8 %).

L'insatisfaction des horaires pour le bien-être est parallèle à l'envie de quitter sa profession. Il y a une association entre la faible déclaration d'envie de quitter définitivement sa profession et un pourcentage moins élevé d'insatisfaction des horaires pour le bien-être pour les deux établissements concernés (CHG 2 : 25,6 % ; CHG 3 : 39,0 %), alors que les établissements à forte déclaration d'envie de partir ont un pourcentage bien plus élevé d'insatisfaction des horaires pour le bien-être (CHG 1 : 36,7 % ; CHU 2 : 46,6 %).

La possibilité d'influer sur la détermination de ses propres horaires de travail permet un assouplissement améliorant la compatibilité avec la santé et la vie privée. Cette influence est particulièrement rare en France par rapport aux autres pays européens. Il y a une association entre la faible déclaration d'envie de quitter définitivement sa profession et un pourcentage un peu plus élevé d'influence sur ses horaires pour un des deux établissements concernés (CHG 3 : 14,3 %), alors que les établissements à forte déclaration d'envie de partir ont un pourcentage encore moins élevé d'influence sur ses horaires (CHG 6 : 8,6 % ; CHU 2 : 9,7 %).

2.7. *Influence des conflits entre exigences du travail et vie de famille*

Cinq questions permettaient de cerner les interférences négatives du travail sur les besoins de la vie de famille (Tableau 6). Dans trois des quatre établissements où les infirmiers souhaitent à plus de 20 % quitter définitivement leur profession, le score moyen de conflit entre exigences du travail et vie de famille est le plus élevé (CHG 1 : 51,25 ; CHG 6 : 55,20 ; CHU 2 : 50,06). À l'opposé, CHG 2 où seulement 2,7 % des infirmiers souhaitent quitter leur profession, le score est de 44,80.

Le trajet est particulièrement déterminant. Les IDE déclarant plus d'une heure de trajet par jour sont nettement plus nombreux à vouloir quitter leur métier. C'est le cas en région parisienne où les soignants sont très nombreux à avoir de longs trajets (AP-HP 3 : 70,5 %). En revanche, les établissements, dont les soignants souhaitent le moins partir, ont des pourcentages faibles d'IDE déclarant des longs trajets (CHG 2 : 2,6 % ; CHG 3 : 16,3 %).

Les IDE qui souhaitent le plus partir déclarent plus de difficultés à trouver un logement compatible avec leur budget (CHG 6 : 64,9 % ; AP-HP 3 : 61,4 %), alors que ceux qui souhaitent moins partir ont nettement moins de difficultés à trouver un logement (CHG 2 : 16,7 % ; CHG 3 : 25 % ; CHG 6 : 25,0 %).

Il existe un lien net entre l'envie de partir et les problèmes de garde d'enfants : les soignants qui souhaitent plus partir manquent souvent de solutions suffisantes de gardes d'enfant (CHG 6 : 28,9 %), alors que ceux qui souhaitent moins partir manquent un peu moins souvent de solutions suffisantes de gardes d'enfant (CHG 3 : 20 %).

Un horaire de journée de type administratif permet davantage d'être en phase avec sa famille et ses amis. Les IDE qui souhaitent le plus partir déclarent moins bénéficier de ce type d'horaire (CHG 1 : 6,3 % ; CHG 6 : 12,6 %), alors que ceux qui souhaitent moins partir ont nettement plus souvent accès à ce type d'horaire (CHG 2 : 25,6 % ; CHG 3 : 31,3 %).

Tableau 6
Attractivité de l'établissement pour les IDE et spécialisés, rôle de la situation sociale et de l'organisation de vie

	Effectif	Souhait de partir quelques fois par mois ou plus (%)	Trajet aller retour >1 heure (%)	Problème logement compatible budget = oui (%)	Solutions suffisantes de garde d'enfants = non (%)	Horaire de journée type administrative (%)
CHG 2	39	2,7	2,6	16,7	22,2	25,6
CHG 3	84	9,8	16,3	25,0	20,0	31,3
AP-HP 2	174	12,0	67,1	63,4	30,4	15,1
CHG 5	121	13,4	9,3	19,3	14,1	11,6
AP-HP 5	275	13,9	64,7	64,9	26,5	10,3
CHU 3	394	15,3	11,5	23,7	11,9	11,4
CHG 4	290	15,7	11,6	26,4	26,1	12,1
AP-HP 4	164	15,8	41,4	38,7	15,9	21,7
CHU 1	221	15,9	17,0	26,7	27,5	7,3
AP-HP 1	277	16,0	54,8	53,2	19,0	17,4
AP-HP 3	299	20,7	70,5	61,4	16,3	16,9
CHU 2	147	23,4	18,2	36,2	20,3	25,2
CHG 6	95	24,7	15,2	64,9	28,9	12,6
CHG 1	32	25,8	6,5	16,1	20,0	6,3
Total	2612	16,2	35,0	41,3	20,5	14,8

Tableau 7

Attractivité de l'établissement pour les IDE et spécialisés, rôle des conditions physiques de travail

	Effectif	Souhait de partir quelques fois par mois ou plus (%)	Indice de manutention		Indice de postures penchées	
			Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
CHG 2	39	2,7	22,45	18,238	13,43	13,437
CHG 3	84	9,8	27,50	23,172	12,43	12,908
AP-HP 2	174	12,0	46,03	33,158	54,65	34,105
CHG 5	121	13,4	36,21	25,315	23,09	15,446
AP-HP 5	275	13,9	62,04	35,133	62,99	29,712
CHU 3	394	15,3	39,79	28,082	32,82	23,593
CHG 4	290	15,7	38,08	27,548	33,35	24,202
AP-HP 4	164	15,8	65,45	37,397	66,52	32,698
CHU 1	221	15,9	28,10	18,968	21,32	18,642
AP-HP 1	277	16,0	31,74	25,638	25,19	19,645
AP-HP 3	299	20,7	45,04	33,963	51,44	30,907
CHU 2	147	23,4	21,48	21,455	15,73	15,548
CHG 6	95	24,7	37,03	25,579	22,98	16,913
CHG 1	32	25,8	48,70	30,462	32,81	23,331
Total	2612	16,2	40,97	31,402	37,55	30,009

2.8. Influence de la pénibilité physique du travail

On observe à nouveau un parallélisme entre la faible déclaration d'envie de quitter définitivement sa profession et le faible indice de fréquence de manutention pour les deux établissements concernés (CHG 2 : 22,45 ; CHG 3 : 27,50), alors que les établissements à forte déclaration d'envie de partir ont un fort indice de fréquence de soulèvement de charge (CHG 1 : 48,70 ; AP-HP 3 : 45,04) (Tableau 7). On constate aussi un parallélisme entre la forte déclaration d'envie de quitter définitivement sa profession et le faible indice de fréquence de postures penchées pour les deux établissements concernés (CHG 2 : 13,43 ; CHG 3 : 12,43), alors que l'un des établissements à forte déclaration d'envie de partir a un fort indice de fréquence de postures penchées (AP-HP 3 : 51,44). Les établissements dont le pourcentage de soignants déclarant avoir souvent envie de partir dépasse 15 % ont des indices de fréquence de posture penchée qui sont forts ou intermédiaires. On observe ainsi un gradient assez démonstratif.

La posture debout, plus de six heures par jour, est particulièrement déterminante pour la fatigue, les dorsalgies et le découragement (Tableau 8). Ainsi, les établissements CHG 1 et CHG 6 ont à la fois une forte déclaration d'envie de quitter sa profession (plus de 20 %) et un pourcentage de soignants déclarant à au moins 80 % être debout au-delà de six heures par jour. Les établissements CHU 3, AP-HP 1 et AP-HP 4 ont à la fois une déclaration intermédiaire d'envie de quitter sa profession (15–16 %) et un pourcentage de soignants déclarant à plus de 70 % être debout au-delà de six heures par jour.

2.9. Influence de la satisfaction de l'espace de travail

Les deux établissements avec une faible déclaration d'envie de quitter sa profession ont une insatisfaction de leur espace de travail inférieure à la moyenne (CHG 2 : 64,1 % ; CHG 3 : 47,6 %), alors que deux des quatre établissements où les infirmiers déclarent une forte envie de quitter leur

Tableau 8

Attractivité de l'établissement pour les IDE et spécialisés, rôle de l'architecture et des douleurs cervico–dorso–lombaires

	Effectif	Souhait de partir quelques fois par mois ou plus (%)	Score de handicap de von.Korff		Debout Insatisfaction de l'espace	
			Moyenne	Écart-type	>6 h/j (%)	de travail (%)
CHG 2	39	2,7	0,85	1,417	82,1	64,1
CHG 3	84	9,8	0,88	1,404	78,6	47,6
AP–HP 2	174	12,0	1,08	1,575	61,8	71,1
CHG 5	121	13,4	0,82	1,472	82,6	30,0
AP–HP 5	275	13,9	1,07	1,564	72,5	74,1
CHU 3	394	15,3	1,25	1,787	71,2	73,1
CHG 4	290	15,7	1,15	1,653	68,2	67,6
AP–HP 4	164	15,8	1,22	1,658	72,0	73,7
CHU 1	221	15,9	0,94	1,497	87,7	44,1
AP–HP 1	277	16,0	1,20	1,600	72,5	67,4
AP–HP 3	299	20,7	1,14	1,634	63,8	64,3
CHU 2	147	23,4	1,13	1,612	57,1	51,7
CHG 6	95	24,7	1,09	1,571	80,0	65,3
CHG 1	32	25,8	1,10	1,718	84,4	59,4
Total	2612	16,2	1,11	1,617	71,7	64,2

profession, ont une insatisfaction de leur espace de travail supérieure à la moyenne (CHG 6 : 65,3 % ; AP–HP 3 : 64,3 %) (Tableau 8).

2.10. Influence des douleurs cervico–dorso–lombaires

Le score d'interférence des douleurs cervico–dorso–lombaires avec les activités quotidiennes, les loisirs et l'activité de travail a été mis au point par von Korff (Tableau 8). Lorsque le score moyen des infirmiers d'un établissement est élevé, c'est-à-dire supérieur à 1,10 pour un maximum de 3, (correspondant à une incapacité totale pour les trois types d'activité), ils sont plus nombreux à penser quitter la profession (CHU 2 : 1,13 ; AP–HP 3 : 1,14). Au contraire, le score est nettement plus bas pour les deux établissements où les infirmiers déclarent très peu d'intention de quitter leur profession (CHG 2 : 0,85 ; CHG 3 : 0,88).

2.11. Influence de l'âge, du sexe et de l'indice de capacité au regard des exigences du poste

Les deux établissements dont les infirmiers ont un taux de désir d'abandon de leur profession inférieur à 10 % ont légèrement moins d'infirmiers de moins de 30 ans que la moyenne et le CHG 3 un peu plus d'infirmiers de plus de 45 ans, indiquant un turn-over moins important (Tableau 9). Trois des quatre établissements à forte déclaration d'envie de partir ont un pourcentage d'infirmiers de moins de 30 ans supérieurs à la moyenne traduisant un turn-over important (CHG 1 : 31,3 % ; CHG 6 : 28,7 % ; AP–HP 3 : 32,0 %). Les pourcentages d'hommes plus élevés ne se retrouvent pas dans les établissements, selon un quelconque rapprochement avec le désir d'abandon de leur profession.

L'indice de capacité au regard des exigences du poste (CREP), ou *work ability index* (WAI). L'indice moyen de capacité au regard des exigences du poste (CREP) des infirmiers des différents établissements est bon, mais pour les établissements ayant les meilleurs CREP moyens,

Tableau 9

Attractivité de l'établissement pour les IDE et spécialisés, rôle de l'âge, du sexe et de l'indice de capacité au regard des exigences du poste

	Effectif	Souhait de partir quelques fois par mois ou plus (%)	Âge		Sexe		Work ability index ou CREP	
			<30 ans (%)	30–44 ans (%)	45 ans et + (%)	Hommes (%)	Moyenne	Écart-type
CHG 2	39	2,7	23,1	59,0	17,9	5,1	39,24	4,906
CHG 3	84	9,8	22,6	52,4	25,0	2,4	39,46	4,448
AP–HP 2	174	12,0	34,7	42,2	23,1	17,1	42,10	31,073
CHG 5	121	13,4	29,8	47,9	22,3	6,6	38,74	5,244
AP–HP 5	275	13,9	39,3	37,4	23,3	4,4	39,72	9,061
CHU 3	394	15,3	17,8	53,2	29,0	9,9	38,02	5,431
CHG 4	290	15,7	23,8	44,4	31,8	13,8	37,67	5,612
AP–HP 4	164	15,8	19,9	49,1	31,1	6,8	42,50	34,549
CHU 1	221	15,9	26,2	58,4	15,4	3,2	38,86	5,645
AP–HP 1	277	16,0	30,5	48,0	21,5	17,0	37,53	5,480
AP–HP 3	299	20,7	32,0	51,9	16,2	9,8	42,27	26,992
CHU 2	147	23,4	17,1	41,8	41,1	8,9	38,47	5,385
CHG 6	95	24,7	28,7	46,8	24,5	15,8	38,44	5,116
CHG 1	32	25,8	31,3	50,0	18,8	9,4	37,62	6,149
Total	2612	16,2	27,0	48,2	24,8	9,9	39,22	14,979

les écarts-types sont très larges et montrent de très grandes variations. Il est clair que les exigences du poste se combinent différemment, selon l'âge des soignants.

Les deux établissements où les infirmiers souhaitent peu partir ont des soignants dont le CREP est un peu meilleur que la moyenne (CHG 2 : 39,24 ; CHG 3 : 39,46), alors que trois sur quatre des établissements à fort taux d'intention d'abandon ont des indices de capacité au regard des exigences du poste plus faibles (CHG 1 : 37,62 ; CHG 6 : 38,44 ; CHU 1 : 38,86).

Nous avons montré par ailleurs (Estryin-Behar et al., 2004) que le facteur le plus lié à un score faible ou moyen du CREP est l'insatisfaction concernant la pénibilité physique, avec en particulier la manutention et la posture debout. En second lieu, on trouve l'insatisfaction concernant la pénibilité psychologique, avec en particulier l'impossibilité d'apprendre de nouvelles choses par le travail, estimer ne pas avoir assez de temps pour parler aux patients et ne pas pouvoir prendre une pause à un moment choisi. La troisième catégorie de facteurs les plus liés à un score faible ou moyen du CREP est le manque de soutien, d'aide et de considération des collègues. Les horaires atypiques (tôt le matin, tard l'après midi ou de nuit) sont défavorables. Les horaires de journée sont plus fréquents parmi les cadres plus âgés. Pour les soignants en horaires alternants on retrouve, ici, le classique « *healthy worker's effect* » (effet de surreprésentation des salariés en bonne santé dans un poste difficile par exclusion de ceux dont la santé a été détériorée par le poste), puisque c'est en général des soignants plus jeunes qui sont exposés. Par la suite, ils obtiennent un horaire plus favorable ou cherchent à quitter la profession lorsqu'ils supportent ces horaires plus difficilement avec l'âge. L'absence de pratique sportive, l'obésité, le tabac et l'indice de santé perçue, sont les facteurs d'hygiène de vie les plus liés à un CREP faible ou moyen. Il est possible de réduire cet ensemble de facteurs défavorables tant en ce qui concerne les conditions de travail que l'hygiène de vie. Cela permettrait de minimiser l'impact des autres facteurs que sont notamment l'âge et le nombre d'enfants.

3. Analyse : privilégier la qualité du travail

La diversité des causes mise en évidence par l'étude conduit à diversifier les solutions.

3.1. La base : le contenu et les conditions de travail, le soutien de l'encadrement

Disposer d'un bon encadrement est certes important, mais ce n'est pas suffisant. D'autres facteurs liés au contenu du travail ont une plus forte influence dans notre étude. Cela rejoint les résultats de Geiger-Brown et al. (2004) qui placent la charge excessive et le contenu du travail avant le rôle du leader comme facteur lié à la satisfaction et à la poursuite de carrière des infirmières. Actuellement, on pense que la solution pour lutter contre les départs prématurés de leur profession est d'améliorer la qualité de l'encadrement. L'étude que nous venons de mener montre que c'est une condition importante, mais pas suffisante. D'autres facteurs liés au contenu et aux conditions de travail ont une forte influence, voire une influence majeure.

Selon Sheila Englehardt, responsable du *Magnet recognition program* de l'association américaine des infirmières (ANCC), qui a débuté en 1990, « un service de soins "magnétique" est conçu et géré par un encadrement mis en valeur qui attire et retient les infirmiers compétents ». Ce programme a pour base une étude de 1982, de l'académie américaine d'études sur la pratique hospitalière qui a conclu qu'un « environnement qui soutient l'excellence est créé par un leader infirmier » (Lewis et Mathers, 1998). Il est clair qu'un encadrement qui se fait l'avocat des besoins des équipes et obtient des améliorations, qui est crédible pour l'équipe—car il explique la réalité et associe l'équipe aux décisions—est un réconfort majeur pour les soignants au chevet des

malades. Un environnement « juste » comporte des procédures développées en conjonction avec les soignants des services d'hospitalisation et mises en œuvre avec équité (Elovainio, 2002).

Dans notre étude, on constate un parallélisme entre la forte déclaration d'envie de quitter définitivement sa profession et le mauvais score de soutien reçu de la part des supérieurs pour deux des quatre établissements concernés.

Parmi les dix pays de l'étude NEXT, ceux où les soignants ayant des fonctions de supervision continuent, pour une grande part, à avoir des fonctions soignantes, ont moins de soignants souhaitant abandonner leur profession. Les fonctions de « soignant référent », ou encore de « tuteur », sont intéressantes à développer, aussi bien pour rassurer et accompagner les nouveaux soignants et les étudiants que pour reconnaître et valoriser les compétences des plus anciens.

Nous avons aussi montré sur l'ensemble de l'échantillon européen, que la crainte des erreurs est moindre chez les soignants plus anciens (Estry-Behar et al., 2006a) et que leur exposition à la violence est plus rare (Estry-Behar et al., 2007a). Ces deux difficultés sont fortement réduites lorsque la qualité du travail d'équipe est bonne (Estry-Behar et al., 2006c, 2007b).

3.2. *L'essentiel : permettre de bien faire son métier avec une organisation et des conditions de travail adaptées*

3.2.1. *Un facteur décisif dans « l'envie de partir »*

Nous avons constaté que seulement un ou deux des quatre établissements, dont les infirmiers déclarent une forte envie de partir, ont les facteurs de risque suivants :

- mauvais score de relations interpersonnelles ;
- score plus élevé de demande émotionnelle ;
- plus mauvais score d'influence au travail.

En revanche, les quatre établissements, dont les infirmiers déclarent une forte envie de partir, sont trois sur les quatre, voire même tous les quatre, à présenter de plus mauvais résultats que la moyenne sur onze facteurs de risque :

- un plus fort indice d'incertitude sur les traitements à administrer ;
- un plus fort score de *burn-out* ;
- un pourcentage bien moins élevé de satisfaction du temps de chevauchement ;
- un pourcentage bien moins élevé de satisfaction des horaires ;
- un pourcentage encore moins élevé d'influence sur ses horaires ;
- un pourcentage moins élevé d'IDE ayant un horaire de journée de type administratif ;
- un indice de fréquence de posture penchée fort ou intermédiaire ;
- un pourcentage de soignants déclarant à plus de 70 % être debout plus de six heures par jour ;
- un score moyen de conflit entre exigences du travail et vie privée plus élevé ;
- des soignants très nombreux à avoir de longs trajets ;
- plus de difficultés à trouver un logement compatible avec leur budget.

Le score de soutien reçu des collègues est très élevé dans tous les établissements et n'est pas lié à l'envie de quitter sa profession. C'est un élément fort de l'attractivité du travail soignant et une condition indispensable pour la prévention du *burn-out* (Estry-Behar, 1990, 1997 ; Maslach, 1993, 2000 ; Rodary et Gauvain-Piquard, 1993). Les nouvelles méthodes de management, visant

à la flexibilité des affectations, font courir un risque de rupture des collectifs de travail qui peut être préjudiciable à l'attractivité de l'établissement.

Les deux établissements à forte attractivité se distinguent par de bien meilleurs résultats que la moyenne pour 18 facteurs de risque.

Nous avons pu montrer, sur l'ensemble de l'échantillon européen, l'influence déterminante des temps de chevauchement pour les transmissions sur la satisfaction professionnelle (Estryin-Behar et le Nézet, 2006c, Meißner et al., 2007).

Ces résultats, comparant les établissements hospitaliers français, montrent que globalement, l'envie de partir est liée à une insatisfaction, voire une frustration, sur la façon dont les soignants concernés doivent réaliser leur travail. Cela ne peut être expliqué, au contraire, par un manque de motivation, ni par la référence à une vision idéalisée du métier parmi les jeunes.

3.2.2. *Des correctifs concrets*

Des mesures concrètes pour aider les soignants à mieux accomplir leur tâche, à lui redonner du sens, auraient donc pour effet de réduire le turn-over (Audric et Niel, 2002) et les arrêts maladie, d'améliorer la qualité des soins et de réduire les risques d'erreurs.

L'utilisation du WAI ou CREP en Finlande, a favorisé une modification des représentations concernant l'employabilité des salariés âgés, qui a permis, en dix ans, une augmentation d'un an de l'âge réel de départ en retraite moyen des Finlandais (Tuomi et al., 2001). Le programme FIN-ÂGE s'est appuyé sur la réduction de la pénibilité des postes et l'amélioration de la forme physique des salariés (Ilmarinen, 1999). En France, l'évolution démographique rend aussi nécessaire de reconsidérer l'employabilité des salariés âgés (ILO, 1986 ; Eurostat, 1997 ; Eironline ; OCDE, 1998 ; DREES, 1999 ; Coomans, 2002, Polton, 2004). Les résultats de l'étude PRESST, concernant le CREP, montrent que l'on peut agir (Estryin-Behar et al., 2004).

3.2.3. *Qualité de la vie au travail*

Les risques en matière de santé, de départs prématurés et les conséquences de ces départs semblent bien réels. Les facteurs de qualité de vie et de vieillissement normal au travail devraient attirer d'avantage l'attention des décideurs (World Health Organisation, 2002, Polton, 2004, CNRACL, 2004). C'est aussi la conclusion du département du travail américain (US Department of Labor, 2003a, 2003b) qui prescrit des approches globales de la santé et la sécurité dans les hôpitaux comme dans les maisons de retraite.

Les horaires de travail devraient être adaptés pour permettre un repos et une récupération suffisants (Queinnec et al., 1998, DREES, enquête COTAES, 2003 ; Estryin-Behar et al., 2001, 2004).

3.2.4. *Réduction des risques d'accident*

Un climat portant attention à la sécurité intégrée aide à réduire les accidents, surtout lorsque des interventions appropriées sont mises en place (Grosh, 1999). Des mesures résolues comme les « politiques d'antimanutention » et de formation à l'utilisation des outils d'aide à la manutention ont réduit les coûts des arrêts et le nombre de jours perdus (Lynch, 2000 ; Monaghan, 1998 ; Owen, 1999 ; Trinkoff, 2003 ; Brophy, 2001, Charney, 1997).

3.2.5. *Un espace de travail adéquat*

L'influence de l'aménagement de l'espace a été souligné dans cette comparaison entre établissements français. Le temps perdu à rechercher le matériel ou les informations nécessaires

peut atteindre 30 % du temps de travail au détriment des « soins personnalisés à la personne soignée », comme l'ont montré les observations ergonomiques de l'activité (Estryin-Behar et Poinignon, 1989 ; Estryin-Behar, 1996 ; Estryin-Behar et Vinck, 2002). Ce temps perdu dépend fortement de l'aménagement des services (emplacement des réserves, dimensionnement et équipement des locaux de préparation de discussion ou d'écriture et de saisie informatique. La posture debout prolongée et les postures pénibles fréquentes reflètent cette inadaptation de l'espace.

Le rapport Polton (2004) de l'Observatoire national des professions de santé consacre aussi un chapitre à l'intitulé suivant « Le milieu hospitalier, des conditions de travail globalement plus éprouvantes que dans d'autres secteurs ». En analysant les résultats de l'enquête COTAES de la DREES, Polton insiste sur les contraintes horaires (55 % des infirmiers travaillent 16 dimanches et plus par an versus 14 % de l'ensemble des salariés), la pénibilité physique (station debout prolongée 75 % versus 55 % ; port de charges lourdes 65 % versus 38 %).

3.2.6. *Organisation d'un vrai travail d'équipe*

Miller (1993) a montré que la satisfaction des soignants est plus influencée par la qualité des relations interpersonnelles et les variables structurelles du contenu du travail que par le niveau de salaire. C'est ce que nous avons également retrouvé à l'occasion des priorités mises en avant dans les réponses aux questions ouvertes situées en fin du questionnaire des soignants français (Estryin-Behar, 2004). La constitution de collectifs de travail soudés, dans une organisation sectorisée avec réunions régulières infirmiers, aides-soignants, cadres, médecins et, selon le cas, assistante sociale, diététicienne ou kinésithérapeute, a été démontrée comme particulièrement efficace pour la satisfaction des équipes et la qualité des soins. La formation continue, interne au service contribue à la cohérence des soins prodigués. Les groupes de parole animés par une personne extérieure ayant une formation spécifique et une supervision sont nécessaires dans tous les services. En effet, comprendre les réticences du malade « partenaire des soins » qui doit donner un « consentement éclairé » et observer le traitement à sa sortie pour éviter les rechutes et les complications ne sont faciles dans aucune discipline (Estryin-Behar, 1997 ; Ottenbacher, 2001).

3.2.7. *Expression des agents et qualité de la communication*

La procédure d'accréditation qui met souvent en valeur la place centrale donnée au malade dans les établissements accrédités, doit être l'occasion de permettre, au sein des équipes, une parole qui soit garante de la cohérence dans l'accompagnement des malades. La qualité des soins, telle que Virginia Henderson la conçoit, nécessite de confronter les informations recueillies par les divers membres de l'équipe pour un plan de soins rigoureusement débattu, spécifiquement adapté et avec un soignant référent soutenu par le reste de l'équipe.

Plusieurs synthèses bibliographiques (Estryin-Behar, 1996, 1997, 1999 ; Hasselhorn, 1999 ; Vicar, 2003) ont souligné la nécessité de l'action préventive à travers le développement de collectifs de travail soudés disposant de temps de communication entre eux. Ils ont aussi insisté sur la nécessité de réduire la pénibilité physique et l'imprévisibilité des horaires de travail. Polton (2004) souligne la crainte des erreurs à conséquences lourdes (73 % versus 38 %) et les tensions avec les supérieurs (39 % versus 31 %). En revanche, Polton relève l'aspect très positif de la coopération entre collègues (89 % déclarent pouvoir être aidés en cas de travail délicat contre 69 % de l'ensemble des autres secteurs). Mais, comme l'explique le rapport Piquemal

(2003), les tensions à l'intérieur des équipes se sont accrues avec la diminution des temps de « chevauchement ».

3.3. *Le complément : le lien avec la vie de famille*

3.3.1. *Logement et trajet*

Les problèmes de logements et de trajet sont aussi déterminants dans notre étude pour les établissements situés au centre des villes. Selon les recherches du *King's Fund* sur un total de 33 hôpitaux de court séjour londoniens, en 1999/2000, 19 ont eu des taux de turn-over d'un quart de l'effectif infirmier diplômé ou plus (Buchan et al., 2004). Les sept hôpitaux du centre de Londres ont tous des taux de plus d'un tiers et jusqu'à 38 % de turn-over par an. Les cinq établissements avec un turn-over inférieur à 20 % sont tous hors du centre-ville. Cette étude a aussi montré des taux de turn-over plus élevés dans les centres-villes de Birmingham et Manchester que dans les banlieues de ces villes. Dans tous les cas, les hôpitaux universitaires ont eu des taux de turn-over plus élevés que la moyenne.

Le service public de santé britannique (NHS) essaie actuellement de faire face aux logements à coût prohibitif, aux transports publics inadaptés et au coût élevé des gardes d'enfants qui empêchent les infirmiers de travailler dans les centres-villes et encore plus au centre de Londres. Le manque de logements compatibles avec le budget des infirmiers doit être combattu par des possibilités de logements subventionnés et par des *joint-ventures* avec des associations gérant des logements.

3.3.2. *Vie familiale*

Les difficultés d'équilibre vie de famille–vie de travail ont un rôle de premier plan dans l'envie d'abandonner sa profession (Gottlieb et al., 1996 ; Burke et Greenglass, 2001). Dans de nombreux pays, le recours au temps partiel a été une possibilité pour faire face à la pénibilité du travail, en particulier aux horaires atypiques (Aiken et Patrician, 2000 ; Shamian et al., 2002). L'enquête NEXT montre un bien plus grand recours au temps partiel aux Pays-Bas ou en Belgique qu'en France.

4. Conclusion

La mobilité croissante des infirmiers (Audric et Niel, 2002 ; Polton, 2004) met bien en évidence que les infirmiers mettent en concurrence les employeurs. L'attractivité d'un établissement et ses possibilités de conserver des soignants satisfaits jusqu'à l'âge de la retraite passe par une politique active de santé au travail.

L'association des soignants (de l'aide-soignant au médecin) à la définition de la qualité des espaces de travail, lors des réaménagements ou des nouvelles constructions, pour permettre une organisation qui facilite la qualité des soins, devient une priorité. Les démarches de formations–actions ergonomiques doivent se développer. Elles permettent d'arriver à un diagnostic partagé au niveau du service et de l'établissement, comme la circulaire de mise en œuvre des CLACT (contrats locaux d'amélioration des conditions de travail), du 26 mars 2007, le prévoit. Il s'agit, selon cette circulaire de « construire des projets de réduction de la pénibilité du travail, de jour comme de nuit, tant pour la charge physique que psychologique » en agissant sur l'aménagement des postes de travail et les rythmes de travail pour faciliter l'exercice professionnel et mieux concilier vie professionnelle et personnelle.

L'investigation PRESST et cette comparaison entre hôpitaux français fournit une intéressante base d'actions de promotion de la santé au travail, favorisant le maintien de la capacité professionnelle tout au long de la carrière des paramédicaux ⁴.

Annexe : Références

Audric S, Niel X, (2002). La mobilité des professionnels de santé salariés des hôpitaux publics. **DREES** Etudes et Résultats n° 169.

Buchan J, Finlayson B, Pippa Gough, In *Capital Health? Creative solutions to London's NHS workforce challenges*, **King's Fund publications** on 020 7307 2591, or online by visiting www.kingsfund.org.uk/publications.

Camerino D, Conway PM, Van der Heijden BI, Estryn-Behar M, Consonni M, Gould D, Hasselhorn HM, and the NEXT Group, (2006). Low perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries. **J. Advanced Nursing**, 56 (5):542–52.

DREES, (1999). Les infirmiers en activité : croissance des effectifs à un rythme moins élevé dans les 20 prochaines années. *Études et Résultats*, **DREES**, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 12.

EUROSTAT, (1998). Labour Force Survey. Results 1997. Theme 3, Population and Social Conditions.

Estryn-Béhar M, Poinsignon H, (1989). Travailler à l'hôpital, Ed. **Berger-Levrault**, Paris, 1989, 189 pages.

Estryn-Béhar M, (1996). Ergonomie hospitalière, Théorie et pratique, Éditions **ESTEM**, Paris, 568 pages.

Estryn-Béhar M, (1997). Stress et souffrance des soignants à l'hôpital, Paris, **ESTEM**, 245 p.

Estryn-Béhar M, (2001). Interface entre les normes et les référentiels et l'activité de travail réelle des soignants. *Revue du Haut Comité de la santé publique*, **ADSP** n° 35, juin : 71–73.

Estryn-Behar M, Vinck L, (2002). La relation de soins à l'hôpital, entre une ardente obligation et une ardente contradiction. In *La relation de service*, sous la direction de Hubault F. **Octarès** ed.

Estryn-Behar M, Le Nézet O, Loriol M, Bedel M, Cantet-Bailly N, Charton-Promeyrat C, Crave S, Cuénot E, Heurteux P, Négri JF, Valentin R, Vambana M, Ben-Brik E, Caillard JF, (2004). La situation des cadres de santé en France et comparaisons européennes **Soins cadres** supplément au N° de novembre, 41 pages.

Estryn-Behar M, Le Nézet O, van der Heijden B, van der Schoot E, Camerino D, Conway PM, Hasselhorn H-M, et le NEXT-Study Group, (2006a). Interactions entre qualité et facteurs humains dans les soins - Facteurs liés à la crainte des erreurs parmi les infirmiers, **Gestions hospitalières**, 364–372.

Estryn-Behar M, Le Nézet O, (2006b). Plaidoyer pour les transmissions orales, **Journal de l'association des directeurs d'hôpital**, 6, 37–40.

⁴ Cette publication a bénéficié de la contribution de L Boué, C. Charton-Promeyrat, A Charbonnier, P. Heurteux, E. Sanna-Bouthier. Nous remercions tout particulièrement les directions et les agents des 61 établissements concernés par 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 ;
- de l'association Notre Dame de Bon-Secours.

Estryin-Behar M, Le Nezet O, (2006c). Insuffisance du travail d'équipe et *burn-out* prédicteurs majeurs de l'intention de quitter la profession infirmière dans les différents groupes d'ancienneté professionnelle– Analyse de l'étude PRESST-NEXT pour la France, **Soins cadres** numéro Hors série n° 2 octobre, 2–14.

Estryin-Béhar M, Duville N, Menini ML, Camerino D, Conway PM, Le Foll S, Le Nezet O, Bocher R, van der Heijden B, Conway PM, Hasselhorn HM, et le NEXT-Study Group, (2007a). Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins – Résultats de l'enquête européenne Presst-Next, **La Presse Médicale**, 36 ; 21–35.

Estryin-Behar M, van der Heijden B, Oginska H, Camerino D, Le Nezet O, Conway PM, Fry C, Hasselhorn H-M, & the NEXT-Study Group, (2007 b). The impact of social work environment, teamwork characteristics, *burn-out* and personal factors upon intent to leave among european nurses. **Medical care**, accepté pour publication octobre.

Hasselhorn H.-M., Tackenberg P., Müller B.-H., and the NEXT study group, (2003). *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*, 2003, Rapport **Saltsa** n° 2003–7, 258 p.

International Labour Organisation (ILO), (1986). Recommendation 157 concerning employment and conditions of work for nursing personnel. **International Labour conventions and recommendations**, 1919–1981. Geneva; International Labour Office.

Lewis CK, Mathers JH, (1998). Magnet program designates exceptional nursing services. **Am J Nurs.** 98, 12, 51–52.

Meißner A, Hasselhorn HM, Estryin-Behar M, Le Nézet O, Pokorski J, Gould D, (2007). Nurses' perception of shift handovers in Europe – results from the European Nurses-Early-Exit-Study. **J. Advanced Nursing**.

Miller JO and Carey SJ, (1993). Work role inventory: A guide to job satisfaction. **Nursing Management**, 24(1), 54–56, 60, 62.

Piquemal A, (2003). Rapport de la mission nationale d'évaluation. Disponible sur le site du Ministère de la santé www.sante.gouv.fr.

Polton D, (2004). Rapport de l'ONDPS (Observatoire national des professions de santé, 2004 **IRDES** : Institut de recherche et Documentation en Economie de la santé.

Rodary C et Gauvain-Piquard A, (1993). Le stress et épuisement professionnel. **Objectif Soins**, 16 :26–34.

De Troyer M, (2000). *Le secteur hospitalier en Europe*, ateliers « Travailler sans limite ? Réorganiser le travail et reconsidérer la santé des travailleurs ». Conférence **TUTB-SAL TSA**, Bruxelles, du 25 au 27 septembre.

Tuomi K, Huuhtanen P, Nykyri E, Ilmarinen J, (2001). Promotion of work ability, the quality of work and retirement. **Occup. Med.**, 51, 5 : 318–324.

U.S. Department of Labor, Occupational Health and Safety Administration, (2003a et 2003b). Guidelines for nursing homes: Ergonomics for the prevention of musculoskeletal disorders, Retrieved March 31, 2003, from <http://www.osha.gov/ergonomics/guidelines/nursinghome/index.html>.

World Health Organisation, (2002). Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services. Geneva: **World Health Organisation**.