



Promouvoir la santé des soignants

Plus d'un sur dix veut abandonner sa profession

La population européenne vieillit, les soignants aussi ! Pour que les soignants expérimentés n'abandonnent plus leur métier, il faudrait une meilleure organisation du travail en équipe, un soutien psychologique, une prise en compte de la pénibilité du travail, etc. selon les enseignements de l'étude Presst-Next.



Madeleine Estryn-Béhar*, Dominique Muster**

* Praticien hospitalier, médecin du travail, service central de médecine du travail de l'AP-HP, Hôtel-Dieu, 75004 Paris.

** Médecin du travail, CH de Haguenau, 67500 Haguenau, représentant de l'Association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux (ANMTEPH) au comité de suivi national.

Le vieillissement des Européens va bouleverser la façon d'exercer les professions soignantes. Dans la population, la part de personnes jeunes en âge de travailler ne cessera pas de décroître jusqu'en 2020^(1,2), la part de personnes actives, mais âgées de plus de 45 ans, augmente d'ores et déjà. En 2030, il y aura plus de 22,3 millions d'Européens entre 65 et 79 ans, soit un accroissement de 37,4 %, et plus de 12,6 millions de personnes de 80 ans⁽³⁾. Il y aura donc de plus en plus de patients à soigner ; et l'on peut craindre de disposer de moins en moins de soignants pour le faire.

Actuellement, en Europe, 10 % de la population active travaille dans le secteur de la santé (7 % dans les hôpitaux)⁽⁴⁾. Ces travailleurs sont soumis à une forte pression dans un environnement à risques multiples pour leur santé : trou-

bles musculosquelettiques, risques infectieux (comme les accidents exposant au sang), risques psychosociaux (comme le *burn out*), horaires atypiques. C'est pourquoi la santé et la promotion de la santé des soignants doivent être considérées comme une priorité pour les gestionnaires du système de santé. En effet, l'efficacité des institutions sanitaires et sociales dépend fortement de la santé des équipes qui en assurent le fonctionnement en continu (arrêts maladie, risque d'erreurs, départs prématurés des soignants...). De plus, les directions de ces institutions se doivent d'assurer la promotion et le maintien de la santé de leurs salariés.

C'est pourquoi il est nécessaire d'établir des données de référence pour élaborer des stratégies, des programmes et des instruments de mesure pour améliorer la santé des salariés du secteur de soins en construisant des partenariats entre différentes organisations, institutions, et les unités de soins elles-mêmes.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE EUROPÉENNE PRESS-NEXT

L'étude européenne PRESS-NEXT a permis de recueillir de telles données de référence à partir desquelles il serait possible d'évaluer les actions de promotion de la

santé des soignants et la qualité de leurs prestations dans dix pays européens⁽⁵⁻⁷⁾.

Le questionnaire initial (Q0) a été envoyé, en Europe, à 77 681 soignants de toutes qualifications. Le taux de réponse global est de 51,4 %, soit 39 898 répondants. La partie longitudinale de l'étude comportait un deuxième questionnaire transmis, douze mois après le premier (Q12), à tous les soignants restés dans la même institution. Il a recueilli 25 000 réponses dans les huit pays ayant poursuivi l'étude.

Les résultats européens de l'étude PRESST-NEXT et ceux des 7 000 soignants français⁽⁸⁾ ont été présentés lors du colloque « Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe ».

La place des coordinateurs médicaux de pôle dans l'organisation du travail soignant a été développée dans le cadre des réformes en cours. Il est fondamental que les priorités ayant émergé de cette étude soient présentées de façon synthétique à ces médecins responsables.

Au niveau européen, peu d'applications directes sur le terrain ont encore vu le jour. En Belgique, un programme de promotion de l'attractivité des hôpitaux a été mis en œuvre mettant l'accent sur la valorisation de la compétence infirmière. En Finlande, l'accent a été mis sur l'ergonomie et la suppression de la manutention des malades⁽⁹⁾, comme dans le rapport de *Health first Europe*⁽³⁾.

Plus d'un soignant sur dix a l'intention d'abandonner sa profession ou de changer d'établissement

Malgré le départ d'une partie des soignants ayant déclaré une forte intention de partir lors de l'enquête initiale, les soignants toujours dans le même établissement un an après sont encore 13,1 % à penser au moins une fois par mois à abandonner leur profession (tableau 1). Ils

étaient 15,4 % dans la première enquête. Ces chiffres sont voisins en France (13,3 % et 15,4 %). L'intention de changer d'établissement est la première étape en cas d'insatisfaction professionnelle. Les soignants toujours dans le même établissement, un an après, sont encore 18,7 % à penser au moins une fois par mois à changer d'établissement. Ils étaient 23,3 % dans la première enquête. Ce phénomène est plus important en France (24,7 % et 33,1 %), où la part prise par la région parisienne dans la formation des soignants explique aussi un plus grand retour vers les régions d'origine (ce modèle centralisé existe moins dans les autres pays européens).

Les facteurs liés à l'intention d'abandonner son métier restent les mêmes à un an d'intervalle

La faiblesse du travail d'équipe est le facteur le plus important. Il apparaît, dans les deux enquêtes réalisées à un an d'intervalle, sur l'échantillon européen, que le facteur ayant le plus d'influence sur l'intention d'abandonner la profession est la faiblesse du travail d'équipe. Elle sextuple cette intention dans l'enquête initiale et la quintuple dans l'enquête un an après.

Le burn out ou l'épuisement professionnel double l'intention d'abandon dans les deux enquêtes et son influence s'accroît (OR = 2,19 en 2003 et OR = 2,30 en 2004).

Le rôle des conflits entre travail et vie personnelle s'accroît entre les deux enquêtes (OR = 1,44 en 2003 et OR = 1,69 en 2004).

De faibles possibilités de développement professionnel augmentent d'une fois et demie l'intention d'abandonner aux deux enquêtes.

Les troubles de la santé mentale augmentent d'une fois et demie l'intention d'abandonner, alors que les troubles musculo-squelettiques ont une influence minime parmi

TABEAU 1 INTENTION D'ABANDON ET DE CHANGEMENT D'ÉTABLISSEMENT DES SOIGNANTS EUROPÉENS À UN AN D'INTERVALLE

		BE	DE	FIN	FR	GB	IT	N	NL	POL	SLK	Total	p
Intention d'abandon Q0	Non ou rare (%)	90,2	81,6	85,8	84,6	63,8	79,3	88,1	91,2	89,0	88,3	84,6	
	Fréquent (%)	9,8	18,4	14,2	15,4	36,2	20,7	11,9	8,8	11,0	11,7	15,4	
	N	4 257	3 565	3 970	5 376	2 578	5 645	2 733	4 024	4 354	3 396	39 898	
Intention de changer d'établissement Q0	Non ou rare (%)	84,8	77,6	86,7	66,9	60,5	61,9	82,3	81,9	86,9	82,8	76,7	
	Fréquent (%)	15,2	22,4	13,3	33,1	39,5	38,1	17,7	18,1	13,1	17,2	23,3	
	N	4 257	3 565	3 970	5 376	2 578	5 645	2 733	4 024	4 354	3 396	39 898	
Intention d'abandon Q12	Non ou rare (%)	93,2	82,3	86,2	86,7		81,9		92,9	86,9	88,2	86,9	
	Fréquent (%)	6,8	17,7	13,8	13,3		18,1		7,1	13,1	11,8	13,1	
	N	2 755	2 357	2 791	2 427		3 717		2 339	4 050	1 023	21 459	< 0,001
Intention de changer d'établissement Q12	Non ou rare (%)	89,6	81,2	79,9	75,3		76,4		87,9	79,6	86,2	81,3	
	Fréquent (%)	10,4	18,8	20,1	24,7		23,6		12,1	20,4	13,8	18,7	
	N	2 695	2 358	2 804	2 363		3 665		2 371	4 055	996	21 307	< 0,001

Comparaison de % par le test de Khi carré de Pearson.



vie professionnelle

les répondants au questionnaire initial et aucune parmi ceux ayant répondu un an plus tard.

En France, un score de santé globale similaire d'une enquête à l'autre

Le score de santé globale s'est légèrement dégradé, passant d'une moyenne de 64,21 à 61,74 après un an. La situation est moins bonne en Allemagne, France et Italie,

et beaucoup moins bonne en Pologne et Slovaquie (tableau 2). Il est à souligner que le score est resté assez voisin en France entre les deux enquêtes (63,93 et 63,62). En revanche, il a nettement baissé en Pologne et Slovaquie (Pologne 55,26 et 51,24 ; Slovaquie 56,21 et 53,99), où le recrutement de soignants par les pays européens plus riches a pu entraîner le départ des soignants en meilleure santé.

TABLEAU 2 SANTÉ DES SOIGNANTS EUROPÉENS. ÉVOLUTION À UN AN D'INTERVALLE

		Résultats du questionnaire longitudinal Q12									Questionnaire initial Q0	
		BE	DE	FIN	FR	IT	NL	POL	SLK	Total	p	Résultats d'ensemble Q0
Âge	Moyenne	38,25	39,39	44,93	38,59	39,50	39,65	38,20	39,34	39,68	< 0,001	40,01
	Écart type	9,06	9,23	9,30	9,87	7,72	9,87	7,64	8,63	9,04		9,33
	N	2 831	2 516	2 925	2 604	3 997	2 425	4 434	1 463	23 195		39 029
Score de santé globale	Moyenne	66,70	63,48	66,02	63,62	61,79	69,57	51,24	53,99	61,74	< 0,001	64,21
	Écart type	17,13	18,63	18,78	18,78	17,63	15,94	16,90	17,65	18,68		19,43
	N	2 780	2 468	2 896	2 545	3 772	2 401	4 195	1 315	22 372		36 129
Durée moyenne d'arrêt maladie	Moyenne	7,27	10,05	10,22	7,62	7,03	9,67	4,11	3,64	7,34	< 0,001	7,91
	Écart type	22,00	24,77	26,15	28,47	17,68	31,79	14,81	11,40	22,70		23,3
	N	2 853	2 538	2 941	2 627	4 087	2 427	4 547	1 497	23 517		37 117
Score de handicap lié aux lombalgies	Moyenne	0,95	1,44	0,95	1,13	1,26	0,44	1,33	1,30	1,11	< 0,001	1,16
	Écart type	1,48	1,75	1,60	1,66	1,67	1,14	1,57	1,64	1,60		1,62
	N	2 756	2 440	2 734	2 488	3 587	2 366	3 993	1 324	21 688		32 411
Burn out	Moyenne	2,03	2,45	2,33	2,22	2,44	1,66	2,81	2,75	2,36	< 0,001	2,43
	Écart type	0,82	0,93	0,85	0,89	0,99	0,63	1,04	0,91	0,97		0,91
	N	2 790	2 503	2 894	2 563	3 816	2 403	4 274	1 347	22 590		38 859

Comparaison de moyenne par Anova.

TABLEAU 3 ORGANISATION DU TRAVAIL ET SATISFACTION DES SOIGNANTS EUROPÉENS. ÉVOLUTION À UN AN D'INTERVALLE

		Résultats du questionnaire longitudinal Q12									Questionnaire initial Q0	
		BE	DE	FIN	FR	IT	NL	POL	SLK	Total	p	Résultats d'ensemble Q0
Score de satisfaction professionnelle	Moyenne	2,82	2,50	2,68	2,57	2,49	2,85	2,32	2,45	2,57	< 0,001	2,61
	Écart type	0,45	0,55	0,50	0,53	0,59	0,40	0,56	0,53	0,55		0,54
	N	2 798	2 505	2 885	2 539	3 845	2 387	4 356	1 354	22 669		38 936
Q12 pression temporelle	Moyenne	3,24	3,36	3,31	3,23	3,15	2,89	3,41	3,44	3,25	< 0,001	3,26
	Écart type	0,59	0,63	0,58	0,66	0,63	0,55	0,63	0,58	0,63		0,63
	N	2 808	2 483	2 907	2 563	3 913	2 405	4 398	1 393	22 870		39 277
Q12 possibilités de développement	Moyenne	3,50	3,52	3,51	3,34	3,10	3,40	3,11	3,32	3,32	< 0,001	3,85
	Écart type	0,60	0,60	0,59	0,68	0,69	0,57	0,63	0,65	0,65		0,76
	N	2 823	2 493	2 919	2 589	3 950	2 415	4 438	1 416	23 043		39 423
Q12 conflit travail/famille	Moyenne	2,81	2,71	2,69	2,90	3,14	2,12	2,43	3,31	2,73	< 0,001	2,68
	Écart type	0,98	0,99	1,01	0,99	0,96	0,81	0,99	1,05	1,03		1,06
	N	2 806	2 491	2 902	2 573	3 876	2 399	4 331	1 338	22 716		36 255

Comparaison de moyenne par Anova.

L'âge moyen est quasi identique entre les deux enquêtes, comme l'est le score de *burn out* et celui d'invalidité lié aux lombalgies.

L'état de santé des soignants allemands est celui qui est le plus préoccupant, avec un score de *burn out* plus élevé, un score de handicap lié aux lombalgies plus fort et une durée moyenne d'arrêt plus longue. Les problèmes de santé physique et mentale des soignants polonais et slovaques sont les plus sévères, mais ils déclarent moins de jours d'arrêt maladie. La santé des soignants néerlandais est la meilleure.

L'organisation du travail a peu évolué dans un sens favorable à la prévention

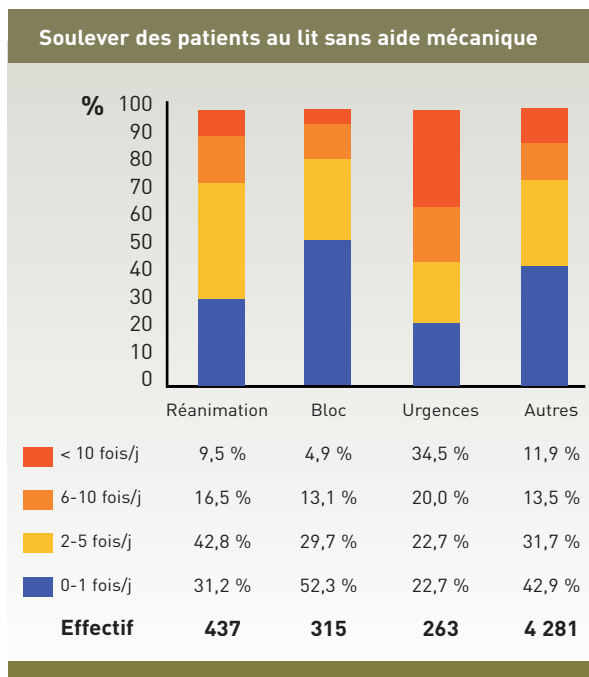
On constate entre les deux enquêtes une légère dégradation de la satisfaction professionnelle et des possibilités de développement (*tableau 3*). Le score de pression temporelle est identique. En revanche, le score de conflit entre le travail et la vie de famille est nettement plus élevé.

Les soignants français se situent très près de la moyenne européenne dans le questionnaire longitudinal, sauf pour le score de conflit entre le travail et la vie de famille : leur score est le plus élevé, avec la Slovaquie (2,90 et 3,31 respectivement contre 2,12 aux Pays-Bas).

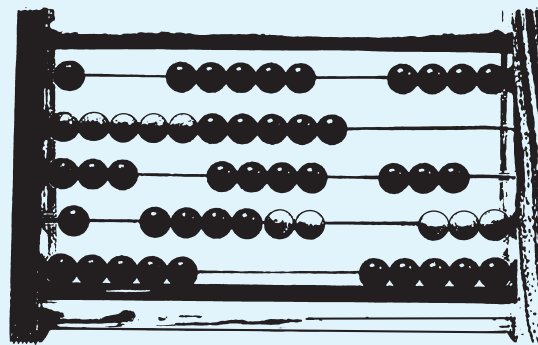
VALORISER LE TRAVAIL AU QUOTIDIEN

Il résulte de ces travaux que les troubles de la santé mentale augmentent d'une fois et demie l'intention

d'abandonner le métier de soignant, alors que les troubles musculo-squelettiques ont une influence minime (*tableau 4*). Ainsi, les établissements sanitaires et sociaux voient partir leurs soignants très motivés et épuisés émotionnellement, lorsqu'ils trouvent à se reconverter. En revanche, ils gardent ceux qui souffrent de troubles mus-



Comment
gérer sa FMC
les yeux
fermés ?



Vous pouvez toujours
essayer le boulier
ou tourner la page ...



culo-squelettiques et qui préfèrent conserver un poste avec une garantie d'emploi, car leur invalidité partielle pourrait constituer une entrave à la recherche d'un autre emploi.

En France, le rapport de 2004 de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) souligne la prise de conscience encore trop faible des enjeux liés à la problématique de cette gestion ⁽¹⁰⁾, ce qui n'est pas le cas en Finlande ⁽¹¹⁾.

Les difficultés expliquant l'inadéquation du travail soignant avec la situation des soignants plus âgés n'ont commencé à être véritablement étudiées que depuis quelques années ^(12,13). Force est de constater cependant que certaines réorganisations hospitalières, en cours dans de nombreux pays, tiennent peu compte des besoins réels au niveau du travail d'équipe des soignants afin que ces derniers puissent à la fois être satisfaits de leur travail et le poursuivre en bonne santé ⁽¹⁴⁾. Il en résulte que ces réorganisations ne sont pas toujours aussi efficaces que l'on pouvait le penser ^(15,16).

Le comité de suivi de l'étude PRESST-NEXT en France a réfléchi aux principales pistes d'amélioration. Un consensus s'est fait sur 11 priorités, qui devraient être mises en œuvre dans certains des sites partenaires de l'étude (*encadré*). Ces pistes rejoignent

celles issues de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier sur le temps de travail des soignants et l'organisation des services de soins dans les hôpitaux et cliniques ⁽¹⁷⁾. Une enquête similaire pour les médecins et les pharmaciens a été lancée avec un remplissage en ligne sur le site <http://www.presst-next.fr/SESMAT/>

Quoi qu'il en soit, il apparaît bien clairement que la santé des soignants doit prendre plus de place dans les préoccupations des décideurs ⁽¹⁸⁾. Enfin, leur travail au quotidien doit être valorisé aussi bien auprès du grand public que dans la presse professionnelle : c'est précisément le but de la campagne lancée en octobre 2006 par le ministère de la Santé et des Solidarités. ♦

RÉFÉRENCES

1. EUROSTAT. *Labour Force Survey. Results 1997. Theme 3, Population and social conditions. Series C, Accounts and surveys. Office for official publications of the European Communities, Luxembourg 1998b.*
2. OCDE-OECD. *Work-force ageing in OECD countries. Employment outlook, Chapter 4, 1998, 123-51.*
3. *Health first Europe: 2050: a health odyssey.* 2006, 72 p. www.healthfirsteurope.org
4. Van Caelenberg B. *Invest in health care workers in 2050: a health odyssey.* *Health first Europe;2006:56-9, www.healthfirsteurope.org*
5. Estryin-Bébar M, Le Nézet O, Jasseron C, et al.; and the NEXT-

TABLEAU 4 ANALYSE MULTIVARIÉE DES FACTEURS LIÉS AVEC L'INTENTION D'ABANDONNER LA PROFESSION (IAP) PARMIS LES INFIRMIERS DIPLÔMÉS D'ÉTAT ET LES SPÉCIALISÉS SANS FONCTION D'ENCADREMENT DANS 10 PAYS EUROPÉENS POUR Q0 ET 8 PAYS EUROPÉENS POUR Q12. ÉTUDE LONGITUDINALE

		Questionnaire initial (Q0) IAP = 2 799/19 529			Questionnaire après 12 mois (Q12) IAP = 1 654/13 007		
		N	adj. OR ⁽¹⁾ p	IC à 95 %	N	adj. OR p	IC à 95 %
Score de qualité du travail d'équipe	Élevée	5 218	1		3 811	1	
	Moyenne	8 224	2,39 ***	2,03 – 2,82	5 257	2,13 ***	1,73 – 2,62
	Mauvaise	6 087	6,32 ***	5,36 – 7,46	3 939	5,04 ***	4,08 – 6,23
Score de possibilités de développement	Élevées	6 498	1		4 239	1	
	Moyennes	5 602	1,07 NS	0,94 – 1,20	3 956	1,07 NS	0,90 – 1,26
	Faibles	7 429	1,48 ***	1,33 – 1,64	4 812	1,52 ***	1,30 – 1,78
Score de conflit travail /famille	Faible	5 910	1		4 813	1	
	Moyen	6 586	1,12 NS	0,99 – 1,28	3 786	1,18 *	1,01 – 1,38
	Élevé	7 033	1,44 ***	1,27 – 1,63	4 408	1,69 ***	1,46 – 1,96
Burn out	Faible	6 940	1		4 249	1	
	Moyen	6 361	1,43 ***	1,25 – 1,62	4 628	1,34 ***	1,13 – 1,60
	Élevé	6 228	2,19 ***	1,92 – 2,50	4 130	2,30 ***	1,93 – 2,76
Troubles de la santé mentale	Non	15 818	1		10 402	1	
	Oui, diagnostic personnel	2 747	1,35 ***	1,21 – 1,52	2 015	1,33 ***	1,15 – 1,52
	Oui, diagnostic médical	964	1,68 ***	1,43 – 1,99	590	1,50 ***	1,21 – 1,87
Troubles musculo-squelettiques	Non	9 185	1		6 299	1	
	Oui, diagnostic personnel	4 806	0,99 NS	0,88 – 1,10	3 131	1,04 NS	0,90 – 1,19
	Oui, diagnostic médical	5 538	1,19 ***	1,07 – 1,33	3 577	1,11 NS	0,96 – 1,27

NS : non significatif ; * : p < 0,05 ; ** : p < 0,01 ; *** : p < 0,001.

1. Ajustés sur le sexe, l'âge, le grade, spécialisé ou non, les heures supplémentaires, la durée hebdomadaire de travail.

- Study Group. Health and satisfaction of healthcare workers in France and in Europe. Presentation of early exit results of the PRESS-NEXT study; 37 p. www.prest-next.fr*
6. Estryn-Bébar M, Le Nézet O, Duville N, et al. Résultats de l'étude PRESS-NEXT Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Prévention des départs prématurés de la profession. 64 p. www.prest-next.fr
 7. Hasselhorn HM, Tackenberg P, Müller BH, and the NEXT study group. Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Rapport Saltsa n° 2003-7, 258 p.
 8. Poindron PY. Soignants : les attentes déçues. *Concours Med* 2005;127:1288-9.
 9. Tamminen PL. Patient handling ergonomics in Finland Finnish institute of occupational health publication 2005, www.ralphart.sigmatic.fi/tamminen
 10. Delabaye-Guillocheau V, Flamant P, Jeandet-Mengual E, et al. Gestion des âges dans le secteur sanitaire et social. Rapport de l'IGAS n° 2004057, mai 2004, 122 p.
 11. Ilmarinen J. Ageing workers in the European Union-Status and promotion of work ability, employability and employment. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, 1999.
 12. Estryn-Bébar M. Ergonomics and health care, Encyclopaedia of occupational health and safety, fourth edition, International Labour Office, Geneva. Ergonomics of the physical work environment 1997;29-97:33, Work Schedules and Night work in health care 1997;22-97:26, Strain in health care work 1997;17-97:22, Hospital ergonomics: a review 1997;13-97:17.
 13. Estryn-Bébar M. Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Paris, ESTEM, 1997 ;245 p.
 14. de Pourvoirville G. Rationaliser le système de soins : efficacité et équité, Paris; Quelle médecine voulons-nous ? La Dispute 2002:55-74.
 15. Ottenbacher KJ, Smith PM, Illig SB, et al. Length of stay and hospital readmission for persons with disabilities. *Am J Public Health* 2000;90:1920-3.
 16. Estryn-Bébar M. Interface entre les normes et les référentiels et l'activité de travail réelle des soignants. *Rev Haut Comité de santé publique* 2001;35,71-3.
 17. Moisson JC, Tonneau D, Lucas A. Le temps de travail des soignants et l'organisation des services de soins dans les hôpitaux et cliniques. Rapport de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Paris, MEAH 2005, 59 p.
 18. Estryn-Bébar M, Van der Heijden B, et al. The Impact of Social Work Environment, Teamwork, Characteristics, Burnout, and Personal Factors Upon Intent to Leave Among European Nurses, *Medical Care*, octobre 2007; 45:939-50.

11 priorités

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

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Santea.com

Réponse sur **www.santea.com**

The screenshot shows the Santea.com website interface. At the top, there are several navigation links: "Dans les domaines thérapeutiques de spécialités", "Faites votre FMC", "Vidal en ligne", and "Toutes les formations, tous les services". The "Faites votre FMC" section is highlighted with a red circle and contains three sub-sections: "Congrès FMC", "Adhésions FMC", and "L'obligation de FMC". The "Vidal en ligne" section is also visible, with a link to "VIDAL".

Santea.com : en quelques clics, toutes les réponses aux questions quotidiennes d'un professionnel de santé qui souhaite se simplifier la vie.

sanofi aventis
L'essentiel c'est la santé.