



REVUE DE LA LITTÉRATURE :

COMPRENDRE ET AGIR SUR LE MAL-ETRE DES SOIGNANTS

Octobre 2023

Ce document a été élaboré par l'association May'santé LAB dans le cadre de l'organisation d'une soirée dédiée à la santé des soignants le mercredi 15 novembre 2023 à l'Espace Mayenne (Laval).

C'est dans l'objectif de préserver et fidéliser les ressources médicales et paramédicales en exercice sur le département de la Mayenne, territoire faiblement doté, que May'Santé LAB a organisé cette soirée « Les soignants face au stress » à destination des professionnels de santé libéraux et salariés. Ce temps fort s'inscrit dans une approche de prévention secondaire et a pour objectif d'aborder le sujet du stress et les approches pour y faire face en travaillant sur les stratégies d'adaptation aux sources de stress, en renforçant la résistance au stress et/ou en soulageant les symptômes liés au stress.

Table des matières

I. Contexte et définitions.....	1
I A. Complexité du travail : perspectives sociologiques, statut, identité humaine et impacts sociaux chez les professionnels de santé	1
I B. La santé au travail : concepts et approches.....	3
II. Mal-être et épuisement professionnel des soignants	6
II A. Données relatives à l'épuisement professionnel des soignants	6
II B. Les facteurs de l'épuisement professionnel des soignants	7
II C. Focus sur la qualité de vie des étudiants.....	11
III. Organisation et conditions de travail des soignants.....	12
III A. Exercer dans le secteur libéral en Pays de la Loire	12
III B. Exercer dans le secteur salarié	14
III C. Focus sur l'impact de la pandémie du Covid-19.....	15
IV. Les orientations en vigueur pour améliorer la qualité de vie et les conditions de travail des professionnels de santé	16
IV A. Inscrire la QVCT au cœur des politiques sociales	17
IV B. Observer et mesurer.....	17
IV C. Organisation du travail	18
IV D. Donner aux soignants les moyens d'agir sur la QVCT	20
IV E. Gestion des emplois et carrières.....	21
IV F. Prévenir et gérer les conflits et situations complexes.....	22
IV G. Améliorer la détection et la prise en charge des soignants en souffrance.....	22
IV H. Développer une offre de services adaptés.....	24
V. Comment agir ?.....	25
V A. Lutter contre la banalisation du stress pour mieux repérer les situations d'épuisement professionnel	25
V B. Agir en prévention primaire, secondaire et tertiaire.....	25
VI. Bibliographie	28
VII. Annexes	38

I. Contexte et définitions

I A. Complexité du travail : perspectives sociologiques, statut, identité humaine et impacts sociaux chez les professionnels de santé

Le travail est défini comme un **moyen d'identification identitaire**, de construction sociale, de subsistance des individus et de construction de la dignité. Les dimensions du **sens au travail** sont explorées ici, notamment le développement personnel, l'unité avec les autres, le service aux autres et l'expression du potentiel.

Les évolutions sociales et technologiques ont profondément modifié la vision du travail et de certaines professions de santé. Les jeunes générations cherchent plutôt la quête de sens, de valeurs, d'aspirations mais aussi d'équilibre travail/famille.

La notion du travail est une notion complexe qui peut varier en fonction des perspectives théoriques et des contextes socioculturels. En sociologie, le travail renvoie à **l'ensemble des activités humaines qui contribuent à la production de biens et de services** nécessaires pour la survie [1]. La sociologie du travail s'intéresse non seulement aux aspects économiques mais aussi aux dimensions sociales, culturelles et symboliques, aux rapports de pouvoir, aux conditions de travail, aux impacts et aux enjeux politiques.

Le travail joue en effet un rôle important dans l'affirmation de l'identité humaine. Au fil des évolutions sociales, **la perception du travail a profondément changé.** Autrefois considéré comme **une valeur morale incontestable**, il est désormais devenu **un moyen d'assurer son existence** et de « favoriser son épanouissement personnel » [2] pour reprendre ainsi les mots de Julia de Funès. La perception du travail chez les jeunes générations a évolué de manière significativement distincte par rapport à leurs aînés. De nos jours, **la vision du travail chez les jeunes tient compte de la quête de sens, des valeurs, des aspirations mais aussi des priorités personnelles et sociales.** Cette transformation est due au contexte technologique qui a conduit à une remise en question globale des modèles traditionnels et qui témoigne un désir d'équilibre entre vie personnelle et professionnelle.

Lorsque les individus exercent une activité professionnelle, ils ont un sentiment d'utilité et de valeur puisque le travail contribue au renforcement des liens sociaux en étant « le lieu par excellence de la socialité » mais aussi celui de « l'affirmation de la dignité humaine » et enfin « le moyen de la réalisation de soi » pour reprendre les termes de V. Gateau et Fleury [3]. En fait, le travail permet à l'individu de solliciter sa capacité à agir et à exercer sa responsabilité. Depuis, certains auteurs [4,5,6,7,8] ont exploré les différentes dimensions du travail susceptibles d'en faire une expérience porteuse de **sens**. Lips-Wiersma et Wright ont identifié quatre dimensions du sens : « le développement du moi intérieur, l'unité avec les autres, le service aux autres et l'expression du plein potentiel » [7]. Le travail permet non seulement à l'individu de **gagner sa vie** mais aussi **de trouver un sens dans sa vie personnelle.**

Selon Thomas Courtot [9], le sens intrinsèque du travail pour le collaborateur est lié à l'impact de son activité sur lui-même (sa capacité de développement) et sur le monde extérieur (le bien ou service produit). Si l'on s'intéresse au corps professionnel des soignants, celui-ci rassemble des individus aux valeurs communes qui partagent une même sensibilité envers autrui. La sollicitude

“ **Le principe d'humanité et les valeurs morales de respect, de compassion et d'écoute guident l'implication et l'engagement des soignants en donnant du sens à leur travail.** ”

qui désigne « un élan vers l'autre », s'exprimant par une attention et un souci de vigilance, constitue le fondement de la vocation et la fonction soignantes [10]. Autrement dit, **le principe d'humanité** [11, 12] et **les valeurs morales de respect, de compassion et d'écoute** [13] **guident l'implication et l'engagement des soignants en donnant du sens à leur travail** [14]. D'ailleurs, le concept de « care »¹, fréquemment utilisé pour désigner les métiers du « prendre soin », est fortement imprégné du registre éthique. Notons que le soin s'accompagne d'un sens de la responsabilité pour le souci de l'autre, qui est d'autant plus fort que celui-ci se trouve en situation de vulnérabilité [10, 12, 13, 16]. Or, cette responsabilité éthique peut entraîner un surinvestissement au travail aux conséquences délétères sur la santé.

Comme suggéré précédemment, **le travail peut également devenir un lieu néfaste qui peut générer des troubles cognitifs et corroder les caractères**. Lieu de plaisir et de sublimation qui contribue à la construction et au maintien de l'identité individuelle, **il peut aussi être le lieu d'une souffrance pathogène**. Si le bien-être des soignants réside notamment dans la possibilité d'exercer sa profession en conformité avec ses valeurs, buts et idéaux [10,13,17], nous verrons que le travail du care est aujourd'hui mis à mal par divers éléments conduisant parfois à des dilemmes et conflits éthiques.

François-Xavier Schweyer [18], dans son article, met en évidence le rôle crucial auparavant joué par les médecins dans la stabilité de la société par l'accomplissement de plusieurs fonctions (notable, conseiller, éducateur, etc.). Ils exerçaient une **influence morale considérable sur la communauté**. Leur expertise médicale, **leur influence et leur engagement pour le bien-être de la société** ont contribué à forger un tissu social solide, tout en favorisant le progrès médical et le maintien de l'harmonie dans les communautés. Pierre Bourdieu [19] a développé la notion de « **capital professionnel** » pour expliciter le statut occupé et acquis par les professionnels de santé.

Dans une autre perspective, **le statut du médecin libéral** est mis en avant. Par leur position de dirigeants d'entreprises, d'entrepreneurs, les praticiens du secteur libéral contribuent au maillage territorial. Selon les auteurs [20], les médecins en exercice libéral remplissent une « mission sociale » d'intérêt général tout en préservant les dimensions humaines et sociales de l'activité médicale. Cette dernière constitue un élément inhérent au tissu économique et social. L'image du médecin libéral a été modifiée, contrairement à celle du médecin salarié qui exerce en hôpital. Les libéraux sont confrontés à des patients plus exigeants et très informés [21]. **Les jeunes générations diplômées sont enclines à privilégier la stabilité offerte par le salariat avant de se lancer dans une carrière en libéral**.

Les médecins salariés trouvent de nombreux avantages à travailler à l'hôpital, principalement en raison de son rôle central dans la formation médicale initiale et la réalisation de recherches scientifiques [22]. Il offre également l'opportunité de collaborer avec des experts d'autres spécialités. Cependant, il convient de noter que la structure hiérarchique de l'organisation peut parfois entraîner des tensions latentes avec la direction. De surcroît, **les horaires de travail nocturnes et décalés** peuvent affecter la récupération et les moments de repos.

En contraste, les médecins libéraux bénéficient d'une **plus large autonomie professionnelle** et sont moins soumis à **des protocoles et règles internes**. Ils ont la possibilité de **définir leurs propres horaires et modalités de travail**. En fin de compte, les aspirations à l'autonomie, à la recherche d'un partage des responsabilités sont des éléments essentiels qui définissent les identités des médecins salariés et libéraux.

¹ Le « care » exprime « une attitude envers autrui qui englobe l'attention (une manière de percevoir le monde et les autres), le souci et la sollicitude (une manière d'être préoccupé par les autres) et le soin (une manière de s'occuper concrètement des autres) » [15].

I B. La santé au travail : concepts et approches

Les enjeux de santé au travail, rendus visibles par les atteintes de la santé provoquées par le travail, étaient historiquement éloignés du champ de la santé publique [23]. Longtemps considéré comme une question relevant de la négociation entre syndicats et organismes d'employeurs, **le domaine de la santé au travail émerge tardivement en France au tournant des années 2000.**

Il concrétise alors plusieurs évolutions : la création de divers acteurs à partir de la première guerre mondiale, à l'instar de la médecine du travail, et la prise de conscience de la dégradation des conditions de travail et ses conséquences néfastes sur la santé des salariés effective à partir des années 1990. Cette dernière s'explique notamment par plusieurs affaires médiatisées, à l'instar de l'amiante ou encore de la vague de suicides au sein de l'entreprise Orange, qui ont contribué à mettre en lumière les impacts physiques, déjà connus au travers des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MT), mais surtout psychiques tels que le stress, la démotivation, la dépression ou encore l'épuisement professionnel.

Au sens de l'OMS-OIT, la santé au travail fait référence à plusieurs modes d'actions - politiques publiques, programmes et pratiques - répondant à trois objectifs distincts [24] : (1) **la préservation et promotion de la santé du travailleur et de sa capacité de travail** ; (2) **l'amélioration du milieu de travail et du travail**, qui doivent être rendus favorables à la sécurité et à la santé ; et (3) **l'élaboration d'une organisation et d'une culture du travail** qui développent la santé et la sécurité au travail. Plusieurs approches se sont succédé ces dernières années, passant d'une logique de protection de la santé physique à une logique complémentaire de préservation de la santé mentale des salariés, de la réparation des atteintes à la santé mentale à la prévention des risques psychosociaux et enfin plus récemment à une démarche de promotion de la qualité de la vie au travail.

Médecins du travail, ergonomes, sociologues et psychologues du travail, experts, consultants, **on compte aujourd'hui une pluralité d'acteurs, publics comme privés, qui agissent sur les questions de la santé au travail.**

Risques psycho-sociaux

Les risques psycho-sociaux (RPS) rassemblent sous une même appellation **les causes d'une dégradation de l'état de santé des salariés imputables au travail.** Ils sont définis dans le rapport Gollac et Bodier comme des « risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. » [25]. Les RPS regroupent des situations de travail où sont présents du stress et des violences internes et/ou externes induites par l'activité de travail elle-même ou générées par l'organisation et les relations de travail [26]. Hétérogènes et multifactoriels, ils ont généralement des effets différés dans le temps ce qui les rend difficiles à définir, saisir et objectiver.

On distingue **six catégories de RPS** [27] :

1. **Intensité et organisation du travail** : surcharge de travail, horaires atypiques, horaires imprévisibles, pression temporelle, existence d'objectifs irréalistes ou imprécis, instructions contradictoires, etc. ;
2. **Exigences émotionnelles importantes** : tensions avec le public, confrontation à la souffrance, à la détresse humaine, dissonance émotionnelle, etc. ;
3. **Manque d'autonomie** : faibles marges de manœuvre dans l'exercice de ses missions, défaut de participation à la prise de décision, procédures rigides, etc. ;

4. **Rapports sociaux au travail dégradés** : manque de soutien technique et émotionnel, relations conflictuelles avec les collègues ou avec la hiérarchie, harcèlement moral, défaut de reconnaissance, etc. ;
5. **Conflits de valeurs** : conflit éthique, manque de ressources et des moyens ne permettant pas d'effectuer un travail de qualité, absence d'un sentiment de fierté, etc. ;
6. **Insécurité de la situation de travail** : contrat de travail précaire, peur de perdre son emploi et incertitude sur l'avenir de ce dernier, fluctuation du niveau de salaire, restructurations, absence de passerelles et blocages à la promotion.

Qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail (QVT) est une notion polysémique, définie par l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 19 juin 2013 comme « **les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci** ». De manière plus concrète, elle peut se concevoir comme « **un sentiment de bien-être au travail** perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilité, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué » [28].

La QVT est à la fois **un outil de mesure de la perception du bien-être** au travail des employés et **une démarche qui promeut l'implication de l'ensemble des acteurs** d'une structure sur différents champs (cf. figure 1) : les relations au travail/le climat social, la santé au travail, les compétences/le parcours professionnel, le contenu du travail, l'égalité professionnelle, l'engagement et le management. En conformité avec l'ANI du 9 décembre 2020, on privilégiera le terme de « qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) ».

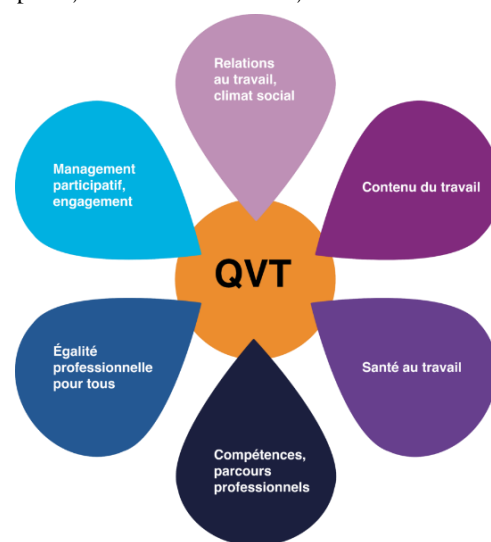


Figure 1 : Les six dimensions de la QVCT
Source : Site internet de l'ARACT Pays de la Loire.

Épuisement professionnel

Le syndrome d'épuisement professionnel, nommé plus couramment « burn-out », fait référence à un « **état d'épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel** » [29]. Il constitue la **phase finale d'un déséquilibre prolongé** entre les exigences professionnelles et les ressources de l'individu prenant forme dans un contexte de stress chronique. Les travaux fondateurs de Christina Maslach [30] définissent le syndrome d'épuisement professionnel comme un processus de dégradation du rapport d'une personne à son travail à travers trois dimensions : (1) **l'épuisement professionnel** ; (2) **la dépersonnalisation** ; et (3) **la réduction de l'accomplissement personnel** pouvant également se manifester par un sentiment d'inefficacité personnelle. Il peut s'expliquer par des facteurs de stress liés au travail, autrement-dit les RPS, mais également par les caractéristiques liées à l'individu telles que les traits de personnalité.

Si le syndrome de l'épuisement professionnel est un phénomène qui concerne l'ensemble des métiers, il a été initialement observé chez les professions tournées vers autrui et notamment les soignants par le psychanalyste américain Herbert J. Freudenberger dans les années 1970. Valérie Gateau nous éclaire sur

les manifestations du syndrome d'épuisement professionnel dans cette population en reprenant les trois dimensions définies par C. Maslacq : (1) **l'épuisement professionnel** (« un épuisement marqué par un manque de motivation et d'entrain au travail, une sensation que tout est difficile voire insurmontable »); (2) **la dépersonnalisation** (« tendance à dépersonnaliser ses patients ou clients qui sont vus de manière impersonnelle, négative, détachée voire cynique »); et (3) **la réduction de l'accomplissement personnel** (« le soignant s'évalue négativement, se trouve incompetent et sans utilité pour ses patients, diminuant ainsi l'estime qu'il a de lui-même ») [3].

Les symptômes de l'épuisement professionnel sont d'ordre **physique** (troubles du sommeil, musculosquelettiques, fatigue chronique, céphalées), **émotionnel** (anxiété, tristesse, irritabilité), **comportemental** (isolement social, comportement agressif, diminution de l'empathie), **cognitif et motivationnel** (troubles de l'attention, de la concentration, baisse de motivation, dévalorisation) [31].

L'épuisement professionnel s'installe progressivement. Il débute généralement par une phase d'engagement (1) pendant laquelle la personne est particulièrement impliquée et satisfaite de son activité avant de laisser place à une phase de surmenage (2) due à une charge de travail importante rendant difficile l'équilibre vie personnelle et vie professionnelle, qui se traduit ensuite par une forte pression que l'individu tente de compenser en redoublant d'efforts (3). Néanmoins, cet investissement se heurte à un défaut de reconnaissance entraînant une désillusion chez l'individu qui commence à douter du sens de son travail, de ses jugements et de ses compétences. Les premiers signes cliniques sont généralement visibles à ce stade, et peuvent, s'ils ne sont pas traités, mener à la phase d'effondrement (4) marquée par une faible estime de soi voire dans les cas les plus extrêmes, à une incapacité à exercer son emploi [32].

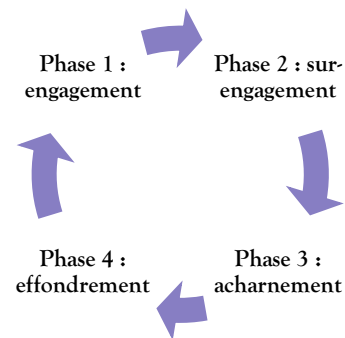


Figure 2 : Les 4 phases de l'épuisement professionnel
Source : l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR IMG).

II. Mal-être et épuisement professionnel des soignants

Les soignants sont une « **population à risque historiquement identifiée** » en matière d'épuisement professionnel. Près de **la moitié des médecins** déclarent avoir eu des **symptômes d'épuisement professionnel**.

Il existe plusieurs facteurs impliqués dans l'épuisement professionnel des soignants qui peuvent être répartis en deux catégories : les **facteurs environnementaux** (surcharge de travail, manque de personnel, réorganisations, manque de cohésion, etc.) et les **facteurs personnels** (idéalisations du métier, dilemmes éthiques, relation passion-travail, etc.).


Les professionnels de santé sont particulièrement vulnérables au stress, du fait de leurs professions, et ce pour plusieurs raisons : **charge de travail conséquente, horaires difficiles, responsabilités importantes, relations professionnelles parfois difficiles, travail dans l'urgence, proximité avec la souffrance des patients** [33].

L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) identifie six catégories de risques psycho-sociaux (**intensité et temps de travail, exigences émotionnelles, autonomie dans le travail, rapports sociaux au travail, conflits de valeurs, insécurité de la situation de travail**) [34]. Les soignants sont exposés à ces risques, ce qui fait d'eux une « population à risque historiquement identifiée » en matière d'épuisement professionnel et de burn-out. En effet, ils sont exposés à ces risques du fait de la pénibilité de leur travail, qui s'explique par des causes intrinsèques (liées à la nature même de l'activité médicale), ou extrinsèques (charge de travail, organisation du travail) [31].

II A. Données relatives à l'épuisement professionnel des soignants

Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants se caractérise principalement par sa forte prévalence.

Libéraux : D'après plusieurs études, environ **47%** des **médecins libéraux en IDF** présentent **au moins deux des symptômes du syndrome d'épuisement professionnel**, qui sont généralement l'épuisement émotionnel et la déshumanisation [35]. En 2020, les professionnels les plus concernés étaient les femmes et les médecins âgés de 40 à 54 ans. En tout, **près d'un médecin sur trois est touché par la dépression**, ce qui est deux fois plus que la population générale [36].



“ Près d'1 médecin sur 3 est touché par la dépression ”

Salariés : Ces chiffres rejoignent ceux de plusieurs études menées en 2018 et 2020 estimant respectivement le taux de burn-out des médecins salariés entre 38 et 52% [37]. L'IGAS rapporte également que « **le taux d'internes présentant une symptomatologie dépressive significative est compris entre 20,9 % et 43,2 %** » [38]. En France, l'étude Santé Et Satisfaction des Médecins Au Travail (SESMAT) [39] de 2008 a permis d'évaluer la satisfaction de plus de 3000 médecins salariés, dont 92,8% hospitaliers et 16,8% urgentistes. Ses résultats permettent une comparaison entre les différentes spécialités médicales et un échantillon de médecins. Le pourcentage de **burn-out chez les médecins salariés**, toutes spécialités confondues, est de **42.4%**. Parmi ces médecins, 27.6% pensaient abandonner leur métier. A titre comparatif, une étude de 2021 [40] a démontré que le sentiment d'épuisement ressenti par les médecins et infirmiers était plus important en France (soit 67%) qu'en Allemagne (55%) ou en Belgique et aux Pays-Bas notamment (55%).

Des situations de burn-out non identifiées et/ou non prises en charge peuvent amener à des situations graves telles que des troubles addictifs (prise de drogues, d'alcool, de benzodiazépines etc.) [41]. Elles peuvent aussi conduire à des situations plus dramatiques telles que des suicides, et les soignants ne sont pas épargnés par ce constat. En 2018, le secteur d'activité de « la santé humaine et l'action sociale » était le plus représenté chez les femmes ayant une activité professionnelle au moment de leur décès par suicide [41]. Également, une étude de 2008 montrait que le suicide représentait jusqu'à 14 % des décès chez les médecins, contre 5,9 % dans la population générale du même âge [42].

IIB. Les facteurs de l'épuisement professionnel des soignants

Libéraux : Le Groupe Qualité APIMED Pays de la Loire s'intéressant au syndrome d'épuisement professionnel des médecins généralistes a identifié plusieurs causes au burn-out des médecins : le **surinvestissement dans le travail**, la **confrontation avec la douleur des patients**, les traits de personnalité (notamment l'idéalisme, les difficultés à déléguer), les **interruptions et sollicitations fréquentes pendant les consultations**, la **paperasse administrative**, les **temps de repos insuffisants**, le **travail en retard** et les **patients difficiles** [36].

Salariés : Une enquête sur les RPS dans les établissements de santé confiée à l'IGAS en 2016, au sujet des professionnels hospitaliers, pointait l'insatisfaction des praticiens « concernant les conditions de vie au travail, la prévention et la gestion des conflits et enfin la prévention des RPS » [38].

L'épuisement professionnel est causé par **plusieurs facteurs** qui peuvent être répartis en deux catégories : les **facteurs environnementaux** (dont l'organisation de travail) et les **facteurs personnels** [43] :



Facteurs environnementaux : organisation de travail, type de travail, charge de travail, management, relations interpersonnelles au sein de l'équipe.



Facteurs personnels : manque de motivation et/ou d'expérience professionnelle, caractère, difficultés d'adaptation, perception insatisfaisante de la qualité des soins, difficultés de conciliation vie personnelle/vie professionnelle, antécédents psycho-pathologiques.

Facteurs environnementaux

Libéraux : Selon un rapport publié par l'URML Ile de France en 2007, les médecins généralistes libéraux estiment que la **cause la plus importante de l'épuisement professionnel** qui touche leur profession est celle qui regroupe les **causes d'ordre professionnel centrées sur la gestion du cabinet** : excès de paperasse (95.9%), non reconnaissance de l'activité du médecin (90.1%), charge de travail trop lourde (89.1%), augmentation des contraintes collectives (88.6%), longueur des journées (85.3%), patients de plus en plus exigeants (84.1%), etc. [35].

Salariés : En établissement de santé, le **tournant gestionnaire de l'hôpital** et les **réorganisations du travail** ont aggravé la souffrance des soignants. En effet, « on est passé en moins de deux décennies d'un mode de fonctionnement où les médecins disposaient d'une grande liberté (...) à un système de tarification à l'activité, limitant les dépenses sur la base des actes produits » [45]. C'est notamment la perception de la baisse de qualité des soins et de conditions de travail dégradées cumulées au sentiment [46] selon lequel les impératifs économiques prennent le pas sur les valeurs médicales qui génèrent de très fortes émotions négatives [47]. **Les professions sont mises en difficultés par les nouvelles organisations du travail, souvent en désaccord avec leurs valeurs** [48], ce qui conduit à l'épuisement de ces

professionnels. Dans ce contexte, les équipes sont sous pression et l'**autonomie** des soignants est **limitée**. Or, la perte d'autonomie au travail génère de la souffrance (analyse par les RPS) [49].

Au sujet de la **surcharge de travail**, 71% et 59.5% des soignants identifient respectivement le **manque de personnel** et l'**augmentation des cadences** comme une source de souffrance [50]. Le **droit à la déconnexion à l'hôpital**, qui ne figure pas dans la partie IV du Code du Travail (Santé et Sécurité au Travail) de laquelle relève la fonction publique hospitalière, doit être vu sous l'angle de la charge de travail, des conditions de travail, et rejoint la question des risques psychosociaux. Il ne doit pas être oublié puisqu'il est très difficile à appliquer pour les soignants. En effet, les professionnels de santé sont souvent contraints à consulter leurs messages ou à être joignables en dehors de leur temps de travail, et une tension peut exister entre la volonté de ne pas répondre lors du temps de repos et le fait qu'il faille assurer la continuité des soins [51]. Selon Loïc Lerouge, directeur de recherche au CNRS et spécialiste de la santé au travail, cela relève du principe culturel qui est « je fais bien mon travail, donc je suis tout le temps connecté », principe duquel il faudrait sortir.

“ Plus de **70%** des soignants estiment que la crise sanitaire a dégradé leurs conditions de travail ”

Également, la **crise sanitaire** a joué un rôle dans les conditions de travail des professionnels de santé. En effet, environ 74% affirment que la crise sanitaire les a dégradées. Sur les personnes interrogées, environ 60% estiment leur niveau de souffrance entre 7 et 10, sur une échelle de 0 à 10, et plus de 70% d'entre-elles ont « déjà ressenti l'envie de « jeter l'éponge » » [50].

Salariés : Aussi, un **manque de cohésion au sein des équipes** doublerait le risque de burn-out chez les médecins salariés et le quadruplerait chez les urgentistes. Or, 67% des médecins sont insatisfaits du soutien psychologique reçu au travail et 57% ne sont pas satisfaits de l'absence ou du manque d'opportunités de discuter de questions professionnelles importantes [39]. Antérieurement, une étude de 2005 [52] avait d'ailleurs mis en avant l'importance du soutien social au sein d'un service d'urgences et abordait le **manque de soutien organisationnel**, qui constitue un facteur d'épuisement professionnel. En 1990, Karasek [53] a en effet démontré que le manque de soutien constituait l'un des grands facteurs de stress au travail.

De même, les **évolutions sociales** sont des facteurs qui contribuent à la souffrance des soignants.

Libéraux : En effet, la **reconnaissance sociale** du métier favorise un sentiment de quête de sens dans le travail. Or, il a été montré un sentiment fréquent de dévalorisation du statut de médecin généraliste [54], profession qui, par ailleurs, fait peser davantage de responsabilités sur le soignant en cas d'erreur médicale. La crainte de faire une erreur ou d'être mis en cause par un patient est exprimée par les médecins qui se trouvent parfois « face à des patients (...) exigeants voire procéduriers » [55].

Selon Michel Delbrouck [56], l'un des grands facteurs du risque de burn-out propre aux métiers du soin est l'**impact** et la **répétition des traumatismes rencontrés avec la patientèle** (contact avec des patients parfois « difficiles », en souffrance, confrontation avec la mort, la douleur, comparaison à son propre vécu, confrontation à de multiples questions existentielles, etc.) [49]. Les soignants sont confrontés à une injonction de masquer leurs émotions. Or, ils choisissent leur métier pour aider ceux qui souffrent, et une telle injonction peut avoir des effets délétères sur leur santé mentale (comme contribuer à la déshumanisation de la relation soignante et donc à la perte du sens du travail) [3].

Au sujet de l'**isolement**, les professionnels de santé sont particulièrement concernés, du fait du secret médical premièrement, **Libéraux** : mais aussi pour certains exerçant en libéral du fait d'un exercice éloigné des autres professionnels du soin. Or, « l'isolement physique et psychoaffectif du soignant reste un facteur de stress » [56].

Également, l'**aspect financier** peut être source de stress pour les soignants libéraux. Par exemple, plus de 50% des infirmiers libéraux reconnaissent les aspects financiers comme un facteur de mal-être important voire très important [57].

“ Plus de **50%** des infirmiers libéraux reconnaissent les aspects financiers comme un facteur de mal-être important voire très important ”

Facteurs personnels

Le facteur personnel le plus évoqué, en dehors de ceux identifiés par l'approche des RPS, est l'**idéalisat**ion **du métier**. En effet, les professionnels de santé ayant une haute conception de l'idéal ont le plus grand risque de burn-out, la désillusion étant à la hauteur de l'idéalisation [3]. C'est ce que Roy et Robichaud appellent le « **syndrome de choc de la réalité du métier** », c'est-à-dire la dissonance entre ce qui était imaginé du monde du travail et la réalité [58].

Salariés : Il ressort également d'une étude de 2016 [59] ayant été menée auprès d'infirmières exerçant en établissement, en France (dans divers services), que l'activité peut conduire à l'épuisement professionnel malgré un fort attachement au métier et à la satisfaction qu'il procure. En effet, cette étude montre que l'épuisement professionnel chez les infirmières salariées peut s'expliquer par la **relation passion - travail** (les passions sont faites pour être une échappatoire au travail, donc si passion et travail se côtoient le risque peut être de travailler « exagérément » conduisant alors à ne plus avoir d'échappatoire et à être en situation d'épuisement professionnel). Le **manque de reconnaissance** est aussi un élément avancé par les infirmières qui jouerait, en partie, dans l'apparition de situations d'épuisement professionnel. Enfin, la perception que les infirmières ont du soutien social existant au travail a un impact positif sur les facteurs et le niveau de stress.

Salariés : Également, comme l'attestent de nombreux indicateurs, la **dégradation des conditions de travail** à l'hôpital est à l'origine d'une souffrance résultant de la confrontation des soignants à des **dilemmes éthiques** souvent tus. En effet, la souffrance éthique apparaît lorsque les professionnels de santé sont obligés d'agir en opposition avec leurs valeurs sociales, professionnelles et/ou personnelles, sans qu'ils ne puissent s'exprimer à ce sujet. Il en résulte **une perte de sens et un désinvestissement** qui transforment la souffrance éthique en **souffrance psychique**. A ce sujet, P. Svandra attribue la source du malaise vécu par de nombreux soignants à « l'expression d'une profonde inquiétude sur le sens même de leur travail ». Notamment, les soignants sont touchés par des **conflits de valeurs** consistant à ne pas avoir les moyens d'effectuer un travail de qualité par manque de temps, en raison de contraintes administratives ou dans un souci de productivité. C'est ce que l'on appelle la « qualité empêchée » [49].

Au sujet de l'éthique toujours, lorsque les équipes soignantes, par **manque de temps et de moyens**, sont conduites à prodiguer des soins dégradés voire maltraitants, elles souffrent.

Il existe un paradoxe en France : la **demande d'aide émanant des soignants** est souvent **retardée** [31]. Pour ce qui est des médecins, lorsqu'ils sont malades, ils vont avoir tendance à sous-estimer leurs symptômes, à s'auto-diagnostiquer/traiter/médicamenter (notamment, en France, en 2011, ils étaient 85% à ne pas avoir pas de médecin traitant [61], à ne pas s'autoriser de temps de récupération) [56]. Cette réticence à consulter et à demander une aide psychologique s'explique par le manque de temps, par la

minimisation de la dégradation de leur état de santé, mais aussi par le fait qu'ils espèrent régler la difficulté sans aide extérieure. Également, la peur du jugement et d'une rupture de confidentialité peuvent les dissuader de faire appel à des professionnels de santé [36]. Enfin, beaucoup de soignants ne savent pas où s'adresser pour obtenir de l'aide, certains se sentent coupables ou ne voient pas l'intérêt de se faire accompagner [62].

Tous ces éléments retardant la demande d'aide peuvent conduire à **une dégradation de l'état de santé physique et mental et à des comportements à risque** (automédication [55], traitements inappropriés, consommation de substances psychoactives [63]).

Il est donc essentiel d'agir rapidement en réaction au mal-être des professionnels de santé.

II C. Focus sur la qualité de vie des étudiants

Les difficultés rencontrées par les étudiants en santé, dans la majorité des filières, accrues par la crise liée au COVID-19, sont aujourd'hui largement documentées.

66% des internes souffrent de troubles anxieux **Le taux de suicide des internes est 3x plus élevé que celui de la population générale** **1 étudiant infirmier sur 3 est victime de harcèlement**

Selon une enquête réalisée par l'Intersyndicale nationale des internes (ISNI), en 2017, **66 % de troubles anxieux, 27,7 % ont souffert de troubles dépressifs et 23,7 % des internes ont eu des idées suicidaires** [64]. Une analyse de la Fondation Jean Jaurès [65] conclut à un **taux de suicide des internes en médecine près de trois fois plus élevé que celui de la population générale** âgée de 25 à 34 ans. Ces chiffres préoccupants rejoignent également les données relatives à la santé mentale des étudiants en soins infirmiers (ESI) qui s'est dégradée ces dernières années (cf. annexe 3) [66]. En 2022, un peu plus de 28% d'entre eux déclarent avoir souffert de "dépression" (contre 19% en 2017) et 16,4% d'idées suicidaires (contre 7,4% en 2017).

Dans un rapport dédié à la qualité de vie des étudiants en santé [67], l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGESR) classent les sources du mal-être des étudiants en santé en cinq catégories : **les violences sexistes et sexuelles (VSS), les RPS, la précarité financière, les conditions de travail en stages et les addictions.**

Comme évoqué ci-dessus, la prévalence élevée des troubles de santé de mentale chez les étudiants en santé s'explique en partie par leur **charge de travail importante** [68] et les **conditions de stages difficiles** en milieu hospitalier. L'IGAS et l'IGESR font état d'une « interconnexion étroite entre le fonctionnement et la qualité de vie au travail à l'hôpital, où quasiment toutes les filières MMOP [médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie] et paramédicales effectuent des stages, qui impacte directement la qualité de vie des étudiants en santé, et par ricochet l'attractivité pour les métiers de l'hôpital et donc les cursus qui y conduisent » [67].

Le milieu de stage peut également être un terrain favorable à des faits de harcèlement, de VSS et de situations d'emprises, généralement passées sous silence par les étudiants par crainte de retombées négatives sur la validation de leur diplôme [67]. Une souffrance peut également naître par le fait que leur « bonne volonté », leur « sensibilité » à la souffrance des malades « heurte de plein fouet les stratégies de défense des soignants » qui ont déjà « trahi l'éthique professionnelle » [49]. Ce mal-être peut aussi être dû à l'univers concurrentiel et élitiste dans lequel ils évoluent, ou aux luttes de pouvoir entre médecins et équipes dans lesquelles les étudiants sont « mal identifiés donc mal protégés » [60]. Selon la dernière enquête de la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (Fnesi) [66], **un ESI sur 3 a été victime de harcèlement pendant sa formulation** et pour 66.5% des cas, un soignant en était auteur.

Enfin, **l'isolement** est une source importante de souffrance des étudiants en santé qui s'est vu exacerbée pendant la pandémie COVID-19 dans les lieux de formation comme de stages. L'enquête du Centre national d'appui à la qualité de vie des étudiants en santé sur l'impact de la COVID-19, intitulée CNA-CORE, révèlent que plus de la moitié des étudiants en santé mobilisés auprès des patients pendant la crise ont présenté un score significatif à l'échelle de détresse psychologique tandis que 13% d'entre eux déclarent avoir consommé davantage de substances psychotropes [69].

III. Organisation et conditions de travail des soignants

Les professionnels de santé sont confrontés à des défis liés aux conditions de travail (manque de temps et de ressources, contraintes horaires, physiques et techniques) et aux stratégies organisationnelles. Le secteur hospitalier se caractérise par des horaires atypiques et une cadence intense. La **densité médicale** en Mayenne est faible, entraînant une surcharge de travail et des délais de consultation plus longs.

La pandémie a exposé les défaillances du système de santé et accentué les contraintes pour les soignants. Elle a également renforcé **le besoin de reconnaissance** des professionnels de santé et mis à l'épreuve la résilience de soignants.

En somme, cette partie met en lumière les défis auxquels sont confrontés les soignants en termes d'organisation du travail, de conditions défavorables et de besoins de reconnaissance, en particulier à la lumière de la pandémie de Covid 19. Ces défis ont des implications sur la santé mentale des soignants et la qualité des soins dispensés.

L'organisation du travail repose sur plusieurs dimensions : **la division du travail, les conditions de travail, les fonctions, la stratégie et la coordination**. En effet, les professionnels de santé font face à des défis spécifiques liés aux conditions de travail et aux stratégies organisationnelles. En effet, les conditions de travail défavorables des soignants sont marquées par le manque de temps et de ressources pour répondre aux besoins de la population [70]. Les soignants sont aussi confrontés à des **contraintes horaires, physiques, techniques, d'autonomie, etc.** Dans la même perspective, il est montré que **le secteur hospitalier était marqué par des horaires de travail atypiques et contraignants et par une cadence plus intense en comparaison au secteur privé**. Notamment, 64% [71] des salariés travaillent le dimanche, alors que c'est plus rare pour les personnes travaillant dans les autres secteurs.

III A. Exercer dans le secteur libéral en Pays de la Loire

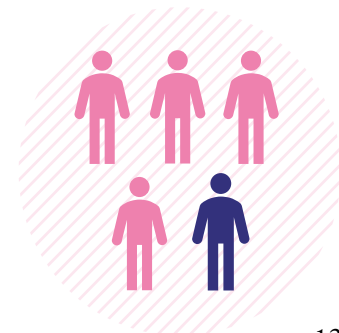
Le contexte de la faible densité médicale en Mayenne, qui a des implications importantes sur l'organisation du travail, peut contribuer à l'épuisement professionnel. En raison du manque de médecins et de spécialistes, les professionnels de santé mayennais sont contraints de travailler davantage pour répondre aux besoins de la population. Cela entraîne une surcharge, un manque de temps pour se reposer et se ressourcer, ainsi qu'une augmentation du stress professionnel. En effet, un grand nombre de mayennais vivent dans des **zones sous dotées en médecins**, médecins qui suivent un nombre élevé de patients, ce qui peut entraîner **une qualité de soins moindre, des délais de consultation plus longs et des consultations plus courtes**. En 2022, la Mayenne était le territoire le moins doté de la région Pays de la Loire en médecins généralistes et spécialistes soit **191 pour 100.000 habitants** contre 217 en Vendée, 234 en Sarthe, 350 en Maine et Loire et 355 en Loire Atlantique. Fin 2018 et début 2019 [72], près de 2/3 des médecins généralistes libéraux déclaraient l'offre de médecine insuffisante. De plus, **4/5 déclaraient rencontrer des difficultés pour répondre aux sollicitations de leurs patients**. En effet, depuis 2011, la densité de médecins généralistes (nombre de médecins par habitants) en Mayenne est en baisse.



En pays de la Loire, **4 médecins généralistes**

libéraux sur 5 rencontrent des difficultés pour

répondre aux sollicitations de leurs patients ”



Les **horaires de travail** des **professionnels de santé libéraux des Pays de la Loire** varient selon les professions. D'après plusieurs études menées par les URPS et l'ORS entre 2014 et 2020, les **médecins libéraux des Pays de la Loire déclarent travailler 52 heures en moyenne par semaine** contre 43h pour les chirurgiens-dentistes (2015) en Pays de la Loire [73]. Toutefois, il y a une réelle disparité de la durée de travail des médecins selon l'âge et le sexe. En effet, les plus **jeunes médecins généralistes (qui ont moins de 35 ans)** ont une durée de travail moyenne de **48 heures** tandis que ceux de **60 ans** ou plus travaillent en moyenne **58 heures**. Les jeunes médecins sont de moins en moins en accord avec les heures de travail traditionnelles qui reflétaient l'adhésion active à l'égard de l'éthos² professionnel dont les anciens exerçaient traditionnellement leur métier. Les femmes médecins généralistes déclarent en moyenne **48 heures** contre **56 heures** pour les hommes. Cet écart important peut notamment s'expliquer par les responsabilités familiales et les tâches domestiques généralement attribuées au domaine féminin, témoignant de la charge importante qui incombe aux femmes soignantes décrite comme une « double peine » par les MG [36]. De plus, on remarque également que la durée de travail hebdomadaire des médecins généralistes varie selon leur type d'exercice et la densité de MG de la zone dans lesquels ils exercent : **les MG exerçant seuls et dans une commune déficitaire en MG au regard de la demande** (accessibilité potentielle localisée³ faible) **ont des horaires plus étendus**. Néanmoins, la majorité des médecins généralistes estiment que leurs horaires de travail s'adaptent à leurs engagements extraprofessionnels.

Moyenne du nombre d'heures travaillées au cours de la semaine précédant l'enquête par les médecins généralistes en comptant toutes leurs activités

Caractéristiques	Durée moyenne de travail hebdomadaire
Sexe	
Homme	56h
Femme	48h
Age	
Moins de 50 ans	48h
50-59 ans	55h
60 ans et plus	58h
Type d'exercice	
En groupe	51h
Seul	56h
Accessibilité au médecin généraliste	
Commune dont l'APL est ≥ à 2,8	52h
Commune dont l'APL est < à 2,8	61h
Volume d'activité annuel*	
Faible	47h
Intermédiaire	52h
Élevé	61h

Figure 3 : Durée de travail hebdomadaire déclarée selon les caractéristiques des médecins généralistes Pays de la Loire

Source : Panel d'observation des pratiques des conditions d'exercice en médecine générale (oct2018-fev2019).

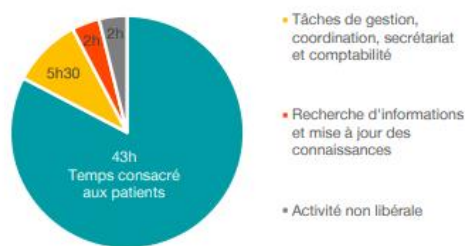


Figure 4 : répartition du temps de travail des médecins généralistes des Pays de la Loire.

Source : Panel d'observation des pratiques des conditions d'exercice en médecine générale (oct2018-fev2019).

Aussi, au sujet de la **répartition du temps de travail** de ces médecins généralistes en Pays de la Loire, force est de constater que **43 heures** sont consacrées au travail auprès des patients et que **5 h 30** le sont pour des tâches de gestion, de coordination, de secrétariat et de comptabilité.

Concernant les **masseurs-kinésithérapeutes**, la majorité d'entre eux (56%) estiment leur durée de travail quotidienne supérieure à **10 heures** [74]. Les infirmiers ont quant à eux une durée quotidienne de travail de **13 heures** [75]. Notons que le temps de travail quotidien des infirmières est légèrement en hausse (de 11 minutes)

depuis 2013 tandis qu'à l'inverse la durée hebdomadaire de travail des médecins généralistes est quant à elle en baisse de 7% (soit 4 heures) en comparaison aux données de 2011.

² L'éthos désigne un système de valeurs morales mises en œuvre dans les pratiques ordinaires, par exemple « une communauté professionnelle ».

³ L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la DRESS et l'IRDES pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à une échelle communale. Il tient compte du contexte (offre et demande) des communes environnantes, du niveau d'activité des professionnels de santé en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins en soins.

III B. Exercer dans le secteur salarié

Une étude menée par Jacques Pisarik (2016) [71] au sein des établissements de santé publics et privés met en lumière les conditions de travail et les risques psychosociaux auxquelles les salariés sont confrontés. Cette analyse fait ressortir **l'intensité et la charge émotionnelle** du travail des soignants, effectuant un travail crucial mais mal rémunéré. Il avançait que le travail dans un établissement de santé était le plus souvent marqué par des interruptions pour des tâches non prévues. En effet, **80 % des salariés doivent fréquemment interrompre leurs activités pour y faire face.**

Au-delà des contraintes horaires s'ajoutent des **contraintes physiques**. En effet, l'étude révélait que les professionnels de santé étaient fréquemment amenés à déplacer ou à porter des charges lourdes (ce qui concernait 62% des salariés dans le secteur hospitalier). En d'autres termes, les professionnels de santé sont confrontés à **des exigences physiques « supplémentaires »** qui peuvent avoir un impact sur leur bien-être et leur capacité à exercer leur profession de manière optimale.

Selon un récent sondage [76], **un quart des professionnels de santé interrogés pensent être en mauvaise santé**, soit presque deux fois plus que le reste de la population active, et les trois-quarts jugent leur emploi fatigant. La situation actuelle de pénurie de main d'œuvre, d'augmentation des démissions de soignants aux répercussions délétères sur l'accès aux soins pour les usagers, impose un **nouveau système de gestion des personnels** qui doit être en mesure de les fidéliser et de les accompagner dans un projet de carrière. En parallèle, il est important **de renforcer la dynamique participative des professionnels de santé dans l'organisation**, ce qui justifie la mise en place d'une approche de **gestion managériale dite participative** [77].

“
1/4 des professionnels
de santé se déclarent en
mauvaise santé”

Aujourd'hui, les réflexions sont précisément axées sur une **approche systémique** plus critique envers les organisations traditionnelles de travail. En France, les contraintes rencontrées par les professionnels de santé sont notamment dues aux **difficultés de recrutement** ainsi qu'aux multiples **contraintes budgétaires et organisationnelles**, qui mettent en lumière la question du bien-être au travail.

En effet, les effets délétères des récentes évolutions organisationnelles du système sanitaire, marquées par l'emprise croissante d'une **logique de rationalisation économique et gestionnaire** [78], ont été démontrés par de nombreuses études. L'application du « New Public Management » à l'hôpital qui s'est traduit ces dernières années par la mise en œuvre de processus de standardisation du travail et l'implémentation de mécanismes d'évaluation conduisent à un accroissement significatif de la pression qui s'exerce sur les professionnels [79,80]. De plus, les préoccupations financières et budgétaires des hôpitaux, accrues par l'introduction de nouvelles contraintes issues de la tarification à l'activité (T2A), induisent des pratiques de sélection des patients [81,82,83] et une réduction de la dimension relationnelle des soins [78] au profit des aspects liés à la rentabilité conduisant les professionnels à des dilemmes éthiques.

Également, une étude empirique [84] effectuée en Europe montre que parmi les soignants qui ont quitté leur profession, la majorité l'a fait volontairement, soit 86,8 % [85]. Cette étude met en évidence un **départ prématuré des professionnels de santé**, particulièrement les infirmiers, en raison de la **trop lourde charge de travail** et d'un **niveau d'insatisfaction élevé**. Elle montrait également que le **secteur hospitalier était plus intense que le secteur libéral**. En France, les données d'une récente enquête de la DRESS [86] rejoint les constats européens. Celle-ci révèle qu'après **10 ans de carrière près de la moitié (45,5%) des IDE hospitaliers ont quitté leur emploi**. De plus, le **départ de certains favorise**

l'augmentation de la pression pour ceux qui restent dans les soins. Dans ce contexte, les résultats démontrent que la décision de départ est un processus avec de nombreuses causes sous-jacentes, majoritairement d'ordre organisationnel [87].

III C. Focus sur l'impact de la pandémie du Covid-19

La pandémie de Covid-19, même si elle représente un contexte particulier, a permis de **révéler les défaillances systémiques** de l'organisation du système de santé mais aussi la nécessaire **évolution des pratiques soignantes** : technicité des soins, avancées de la médecine, transformations structurelles (rapport au travail, révolution numérique et technologique, vieillissement de la population). En effet, la ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé Agnès Firmin Le Bodo [88] soulignait que « **lors de la pandémie, les soignants ont vécu un stress considérable. Cette situation a permis d'exposer la vulnérabilité des professionnels de santé qui au quotidien sont souvent en détresse face à l'arrivée massive des malades** ». A cela s'ajoute les inégalités territoriales. Ce contexte particulier a ainsi conduit certains soignants vers l'épuisement professionnel [89].

La Covid 19 a aussi généré un paradoxal « **retour au sens** » du métier de soignant, du fait des réorganisations du travail qu'elle a engendré. En effet, l'urgence a permis aux soignants de se recentrer sur le soin, ce qui avait été entaché par des années de logique gestionnaire à l'hôpital notamment la T2A [3]. Un collectif de médecins hospitaliers témoigne : « Chacun a retrouvé le sens de son métier : les soignants ont soigné et l'administration les a aidés à soigner » [90]. Selon la ministre déléguée, **la reconnaissance des professionnels est un facteur facilitant la préservation de leur santé et répond à l'enjeu de restaurer l'attractivité des métiers de la santé.**

Cependant, cette crise a également **accentué la charge de travail et d'informations des soignants**, du fait d'un **afflux massif de patients** et de **consignes organisationnelles en évolution continue**. En effet, de ce contexte a émergé un système organisationnel qui a sollicité la résilience des soignants pour faire face aux difficultés à travers des prises de décision fréquentes, souvent urgentes et parfois difficiles entraînant une **forte tension psychique et un épuisement cognitif**. Au-delà des accumulations, une détérioration des relations internes dues à l'augmentation des contraintes administratives et procédurales, et le sentiment de devoir en permanence pallier les carences structurelles du système de soins ont été observés [89]. Tous ces signaux d'alerte mettent en évidence la difficulté croissante des professionnels de santé à continuer de développer leurs capacités de résilience. **La stabilité des plannings, le sentiment d'écoute et de reconnaissance constituent les bases de la résilience des professionnels de la santé.** En leur absence, cela peut même remettre en question la nature même de la résilience chez les soignants [91].

Or, lorsque les conditions de travail sont mauvaises, elles peuvent conduire à des problèmes de santé mentale. **L'épuisement professionnel des soignants a longtemps été passé sous silence**, alors même qu'il entraîne des conséquences sur la santé de ceux qui en souffrent, mais aussi sur la qualité des soins prodigués (absentéisme, turnover [31], problèmes d'attention, de mémoire et de gestion, pouvant entraîner des erreurs médicales [40]). Il est déterminant de « revoir » les conditions de travail de manière en mettre en place des mesures concrètes et adaptées aux besoins spécifiques des professionnels de santé, dans le but d'améliorer leur qualité de vie et leurs conditions de travail.

IV. Les orientations en vigueur pour améliorer la qualité de vie et les conditions de travail des professionnels de santé

Dans un objectif de préservation de la qualité des soins et de pérennisation des ressources humaines en santé, l'amélioration de la QVCT des professionnels de santé constitue une **priorité** pour l'ensemble des acteurs de notre système de santé.

Les recommandations actuelles valorisent la mise en œuvre d'actions sur les déterminants du bien-être au travail tels que les **conditions de travail**, le **management** ou encore la **formation** par exemple. Renforcer l'inscription de la QVCT dans la stratégie des établissements, la participation des soignants à cette démarche et l'investissement pour la recherche rejoignent également les ambitions en vigueur.

Si la reconnaissance des enjeux de santé au travail est relativement récente, les pouvoirs publics se sont davantage saisi des problématiques liées aux conditions de travail ces dernières années. Nous présenterons ici de façon synthétique **les principales orientations en matière d'amélioration de la QVCT et de prévention des RPS** issues des politiques publiques actuelles ainsi que **des exemples de mesures et actions** mises en œuvre pour y répondre. Une analyse croisée des plans élaborés par les institutions et organismes des secteurs de la santé et du travail au niveau mondial et national et leurs déclinaisons à l'échelle territoriale (régionale, départementale et locale), a permis d'identifier **8 axes d'intervention** et de les distinguer selon le public visé : les PS exerçant sous le statut de salarié et ceux exerçant en libéral (cf. figure 5).

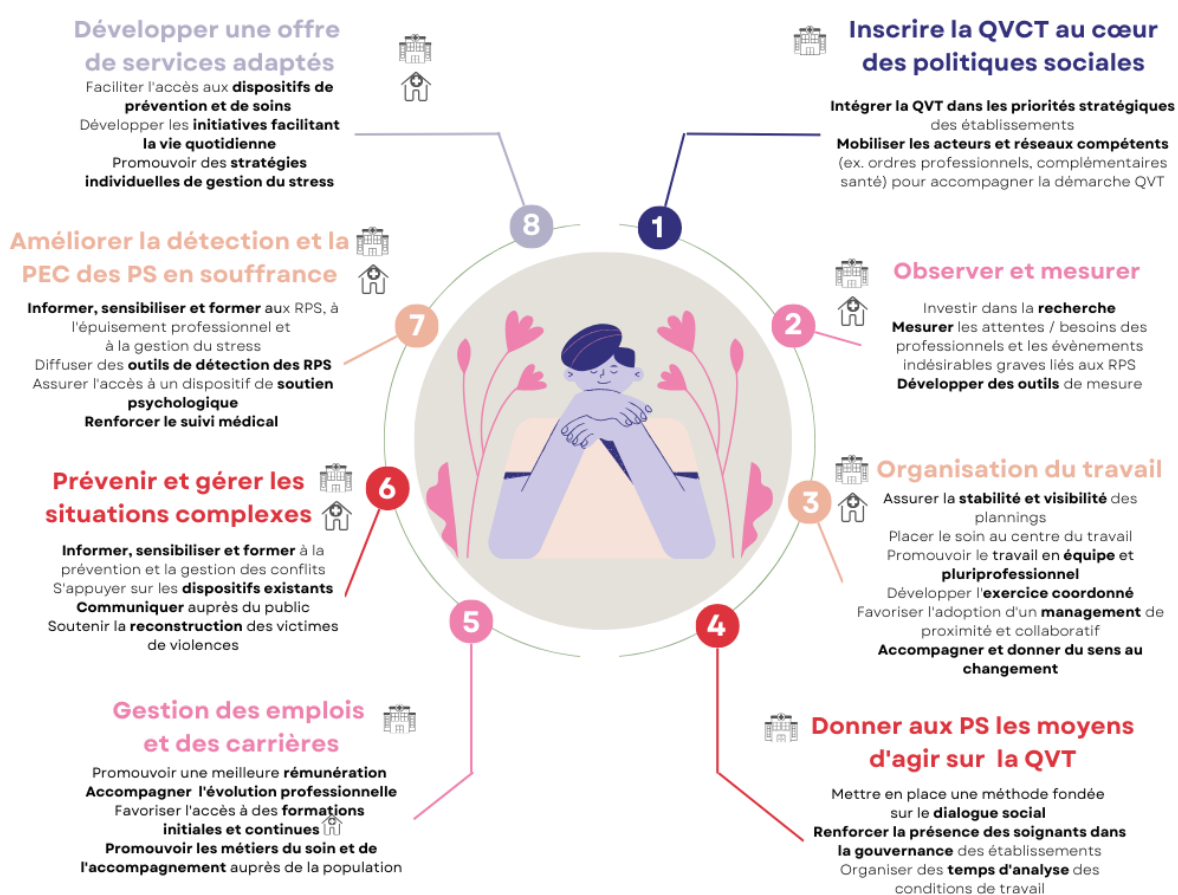




Figure 5 : Les axes d'intervention pour améliorer la qualité de vie et les conditions de travail des professionnels de santé

 Exercice libéral
 Exercice salarié

IV A. Inscrire la QVCT au cœur des politiques sociales

La mise en œuvre d'actions d'amélioration de la QVCT des professionnels de santé requiert avant toute chose une meilleure prise en compte de ces questions. Elle se matérialise par **l'inclusion de la QVCT dans les priorités stratégiques** des établissements de soins préconisée par la Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022 [92] et rendue obligatoire par la loi du 24 juillet 2019 qui introduit un volet consacré à la QVCT au projet social des établissements de soins (cf. article L6143-2-1 du Code de la santé publique). Répondant à ce même objectif, la SNS instaure la création d'une sous-commission en charge de la QVCT des personnels médicaux au sein de chaque commission médicale d'établissement (CME) et recommande la **création d'un rendez-vous annuel** dédié à cette démarche afin de débattre et prioriser des actions à pérenniser ou à développer. De la même manière, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande l'instauration de plans d'actions au sein même des organisations de santé [93]. Néanmoins, l'élaboration d'une stratégie relative à la santé au travail en établissement nécessite un **accompagnement par les organismes compétents** tels que les services de prévention et de santé au travail (SPST) dont la SNS souhaite renforcer la place auprès des entreprises, l'ANACT-ARACT, la CNAM ou encore les acteurs de la formation [92]. Ce défi souligné par le Plan de Santé au Travail (PST) [94] concorde avec l'impératif régional (PRST) de **développer et de promouvoir des outils destinés à assister les responsables** dans l'intégration et la mise en place d'une stratégie de prévention des RPS [95]. A ce titre, l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) Pays de la Loire proposera dès 2024 une offre globale sur la QVCT aux établissements et animera notamment des webinaires à destination des managers sur la mise en place d'une politique QVCT ou encore les moyens de favoriser le bien-être au travail au quotidien [96]. Malgré une intégration récente à la mission nationale QVCT, **le secteur ambulatoire demeure quelque peu écarté des préconisations relatives à l'instauration d'une démarche QVCT**. Les modalités de sa mise en œuvre, notamment en structures d'exercice coordonné, sont encore aujourd'hui peu développées.

IV B. Observer et mesurer



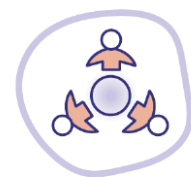
La prise de décisions efficaces en faveur de la QVCT repose sur la compréhension des causes et conséquences des problèmes de santé mentale et physique liés à l'activité professionnelle des agents de santé au travers **de données fiables et actions probantes**, mettant en exergue un **enjeu majeur d'investissement dans la recherche** [92,93,97]. Les impacts de l'exercice libéral sur la santé étant aujourd'hui peu connus [92], la SNS a amené l'Observatoire National des Violences en Santé (ONVS) à étendre en 2020 sa mission initiale, de recueil des signalements des faits de violence en établissements, à ce mode d'activité [98]. Le gouvernement s'est également récemment saisi de ce sujet en organisant une enquête dans le cadre de la concertation nationale sur la santé des soignants. Cette étude a révélé de manière inattendue **un niveau de souffrance des PS libéraux supérieur à celui des PS en établissements** [97]. De plus, l'OMS et la SNS encouragent **l'amélioration du recueil et de l'analyse des événements indésirables graves** liés à un risque psychosocial (suicides, tentatives de suicide) au sein des établissements et **la mesure des perceptions et attentes du personnel** au regard de leurs conditions de travail. Cette dernière peut être facilitée par **l'utilisation de baromètres sociaux** [92], **d'outils de diagnostic et de suivi des expérimentations** proposés par le réseau ANACT-ARACT tels que la démarche Gestion des Perspectives Sociales qui permet d'évaluer dans une approche participative la satisfaction des agents au travail, d'identifier et de prioriser des pistes d'amélioration de la QVCT [99].

IV C. Organisation du travail

L'ensemble de plans existants s'accordent sur la nécessité d'agir sur les aspects organisationnels, de manière à évaluer les risques pour la santé des travailleurs inhérents à l'environnement et aux conditions de travail, à les atténuer ou les éliminer. Au regard de la pluralité des méthodes et procédures existantes pour organiser le travail, certains leviers d'action sont fréquemment identifiés. Parmi eux, on note **l'adoption de modalités de travail offrant stabilité et visibilité** aux PS comme facteur favorable à une **meilleure conciliation entre vie personnelle et professionnelle**. De la même manière, le gouvernement décrit **l'amélioration des modalités de travail** et notamment une meilleure reconnaissance du temps travaillé comme une priorité de la feuille de route issue de la concertation nationale sur la santé des soignants [97]. Pour répondre à cet objectif, l'OMS et la SNS recommandent de **réduire la charge de travail et les changements d'horaires** [93] et valorisent l'utilisation d'outils de gestion informatisés des plannings et de synchronisation des temps de travail [92]. A titre d'exemple, le Centre Hospitalier du Mans, engagé dans une réflexion sur la QVCT des aides-soignants, a mis en œuvre diverses mesures de prévention en matière de posture, d'épuisement et d'installations ainsi que des actions pour amoindrir les contraintes horaires des aides-soignants en réduisant la fréquences des week-ends travaillés [100].

Alors que les réformes récentes ont introduit des processus de standardisation du travail mettant au premier plan des impératifs économiques, et ce au détriment des valeurs médicales [78]], la mise en œuvre **d'une organisation du travail réaffirmant la prévalence de la relation au patient sur la logique comptable et contribuant à libérer du temps de soin** est à privilégier selon la Fédération Hospitalière de France (FHF) [101]. Notons cependant que les capacités des établissements et notamment des managers à agir en ce sens et plus globalement à expérimenter en faveur de l'amélioration de la QVCT est dépendante du fonctionnement du système de santé et des financements accordés généralement peu flexibles. Le Ségur de la santé se voulait proactif en la matière en offrant la possibilité aux établissements publics de santé (EPS) de négocier et d'aménager en interne le temps de travail et en simplifiant les procédures administratives à l'instar du régime des autorisations des activités de soins. Si ces engagements se disent respectés⁴, l'avis des PS sur l'efficacité du Ségur de la santé est particulièrement critique. Une enquête menée par l'Action Praticien Hôpital (APH) révèle que 92% des praticiens hospitaliers interrogés estiment que le Ségur n'a amélioré ni leurs conditions d'exercice ni l'attractivité de leur carrière [102].

Par ailleurs, **la promotion du travail en équipe et pluriprofessionnel** est identifiée comme levier à l'amélioration de la QVCT par de nombreux organismes. Les apports de la dynamique collective de travail sur les conditions de travail et l'efficacité des travailleurs étant largement explicités, plusieurs documents stratégiques, tels que le PST et le Plan Régional de Santé (PRS), encouragent à la mise en place de **temps d'échanges** pouvant prendre des formes variées : réunions d'équipe, groupes de travail, transmissions d'informations ou encore espaces de convivialité. Certaines structures proposent également des journées de « vis ma vie » qui permettent d'améliorer la communication entre différentes professions ou services au travers d'une meilleure compréhension des enjeux et contraintes de chacun [103]. Cet axe rejoint l'objectif national de soutien au **développement de l'exercice coordonné** qui prend également forme à l'échelle locale comme indiqué au sein des CLS de Laval [104] et Ernée-Bocage [105]. En effet, les regroupements professionnels à l'instar des ESP, des MSP, des CPTS ou encore des cabinets de groupe, s'avèrent être un élément déterminant pour **rompre**



⁴ Selon le dossier de presse du Ségur de la santé publié en juillet 2021, les mesures prises auraient permis de « poser les bases d'une nouvelle dynamique de dialogue social et de négociation locale au sein des établissements de santé » et conduit à la publication d'une ordonnance en mai 2021 simplifiant les procédures administratives.

l'isolement et favoriser la QVCT. Ils répondent à un **besoin d'échange et de travail en collaboration des PS** en net augmentation ces dernières années, et ce notamment en Mayenne⁵.

L'utilisation d'**outils numériques** adaptés peut également s'avérer pertinente afin de réduire la charge de travail administrative, améliorer la coordination et la collaboration entre les PS. Répondant à cet enjeu d'un meilleur équilibre vie privée et vie professionnelle, l'application mobile « App'ines » vise à faciliter le processus de recrutement, en particulier lors des périodes de congés, en mettant en relation les praticiens et établissements de soins avec les jeunes diplômés [106]. Intéressons-nous à une autre solution mobile, Quarness de Dedalus, expérimentée avec succès par la Clinique de l'Emeraude à Saint-Malo. Celle-ci permet aux soignants d'échanger via une messagerie instantanée et sécurisée et ainsi de partager des informations en un minimum d'actions et de temps. L'objectif initial de diminuer la charge mentale liée aux interruptions de tâches et l'effort de mémorisation des données semble atteint puisque 94% des utilisateurs ont noté au moins un impact positif sur leur activité et près de la moitié d'entre eux mentionnent une transmission d'informations facilitée et une réduction du nombre d'appels passés et reçus [107].

L'application d'une « organisation commune, stable, adaptée, connue de chacun et favorisant un climat de confiance et de respect mutuel » promue par la FHF [101] met en lumière la nécessité d'**instaurer un management de proximité et collaboratif**. A ce titre, la FHF recommande de porter une attention particulière aux jeunes PS, de 25 à 35 ans, « en adoptant un management plus souple, plus agile, pour limiter les contraintes du travail sur l'organisation de la vie personnelle des professionnels » [101]. Alors que le respect et la considération par les supérieurs et la qualité de l'encadrement figurent parmi les critères primordiaux à la QVCT des personnels des ESMS affiliés à la FHF (cf. figure 5), il apparaît essentiel d'**interroger et de penser l'évolution des modes managériaux** en ville comme à l'hôpital (PRS) et les capacités des managers à agir pour la promotion d'une bonne santé au travail. A ce titre, plusieurs documents alertent sur le manque de moyens humains et matériels, et la charge de travail importante des cadres de santé qui compromet leur rôle dans l'encadrement des soins. Afin d'asseoir pleinement la place des cadres de santé, ils préconisent de réduire leurs tâches administratives et réclament un engagement des tutelles dans la démarche QVCT [103]. Si la formation des faisant-fonctions de cadres était identifiée par la SNS comme un axe d'action, aucune mesure juridique ne semble avoir été prise en ce sens. Notons néanmoins l'instauration en 2023 d'une formation obligatoire, de 12 jours à réaliser dans les 6 mois suivant la prise de fonction, construite spécifiquement pour ce corps de professionnels au sein des établissements de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) [108].

Enfin, les compétences des encadrants sont également sollicitées pour **accompagner et donner du sens au changement** [92, 109]. Les réformes récentes telles que la loi de modernisation de notre système de santé, le virage ambulatoire ou encore la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont induit de profondes modifications du travail. Elles invitent aujourd'hui à **agir pour une meilleure explication des transformations entreprises de manière à faciliter leur compréhension et appropriation** par les PS. Si la SNS et le PRS s'accordent sur ce point et valorisent l'organisation d'actions d'information et de sensibilisation, les orientations de la SNS vont plus loin et préconisent de « prendre en compte les

⁵ Les enquêtes menées par l'ORS Pays de la Loire pour plusieurs URPS ces dernières années révèlent que le nombre de praticiens (médecins généralistes [72], IDE [75], pédicures podologues [110] qui envisagent d'intégrer une MSP ou de s'installer avec des confrères et consœurs a considérablement augmenté ces dernières années.

conséquences de ces évolutions sur les conditions de travail des personnels, de les associer à la mise en œuvre des réformes afin qu'elles soient accompagnées, acceptées et adaptées ».

IV D. Donner aux soignants les moyens d'agir sur la QVCT

Leurs critères de qualité de vie au travail

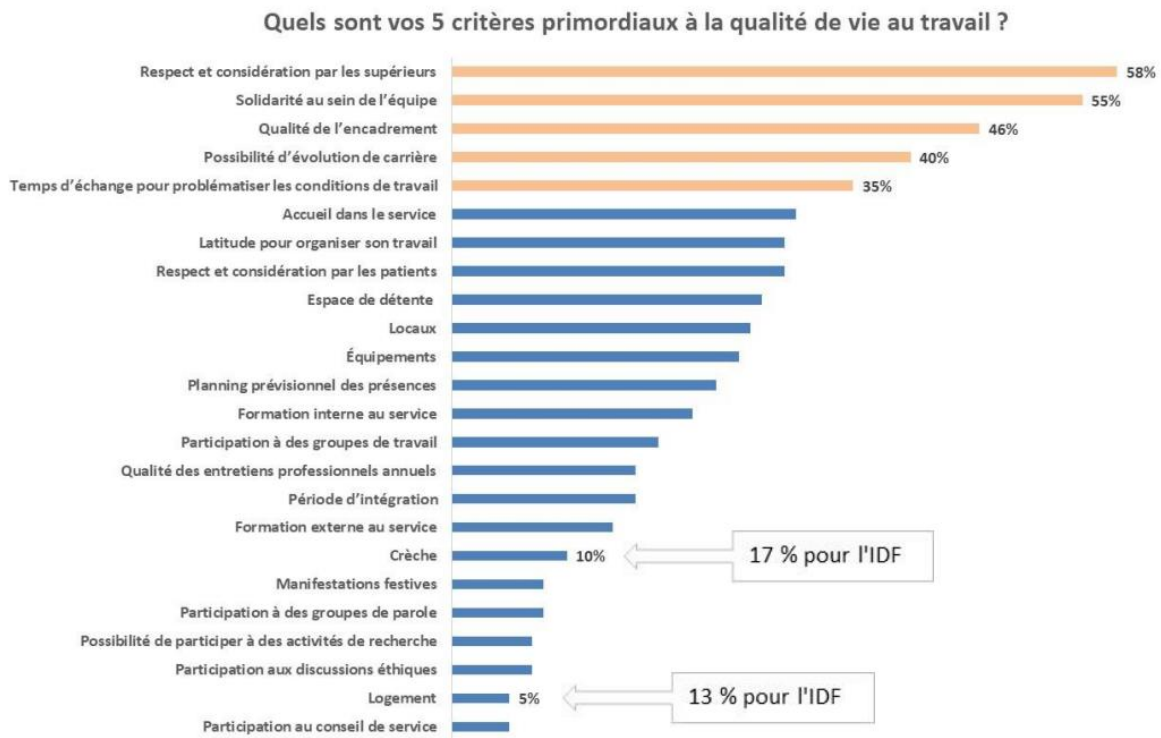


Figure 6 : Les 5 critères primordiaux à la qualité de vie au travail des professionnels de santé et administratifs exerçant en établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux affiliés à la FHF.

Source : Enquête nationale « Prendre soin des professionnels de santé » de la FHF menée auprès de 7 670 professionnels administratifs et soignants en juillet 2022. Résultats publiés le 24/01/2023 par le comité éthique de la FHF [133]

A l'instar des changements d'organisation effectifs dans les établissements ces dernières années dont les effets délétères sur la QVCT ont été critiqués, la création des pôles a parfois induit une distanciation préjudiciable des liens en matière de communication et d'expression des PS [92], soulignant la nécessité de renforcer leur rôle dans l'amélioration du bien-être au travail. En réponse à une capacité à agir sur le quotidien, trop souvent réduite, des PS en établissement [92], qui fait écho aux revendications des médecins libéraux en IDF dont près de la moitié déclarent prioritaire plus d'écoute et de prise en compte de leurs suggestions et observations (cf. annexe 1) [111], la FHF prône « des décisions élaborées de manière plus consensuelle et concertée » [101]. En réponse à cet enjeu, la mise en œuvre d'une **méthode pragmatique fondée sur le dialogue social** associant et informant l'ensemble des acteurs en santé à l'intérêt d'une stratégie d'amélioration de la QVCT apparaît essentielle [94]. Impliquer davantage les PS dans les décisions qui les concernent peut alors prendre la forme d'un **renforcement de la participation des soignants, et notamment du personnel paramédical, à la gouvernance des établissements**, en conformité avec les orientations du Ségur de la santé [108]. Le ministère des Solidarités et de la Santé et l'OMS promeuvent également une représentation appropriée des membres de la direction et du personnel [112] et une parité hommes-femmes [113] dans les instances de décision pour la santé et la sécurité. Pour répondre à ce même objectif, la SNS recommande l'introduction de **temps d'analyse du contenu et des conditions de travail** en systématisant les réunions d'équipe de

proximité. L'orientation de la SNS coïncide alors avec les besoins des PS à l'instar des salariés qui identifient les temps d'échange pour problématiser les conditions de travail comme un axe primordial de la QVCT (cf. figure 6) et rejoint les recommandations de la HAS et de l'ANACT qui ont mis en avant la nécessité d'agir au plus près de l'activité réelle des professionnels. A titre d'exemple, cette mesure a démontré ses bénéfices sur la cohésion, le turn-over et la réduction des tensions entre les salariés de l'AP-HP qui a expérimenté en 2020 la mise en place d'espaces de dialogue sur le travail (EDT), aux modalités variées (formats courts de 15 minutes chaque jour, sessions de deux heures tous les quatre à six semaines, etc.), dans une vingtaine de services [114].

IV E. Gestion des emplois et carrières

Régulièrement citée comme un objectif primordial d'amélioration de la QVCT et de prévention de l'épuisement professionnel, corrélé à celui de fidélisation des ressources humaines, **l'attractivité des professions du secteur de la santé** peut être améliorée au moyen d'actions variées touchant l'ensemble des axes énoncés dans cette partie (cf. figure 5). Toutefois, elle est plus fréquemment associée à la gestion des emplois et carrières au travers d'interventions sur **la rémunération, l'évolution professionnelle, et l'accès à des formations continues et diplômantes**. Si la **revalorisation salariale** des soignants était le pilier central des travaux du Ségur de la santé, l'évolution des modalités de rémunération qui répond à un besoin majeur (cf. annexes 1,2) avait également vocation à être réfléchi à l'échelle régionale selon les priorités du PRS 2018-2022. **L'accompagnement au parcours professionnel** est quant à lui mis en exergue par l'OMS et le PRS pour l'ensemble des PS et par la SNS pour les postes d'encadrement. Il peut prendre la forme d'actions diverses (suivi, réunion, livret) réalisées lors de la période d'accueil et de prise de fonction des nouveaux professionnels visant à renforcer leur intégration [101,103] ou encore de temps dédiés et réguliers tout au long de l'exercice offrant la possibilité aux PS d'exprimer librement leurs attentes et difficultés mais aussi leurs perspectives d'évolution. Néanmoins, ces échanges doivent être soutenus par des **perspectives de mobilité et d'évolution professionnelle visibles, qualifiantes et valorisées** (cf. figure 6, annexes 1 et 2) de manière à prévenir le manque de soutien hiérarchique pour un changement de carrière, identifié comme un facteur de risque de l'épuisement professionnel des médecins hospitalo-universitaires [115]. Si plusieurs évolutions ont eu lieu ces dernières années en faveur des carrières médicales hospitalières, à l'instar de la création d'un entretien professionnel annuel conduit par le chef de service pour les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens (cf. décret 2022-132) [116], **l'accompagnement des carrières et parcours des PS libéraux demeure impensé**.

Par ailleurs, l'OMS, la SNS et le PRS mettent également l'accent sur l'évolution des compétences des PS au travers de **formations initiales et continues** de qualité et adaptées aux transformations du système de santé et aux besoins de la population. Le PRS privilégie des **méthodes pédagogiques nouvelles, des formations croisées et pluriprofessionnelles** traitant de la coordination, la promotion et prévention de la santé ou encore l'autonomie des personnes. Enfin, ces actions portant sur l'attractivité peuvent être appuyées par une campagne de **promotion des métiers du soin et de l'accompagnement** menée auprès de la population comme suggéré par le PRS. Notons que plusieurs mesures ont été prises en Pays de la Loire ces dernières années pour accroître l'attractivité du métier d'aide-soignante : gratuité et ouverture de nouvelles places de formation, attribution d'une rémunération pour les stagiaires, soutien à la création et à l'aménagement de centres de formation ou encore actions de sensibilisation menées auprès des demandeurs d'emploi et des jeunes [117]. Dans le cadre du Plan de mobilisation pour la formation, l'emploi et l'attractivité des professions du secteur sanitaire, médico-social et social initié par l'ARS et les Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) Pays de la Loire, plusieurs actions sont engagées telles que le développement de l'offre en alternance ou encore la mise en

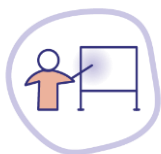
place de contrats allocation étude (CAE) [118]. Soulignons que le concept d'attractivité des métiers en santé dont se saisissent pleinement les acteurs départementaux [119,120] et locaux [104, 105, 121, 122], du fait d'un contexte de démographie médicale faible, se restreint au recrutement de nouveaux professionnels sans y **inclure une réflexion sur la fidélisation des ressources humaines déjà présentes sur le territoire mayennais.**

IV F. Prévenir et gérer les conflits et situations complexes

Les professions du secteur de la santé comportent un risque élevé d'exposition à des événements indésirables qui prennent généralement la forme de **situations de stress et de maltraitance** dues aux responsabilités qui incombent à la profession, à des **conflits internes** voire des **violences** à l'égard des agents. Plusieurs actions sont préconisées de manière à prévenir et limiter les conséquences délétères de ces événements sur la santé mentale des professionnels de santé et à garantir leur sécurité. Parmi elles, on peut citer **l'information sur les moyens de prévenir les violences, le soutien à la reconstruction des professionnels victimes de violences et la formation sur la gestion des tensions et de l'agressivité des patients** dont l'efficacité est soulignée par l'Observatoire National des Violences en Santé (ONVS) [123]. Toute stratégie visant à garantir et renforcer la sécurité des professionnels de santé face aux différents types de violence nécessite également de **s'appuyer sur les dispositifs existants** tels que les accords santé-sécurité-justice⁶, étendus aux PS libéraux en 2011, et de **veiller au respect des patients et des accompagnants** à l'égard des agents, facteur important à la QVCT (cf. figure 6), via une meilleure communication. A titre d'exemple, les Centres Hospitaliers de Bordeaux [124] et d'Avignon [125] ont mené respectivement en 2022 et 2023 des campagnes de sensibilisation pour lutter contre les actes d'incivilité et de violence à l'égard des PS. Avec un slogan intitulé « soignons nos relations pour mieux vous soigner », le CH d'Avignon appelle à « une prise de conscience collective sur l'importance du respect et de la bienveillance en milieu hospitalier ».

Concernant les conflits internes, il est conseillé d'**intervenir précocement à un niveau de proximité en privilégiant le pair à pair** pour éviter leur aggravation et leurs conséquences en termes de RPS avant de faire appel, si nécessaire, à un médiateur régional affilié à l'ARS [112]. L'Observatoire National de la QVCT (ONQVCT) met également en évidence l'importance des **staffs de débriefing**, à organiser les jours suivants une situation difficile, pour permettre aux soignants de s'exprimer sur leur vécu et de décharger les émotions négatives auxquelles ils sont fréquemment exposés et qui peuvent contribuer à une importante détresse [47]. D'ailleurs, ces temps constituent l'un des quatre espaces d'échanges promus par le management participatif [126]. De la même manière, la SNS et le PRS valorisent un accompagnement pluriprofessionnel des situations récurrentes sources de difficultés lors de temps formalisés d'**analyse des pratiques professionnelles** ou **groupes d'expression**.

IV G. Améliorer la détection et la prise en charge des soignants en souffrance



Agir en faveur de la QVCT des professionnels de santé suppose une prévention efficace des RPS mais aussi une meilleure détection et prise en charge des professionnels de santé en situation de souffrance voire d'épuisement professionnel. Pour ce faire, **il est indispensable que les encadrants et les soignants soient suffisamment informés** sur les principaux facteurs de risque psychosociaux, les symptômes de l'épuisement professionnel et la gestion du stress. La SNS, le Plan Régional de Santé au

⁶ Les conventions « santé-sécurité-justice » engagent les ministères de la santé, de l'intérieur et de la justice et l'ensemble des soignants, libéraux comme salariés. Revisées chaque année, elles ont pour objectifs d'améliorer la sécurité des professionnels de santé et de renforcer la coopération locale avec les forces de l'ordre.

Travail (PRST) et la concertation nationale sur la santé des soignants recommandent une communication forte et répétée, en établissement comme en ambulatoire, au moyen d'**actions de sensibilisation et de diffusion d'outils de détection des RPS** ainsi que de **programmes de formation à destination des PS, des représentants du personnel et des encadrants**. Dans un objectif d'accompagnement des managers dans leurs missions, il est décrit comme essentiel d'instaurer des **formations systématiques** au bien-être au travail auprès des responsables et personnels d'encadrement médicaux et non-médicaux, et notamment des faisant-fonctions de cadres, au sein des établissements. L'ONQVCT évoque à ce sujet « une nécessité absolue » dont le caractère devrait être obligatoire.

Concernant les PS, la SNS souhaite encourager la montée en compétences des professionnels en ambulatoire sur ces sujets par le **DPC**. Si les formations pourront varier dans leur contenu en fonction du public (manager, PS), les résultats attendus se rejoignent autour d'**un repérage précoce des agents en situation de fragilité** sur le plan psychosocial, par le collectif de travail et l'encadrement, et **la mise en place d'actions pour prévenir et éviter la dégradation de l'état de santé mentale** des PS. Par comparaison aux orientations promues sur le territoire français, l'OMS se distingue par une vision plus globale des bénéfices apportés par la formation en termes de lutte contre la stigmatisation des problématiques de santé mentale au travail et de développement des compétences relationnelles telles que la communication ouverte et l'écoute active [127].

De plus, les acteurs du domaine s'accordent sur la nécessité d'**assurer, à chaque professionnel, l'accès à un service de prise en charge psychologique**. Si plusieurs dispositifs existent aujourd'hui à l'instar des services d'entraide entre pairs et des lignes d'écoute mises en place par de multiples acteurs, tels que le Ministère de la santé et de la prévention, l'association Soins aux Professionnels de Santé (SPS) ou encore le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), **la création de mesures d'assistance psychologique** « via des centres dédiés, une ligne téléphonique et une plateforme en ligne avec des ressources pour soutenir psychologiquement et émotionnellement les soignants » et le recours à une approche privilégiant la paire-aidance entre PS figurent de nouveau parmi les axes d'intervention de la concertation nationale sur la santé des soignants [97]. Comme indiqué dans la SNS, sur la période 2017-2019, 30 millions d'euros ont été consacrés au renforcement des services de santé au travail à l'échelle des GHT composés à minima d'un psychologue, d'un assistant social et d'un conseiller en prévention des risques professionnels [128].

Alors que Mme Agnès Firmin Le Bodo soulignait les causes multiples aux réticences des professionnels de santé à consulter un médecin et déclarait mesurer « la force du déni des soignants lorsqu'ils perdent pied » [129], des réflexions doivent être engagées sur les moyens à privilégier pour **inciter à choisir un médecin traitant et écarter les tentatives d'auto-diagnostic et d'auto-médication**. A titre d'exemple, la commission Santé des Médecins Anesthésistes Réanimateurs au Travail (SMART) du Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs (CFAR) mène depuis 2017 une campagne de sensibilisation à destination des médecins intitulée « Dis doc, t'as ton doc ? » qui réunit aujourd'hui plus de 33 partenaires institutionnels [130].



IV H. Développer une offre de services adaptés

Dans l'objectif d'une meilleure articulation des sphères privées et professionnelles, plusieurs documents recommandent **la création ou l'adaptation de services aux contraintes des professionnels de santé**. A ce titre, la concertation nationale et la SNS se rejoignent autour d'une même ambition : celle



d'améliorer la prévention et le suivi médical des professionnels de santé en facilitant l'accès aux dispositifs de prévention et de soins. Plusieurs exemples concrets sont cités tels que la mise en place d'un **numéro unique** dédié, de **plages horaires de consultation adaptées** à l'emploi du temps des professionnels de santé ou encore la possibilité de réaliser un **examen de santé complet et gratuit** en permettant

l'accès à la médecine du travail pour les libéraux. Faciliter la vie quotidienne des professionnels peut aussi s'exprimer au travers de **diverses initiatives** comme l'aménagement d'**espaces de détente** (cf. figure 6), d'un **mode de garde** pour les enfants du personnel au sein de l'établissement (cf. figure 6) ou l'élaboration d'une offre de **logement** et de **transports dédiés et adaptés**. Les initiatives sont nombreuses en France : on peut citer la mise en œuvre d'un service de transports dédiés aux soignants par la métropole de Bordeaux [131], l'installation de « cocons à siestes » et d'une application permettant d'écouter des audios de sophrologie au CHU de Rennes [132] ; comme en Mayenne : mise à disposition d'un panier repas au sein de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) d'Evron, amélioration et extension de l'offre de logement pour les étudiants en santé au CH de Laval, etc.

Enfin, les orientations mondiales et nationales s'accordent sur l'intérêt des **actions individuelles** visant une meilleure gestion du stress ou une réduction des symptômes en cas de détresse psychologique à l'instar des **interventions psychosociales** fondées sur la pleine conscience, des **approches cognitivo-comportementales** et de **l'activité physique** telle que la musculation, la marche ou le yoga.

V. Comment agir ?

Trois types d'interventions doivent être mis en place concomitamment pour avoir une réelle efficacité : **action sur les sources de stress** (facteurs de risques au travail), **action sur les adaptations face au stress** (gestion du stress), et **action sur la prise en charge des individus affectés par le stress**.

L'importance de la **communication** entre professionnels et des compétences relatives à **l'identification des symptômes** de l'épuisement professionnel est également mis en exergue.

Les **soignants** doivent **prendre soin d'eux-mêmes** et de leurs **confrères** pour s'occuper efficacement de leurs patients [134]. En effet, les effets du stress sont aisément visibles sur la santé mentale et/ou physique des personnes. Mais ils ont également des impacts sur l'organisation d'une structure (absentéisme, rotation du personnel, performances amoindries). Il est donc nécessaire pour les structures d'agir pour lutter contre le stress au travail, dans l'intérêt primordial de la santé des travailleurs, mais aussi dans l'intérêt propre de la structure. Cela est particulièrement vrai dans les structures de soins, où une dégradation de l'état de santé des professionnels, qu'il soit physique et/ou mental, peut avoir de graves répercussions sur la qualité des soins [31] et de fait sur la propre santé des patients.

Il existe des **multitudes d'actions** à mettre en place pour penser l'organisation d'une structure dans le but de réduire le stress des professionnels [135].

V A. Lutter contre la banalisation du stress pour mieux repérer les situations d'épuisement professionnel

Tout d'abord, les représentants de structures ne doivent pas avoir peur de **parler du stress professionnel**, il doit être abordé « efficacement, c'est-à-dire sans banalisation et sans dramatisation ».

Aussi, il est possible d'**identifier une situation d'épuisement professionnel** par les **symptômes** ressentis ou remarqués chez le professionnel concerné. Il est également possible d'agir sur ces symptômes afin de soulager la personne touchée et/ou d'éviter d'arriver à une situation d'épuisement professionnel. Ces différents symptômes sont présentés sur la figure ci-contre [136]. L'identification de signes de burn-out chez les professionnels du soin peut également être faite par l'intermédiaire d'un **test** : le test de Maslach, le Maslach Bournout Inventory (MBI test) [137].

Sur le plan physique	Sur le plan émotif	Sur le plan intellectuel
<ul style="list-style-type: none">• Fatigue généralisée• Troubles digestifs• Nausées• Maux de dos• Problèmes de peau• Maux de tête• Infections virales persistantes• Déséquilibres hormonaux• Insomnies• Hypertension• Problème de rigidité musculaire• Perte de poids	<ul style="list-style-type: none">• Irritabilité• Cynisme• Impatience, désespoir• Négativisme• Sentiment d'abandon• Diminution de l'estime de soi• Sentiment d'incompétence• Anxiété, culpabilité• Aversion pour le travail• Colère, agressivité• Méfiance, susceptibilité• Diminution des capacités à communiquer	<ul style="list-style-type: none">• Pertes de mémoire• Distraction• Incapacités d'exécuter des opérations simples comme le calcul mental• Difficultés de jugement• Indécision• Sentiment de confusion• Difficultés de concentration

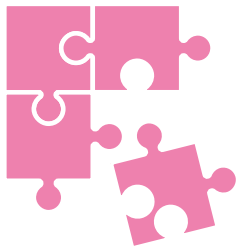
Figure 7 : Principaux symptômes de burn-out communs à la dépression, hormis le cynisme

Source : Robbe-Kernen M., Kehtari R. (2014, 24 septembre). Les professionnels de la santé face au burn-out. Facteurs de risque et mesures préventives. Revue Médicale Suisse. [138]

V B. Agir en prévention primaire, secondaire et tertiaire

Il existe trois types d'interventions pour prévenir l'apparition et les effets du stress au travail : « les **interventions primaires** (réduction des sources de stress), les **interventions secondaires** (aide pour faire

face au stress) et les **interventions tertiaires** (prise en charge des individus affectés par le stress) » [138]. L'institut national pour la sécurité et la santé au travail américain affirme que des changements organisationnels (qui correspondent à l'intervention primaire principalement) sont essentiels pour améliorer les conditions de travail, et donc réduire le stress au travail, mais ajoute qu'un changement organisationnel ne suffit pas et qu'il faut le lier à une aide apportée aux individus [139]. Selon lui, **il faut donc une intervention primaire, secondaire et tertiaire pour qu'il y ait un réel impact sur le stress professionnel**. L'ANI français de juillet 2008 va également en ce sens, puisqu'il rappelle que « les mesures à prendre pour lutter contre le stress au travail peuvent être individuelles, collectives ou concomitantes, et doivent faire l'objet de réexamens réguliers » [140].



Premièrement, en matière de **prévention primaire**, le but est d'**éliminer** ou au moins de **contrôler les facteurs de risque au travail** en agissant sur ceux-ci pour **réduire leurs impacts** sur les professionnels. Les axes de réflexion vont donc être dépendants des facteurs de stress détectés. Des actions modifiant l'organisation de travail peuvent être réfléchies après avoir **évalué les facteurs de risque mais aussi les populations les plus touchées**, en impliquant les professionnels [141]. En effet, il est important de renforcer la dynamique participative des professionnels de santé dans l'organisation, par la mise en place d'une approche de gestion managériale participative [77].

Au sujet de la recherche de ces facteurs de risque, la HAS recommande de commencer par une analyse des conditions de travail, qui s'appuie sur les 6 catégories de facteurs de RPS issues du rapport Gollac.

Il est primordial pour le professionnel d'**identifier les causes organisationnelles** de son burn-out [36]. L'action sur le milieu et l'organisation du travail est en effet indispensable dans une démarche de prévention du burn-out [31], puisque certaines adaptations de l'organisation de travail peuvent être mises en place pour que les professionnels de santé soient moins stressés et/ou diminuent leurs risques d'être en situation d'épuisement professionnel [33].

Doivent également être analysés **les antécédents personnels et familiaux** ainsi que le **rapport au travail**. En effet, le risque de développer un syndrome d'épuisement professionnel peut être associé à des antécédents dépressifs et à certains traits de personnalité pouvant limiter les capacités d'adaptation. Ces facteurs individuels permettent de préconiser une prévention plus adaptée et renforcée. Néanmoins, ils ne doivent pas contribuer à sélectionner une catégorie de travailleurs, ni à exonérer la responsabilité des facteurs de risque présents dans l'environnement de travail [31].

Également, la HAS affirme que l'existence de **ressources dans le travail** est protectrice : soutien social, stabilité du statut, collectif de travail vivant, moyens techniques, matériels et humains suffisants.

Dans les faits, **les facteurs organisationnels sont largement identifiés comme contribuant au burn-out des soignants, pourtant très peu de propositions sont aujourd'hui développées en matière de prévention primaire de manière à proposer des modalités de travail favorables à une bonne santé** [3].

Deuxièmement, en matière de **prévention secondaire**, l'objectif est d'**aider les professionnels à gérer les exigences et contraintes du travail** en travaillant sur les **stratégies d'adaptation aux sources de stress, en renforçant la résistance au stress et/ou en soulageant les symptômes liés au stress**. Ces champs d'intervention sont liés à l'individu même, mais les structures peuvent agir pour les favoriser. Notamment, elles peuvent mettre en place des **formations** de gestion du temps, de gestion des conflits ou encore de

gestion de l'agressivité. Elles peuvent aussi accompagner les soignants dans le **développement de capacités psychologiques** telles que le contrôle des émotions. Il peut être mis en place, au sein des structures, des ateliers de relaxation ou d'exercices physiques. Aussi, l'instauration de **temps de discussion et de dialogue** est importante pour soulager le stress professionnel. Pour les plus grosses structures il est également possible d'agir en proposant des services adaptés aux obligations de la vie personnelle (par exemple par la mise en place de crèches).

Troisièmement, en matière de **prévention tertiaire**, le but est d'**aider de manière directe et individuelle** les professionnels souffrant de stress voire d'épuisement professionnel. Cela peut se traduire par la **promotion d'une assistance psychologique** ou de **consultations spécialisées** notamment. Cela passe également par la **préparation du retour au travail** pour les professionnels qui ont suspendu leur activité professionnelle pour épuisement professionnel. À son retour, le travailleur ne doit pas retrouver un cadre de travail identique, une **réflexion** doit en effet être menée par les différents acteurs de l'entreprise (et avec le travailleur) pour changer l'organisation du travail, examiner les possibilités de réorienter l'activité ou l'opportunité de redéfinir un nouveau projet professionnel [31].

Au sujet de la **prise en charge** des soignants étant en situation d'épuisement professionnel, celle-ci est **spécifique**, et doit être **adaptée**, puisqu'elle implique le respect de la confidentialité mais aussi une certaine réactivité⁷.

Les professionnels de santé en souffrance peuvent se tourner vers leur **médecin traitant**, vers un(e) **psychologue** ou **psychiatre**, vers les **services d'entraide du Conseil de l'Ordre** (pour les médecins), vers des **numéros d'écoute et d'assistance**. A ce sujet, la commission Santé du Médecin Anesthésiste Réanimateur au Travail (SMART) répertorie les dispositifs d'aide [61]. Il s'agit principalement d'associations qui offrent une aide téléphonique aux soignants en difficulté, ainsi qu'un accompagnement vers des structures de soin. Ces dispositifs sont anonymes et gratuits.

En ce qui concerne les **soignants salariés**, ceux-ci peuvent être suivis par leur **service de santé au travail**, comme n'importe quel professionnel salarié.

De manière plus globale en matière de prévention, il peut évidemment être conseillé aux soignants de rechercher de l'aide parmi leurs **proches**, de **se reposer** (notamment en diminuant leur temps de travail), mais il est aussi important de souligner l'importance de la **parole**, notamment auprès des **collègues, confrères** et/ou par le biais de **groupes de pairs**. Que le professionnel de santé ressentant un stress en soit arrivé à une situation d'épuisement professionnel ou non, il peut se tourner vers des **activités** telles que la méditation ou la sophrologie afin d'améliorer son bien-être [36].

⁷ Cf 4. Mal-être, épuisement professionnel et burn-out des soignants

VI. Bibliographie

- [1] Méda, D. & Vendramin, P. (2013). *1 - Une histoire de la valeur accordée au travail*. Dans : , D. Méda & P. Vendramin (Dir), *Réinventer le travail* (pp. 7-54). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- [2] *Notre rapport au travail en 2023, par Julia de Funès – Brut Philo.* (2023, 16 avril). [Vidéo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=k2b5CwFS-NU>
- [3] Valérie Gateau, Cynthia Fleury-Perkins (2020) « Pour une clinique philosophique du burn-out des professionnels de santé ». [Travaux universitaires] Chaire Humanité et santé (Cnam); Chaire de philosophie à l'hôpital (GHU Paris Psychiatrie et neurosciences).ffhal-03244301f
- [4] Bowie N.E. (1998), "A Kantian theory of meaningful work", *Journal of Business Ethics*, Vol. 17, No 9/10, pp.1083-1092.
- [5] Wrzesniewski, A., McCauley, C., Rozin, P., Schwartz, B. (1997), "Jobs, careers, and callings: people's relations to their work", *Journal of Research in Personality*, 31, pp.21-33.
- [6] Lips-Wiersma M., Moris L. (2009), "Discriminating between 'meaningful work' and the 'management of meaning'", *Journal of Business Ethics*, 88, pp.491-511
- [7] Lips-Wiersma M., Wright S. (2012), "Measuring the Meaning of Meaningful Work: Development and Validation of the Comprehensive Meaningful Work Scale (CMWS)", *Group & Organization Management*, 37(5), pp.655-685.
- [8] Steger M., Dik B.J., Duffy R.D. (2012), "Measuring meaningful work: The Work as Meaning Inventory (WAMI)", *Journal of Career Assessment*, 20(3), July, pp.322-337.
- [9] Louazel, M., Mourier, A., Ollivier, E. & Ollivier, R. (2018). *Le management en santé: Gestion et conduite des organisations de santé*. Presses de l'EHESP. <https://doi.org.ezproxy.ThomasCourtot.normandie-univ.fr/10.3917/ehesp.louaz.2018.01>
- [10] Gros, F. (2007). Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin. *Recherche en soins infirmiers*, 89, 15-20. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0015>
- [11] Péoc'h, N. & Ceaux, C. (2012). Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé...: L'apport compréhensif d'une recherche décisionnelle menée au CHU de Toulouse. *Recherche en soins infirmiers*, 108, 53-66. <https://doi.org/10.3917/rsi.108.0053>
- [12] Haut Conseil de la Santé Publique. (2011). Le soin comme engagement éthique. *Actualité et dossier en santé publique (adsp)*, 11. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=117>
- [13] Ntetu, A. & Tremblay, M. (2014). Les valeurs, un outil d'appropriation par les soignants d'une démarche éthique en contexte des soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs*, 29, 77-84. <https://doi.org/10.3917/inka.143.0077>
- [14] Guennic, T. L. (2012). Pascale Molinier, Le travail du care. *Lectures*. <https://doi.org/10.4000/lectures.11078>
- [15] Garrau, M. & Le Goff, A. (2010). Introduction. Dans : , M. Garrau & A. Le Goff (Dir), *Care, justice et dépendance : Introduction aux théories du care* (pp. 5-10). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- [16] Svandra, P. (2011). Le soin sous tension ? *Recherche en soins infirmiers*, 107, 23-37. <https://doi.org/10.3917/rsi.107.0023>

- [17] Morvillers, J. (2015). Le *care*, le *caring*, le *cure* et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*, 122, 77-81. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0077>
- [18] Schweyer, F. (2018). Chapitre 6. Sociologie des professions du champ sanitaire et social. Dans : Michel Louazel éd., *Le management en santé: Gestion et conduite des organisations de santé* (pp. 121-137). Rennes: Presses de l'EHESP. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/ehesp.louaz.2018.01.0121>
- [19] Pierre Bourdieu, *Les structures sociales de l'économie*, Le Seuil, Paris, 2000, 289 p.
- [20] Aynaud, O. & Picard, D. (2011). Le statut de médecin par rapport aux autres professions libérales. *Revue française des affaires sociales*, 311-321. <https://doi.org/10.3917/rfas.112.0311>
- [21] Lévy, D. (2011). Le métier de médecin aujourd'hui. *Revue française des affaires sociales*, 297-309. <https://doi.org/10.3917/rfas.112.0297>
- [22] Goulet, C. (2015). *Étude comparative des conditions de vie et d'exercice des médecins généralistes libéraux installés en Limousin, selon leur sexe* [Thèse de doctorat]. Université de Limoges.
- [23] Douguet, F. & Muñoz, J. (2008). Introduction. Dans : Florence Douguet éd., *Santé au travail et travail de santé* (pp. 5-15). Rennes : Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.dougu.2008.01.0005>
- [24] Définition de la santé au travail. (s. d.). OGBL. <http://www.ogbl.lu/definition-de-la-sante-au-travail/>
- [25] Gollac Michel, Bodier Marceline (dir.), *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, DARES, Ministère du travail et de l'emploi, (2011). http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf.
- [26] Les risques psychosociaux (RPS) en entreprise. (2023, 24 mai). Assurance Maladie. <https://www.ameli.fr/entreprise/sante-travail/risques/risques-psychosociaux-rps>
- [27] Risques psychosociaux. (2010, 15 septembre). Ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion. <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/risques-psychosociaux>
- [28] Article 6 - Accord du 3 mars 2017 relatif à la santé et à la sécurité au travail - LégiFrance. (s. d.). Légi France. https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/article/KALIARTI000034898392
- [29] Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & health*, 16(5), 501-510. <https://doi.org/10.1080/08870440108405523>
- [30] Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *MBI : Maslach burnout inventory. manual*. Palo Alto, CA: University of California, Consulting Psychologists Press.
- [31] Haute Autorité de Santé (HAS), Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, Fiche Mémo, 2017
- [32] Inter syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR IMG). (2011). *La prévention du burn-out : Guide pratique*.

- [33] Equipe éditoriale MACSF. (2020, 06 août). *Les soignants et le stress...* MACSF. <https://www.macsf.fr/vie-pratique/sante/les-soignants-et-le-stress>
- [34] INRS. (2021, 09 novembre). Dossier RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS), *Facteurs de risque*. INRS. <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/facteurs-risques.html>
- [35] Galam E., Commission Prévention et santé Publique, Union Régionale des Médecins Libéraux (URLM) Ile-de-France. (2007, juin). *L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives*. https://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
- [36] Groupes Qualité APIMED Pays de la Loire. (2021, novembre). Dossier documentaire *Burn-out des Médecins généralistes, Syndrome d'épuisement professionnel*. <https://apimed-pl.org/contenu/uploads/2021/10/2021-Dossier-Documentaire-Burn-Out.pdf>
- [37] Shadili G., Goumard D., Provoost J-P, Le Pallec G. (2018). *Burn out des médecins et autres praticiens hospitaliers*. Cairn, L'Information psychiatrique, Volume 94, p.13-18. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-1-page-13.htm>
- [38] Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Desailly-Chanson M-A., Siahmed H., Elshoud-Igaenr S. (2016, décembre). Rapport N°2016-083R *Établissements de santé. Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques*. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-083R_Tome_I-2.pdf
- [39] Estryn-Behar M., Muster D., Doppia M-A., Guetarni K., Machet G., et autres. (2009). *Enquête Santé et satisfaction des médecins au travail (SESMAT), Influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins*. https://www.researchgate.net/publication/225188973_Influence_du_travail_d%27equipe_sur_la_satisfaction_professionnelle_des_medecins_Resultats_de_l%27enquete_SESMAT
- [40] HIMSS. (2021). *De la surcharge de travail à l'épuisement professionnel. Ce que pensent les soignants*. https://www.nuance.com/content/dam/nuance/fr_fr/collateral/healthcare/white-paper/wp-from-overload-to-burnout-what-clinicians-think-fr-fr.pdf
- [41] Santé Publique France. (2021, 10 septembre). *Études et enquêtes Surveillance des suicides en lien potentiel avec le travail*. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/souffrance-psychique-et-epuisement-professionnel/documents/enquetes-etudes/surveillance-des-suicides-en-lien-potentiel-avec-le-travail#:~:text=Dans%20cette%20C3%A9tude%2C%2010%20%25%20des,emploi%20au%20moment%20du%20d%20C3%A9c%20C3%A8s.>
- [42] Leopold Y. (2008). *Suicide des médecins : un risque deux fois plus élevé*. Le concours médical, Volume 130 - 8, p.398-399.
- [43] Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS). (2014, 12 décembre). *Référentiels inter régionaux en soins oncologiques de Support, Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants (SEPS)*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/QVCT_rir_seps_121214.pdf
- [44] Grevin A. (2011). Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'Université de Nantes, spécialité Sciences de Gestion, *Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Etude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée malades de « gestionniste »*. <https://theses.hal.science/tel-00683586>

- [46] Rössler W. (2012). *Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 262 (S2), 65-69. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0353-4>
- [47] Fédération Hospitalière de France & Université de Nîmes. (2023). Comprendre et prévenir le risque suicidaire dans le secteur professionnel de la santé. Dans Fédération Hospitalière de France.
- [48] Hartzband P. et Groopman J. (2020, mai). *Physician Burnout, Interrupted*. NEJM. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2003149>
- [49] Légeron P. (2021, 25 janvier). *Médecin : un métier à risques Stress, risques psychosociaux et burn-out*. Dans Maury M. et al. Dir. (2019). *Les médecins ont aussi leurs maux à dire*, ERES.
- [50] Collectif Santé en Danger (SED) et association Soins aux Professionnels de la Santé (SPS). (2021, 25 janvier). *Le Covid-19 a dégradé encore un peu plus les conditions de travail du secteur de la santé*. Hospimédia. <https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20210125-ressources-humaines-le-covid-19-a-degrade-encore>
- [51] Hospimédia. (2023, 31 juillet). *Le droit à la déconnexion à l'hôpital doit être vu sous l'angle de la charge de travail*. Interview, L'œil...du juriste, Loïc Lerouge, directeur de recherche au CNRS à Bordeaux et spécialiste de la santé au travail, Hospimédia. <https://www.hospimedia.fr/actualite/interviews/20230731-l-oeil-du-juriste-le-droit-a-la>
- [52] Moisson V. et Roques O. (2005). *Stress et stratégies d'ajustement : une étude exploratoire sur les moyens de faire face développés par un service des urgences de nuit*. 7e Université de Printemps de l'IAS.
- [53] Karasek R., Theorell T. (1990). *Healthy Work : stress, productivity, and the reconstruction of the working life*. New York : Basic Books.
- [54] Dagrada H., Verbanck P., Kornreich C. (2011). *Le burn-out du médecin généraliste : hypothèses étiologiques*. Revue Médicale de Bruxelles, Volume 32, p.409.
- [55] Ordre des médecins. (2008, juin). *Le médecin malade*. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des Médecins du 28 juin 2008. <http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2008/10/lemedecinmaladesynthese.pdf>
- [56] Delbrouck M. (2007). *Burn-out et médecine : Le syndrome d'épuisement professionnel*. Cairn, Cahiers de psychologie clinique, numéro 28 (1), p.124.
- [57] Ordre National des Infirmiers. (2018, avril). *Dépression, épuisement professionnel, mal-être : quelle réalité au sein de notre profession ?* https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/publications/Mal_etre_synthese_enquete_avril%202018.pdf
- [58] Roy J. et Robichaud, F. (2016). *Le syndrome du choc de la réalité chez les nouvelles infirmières*. Recherche en soins infirmiers, 127, 82-90. <https://doi.org/10.3917/rsi.127.0082>
- [59] Moisson-Duthoit V. (2016). *Infirmières, entre implication et stress au travail*. Cairn, FORUM 2016/3 N°149, p.35-43. <https://www.cairn.info/revue-forum-2016-3-page-35.htm>
- [60] Fleury-Perkins C. (2017). *Une maltraitance institutionnelle*. Dans : Auslender V. (2017). *Omerta à l'Hôpital, le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*, Michalon, p.215.
- [61] Doppia M-A., Torrielli R., Mion G., Bonnet F., et les membres de la Commission SMART du Collège Français des anesthésistes-réanimateurs. (2011, 15 février). *Les associations de prise en charge des*

médecins en difficulté professionnelle. https://sfar.org/wp-content/uploads/2020/05/associations_prise_en_charge.pdf

[62] Stethos. (2016, octobre). Rapport d'enquête *Vulnérabilités des professionnels de santé*.

[63] Kuhn C-M., Flanagan E-M. (2017). *Self-care as a professional imperative : physician burnout, depression, and suicide*. Canadian Journal of Anesthesia, 64, p.158-168.

[64] Inter syndicat national des internes. (2017). *Enquête santé mentale jeunes médecins : Dossier de presse Hopital Saint Anne*.

[65] *La santé mentale des étudiants en médecine*. (2020, 2 mai). Fondation Jean-Jaurès. <https://www.jean-jaurès.org/publication/la-sante-mentale-des-etudiants-en-medicine/>

[66] *Santé mentale des étudiants infirmiers dégradée, volonté de quitter la profession. . . les inquiétants constats de l'enquête Fnesi*. (2023, 18 mai). APM News. <https://www.apmnews.com/depeche/206968/382660/sante-mentale-des-etudiants-infirmiers-degradee%2C-volonte-de-quitter-la-profession%E2%80%A6-les-inquietants-constats-de-l-enquete-fnesi>

[67] Inspection générale des affaires sociales (IGAS) & Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGESR). (2022). *La qualité de vie des étudiants en santé (QVES)*. <https://www.igas.gouv.fr/La-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante-QVES.html>

[68] *Hygiène de vie et prévention du burnout* – Gilles Bertschy. (2020, 3 juin). CNAES. <https://xn-cnae-sant-j4a.fr/hygiene-de-vie-et-prevention-du-burnout>

[69] *Résultats préliminaires du premier volet de l'étude CNA-CORE*. (2020, 1 juillet). CNAE Santé. <https://xn-cnae-sant-j4a.fr/project/cna-core-texte-vfm>

[70] Coulomb A, 2009, *Un regard sur le management hospitalier*, éditions CAHPP.

[71] Haut conseil de la santé publique. (2020). *Prendre soin des professionnels de santé Adsp*, 110.

[72] Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire & Union Régionale des Médecins Libéraux Pays de la Loire. (2019). *Modes d'exercice et emplois du temps des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire : Panel en médecine générale 2018-2021*. Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire, 21.

[73] Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire & URPS Chirugiens-dentistes Pays de la Loire. (2015). *Conditions d'exercice et activité des Chirugiens-Dentistes des Pays de la Loire : Enquête 2015. Premiers résultats*.

[74] Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire. & URPS Masseurs-kinésithérapeutes Pays de la Loire (2014). *Masseurs-kinésithérapeutes libéraux : conditions d'exercice et activité en Pays de la Loire. : Synthèse*.

[75] Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire & Union Régionale des Professionnels de Santé Infirmiers Libéraux Pays de la Loire. (2020). *Pratiques et conditions d'exercice des infirmiers libéraux dans les Pays de la Loire : Vue d'ensemble des résultats de l'enquête 2019*.

[76] Baromètre Mutuelle nationale des hospitaliers (MNH)-Odoxa, (2022), *Soigner notre système de santé : Français et personnels soignants à l'unisson*.

[77] Haliday H., (2018), *le management en santé au service de la qualité de vie au travail des professionnels*. Ethique & santé, 15 (2), pp.118 - 124. ff10.1016/j.etiqe.03.003ff. fhal-03559265.

- [78] Juven, P.-A., Pierru, F., & Vincent, F. (2019). La casse du siècle. A propos des réformes de l'hôpital public. Raisons d'agir Eds.
- [79] Belorgey, N. (2010). L'hôpital sous pression : enquête sur le " nouveau management public", La Découverte., Paris.
- [80] Georgescu, I. (2010). La Pression Financière Interne, ses déterminants et ses effets sur les attitudes et comportements : le cas de l'hôpital public français (Doctoral dissertation, Université Montpellier I).
- [81] Morel, S. (2016). La fabrique médicale des inégalités sociales dans l'accès aux soins d'urgence : Ethnographie comparée de deux services d'urgence public et privé. *Agone*, 58, 73-88. <https://doi.org/10.3917/agone.058.0073>
- [82] Izambert, C. (2016). Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public : vers une nouvelle morale hospitalière ?. *Agone*, 58, 89-104. <https://doi.org/10.3917/agone.058.0089>
- [83] Pitti, L., & Mariette, A. (2020). Covid-19 en Seine-Saint-Denis (2/2) : Comment le système de santé accroît les inégalités. *Métropolitiques*. <https://metropolitiques.eu/Covid-19-en-Seine-Saint-Denis-2-2-comment-le-systeme-de-sante-accroit-les.html>
- [84] Estryn-Béhar, M., Van Der Heijden, B., Fry, C. & Hasselhorn, H. (2010). Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants. *Recherche en soins infirmiers*, 103, 29-45.
- [85] Idem
- [86] *Après 10 ans de carrière, près de la moitié des infirmières ont quitté leur poste à l'hôpital (Drees)*. (2023, août 24). APMNews. <https://www.apmnews.com/depeche/206968/399723/apres-10%C2%A0ans-de-carriere%2C-pres-de-la-moitie-des-infirmieres-ont-quitte-leur-poste-a-l-hopital-%28drees%29>
- [87] Beehr, T. A., Glazer, S., Nielson, N. L., & Farmer, S. J. (2000). Work and nonwork predictors of employees' retirement ages. *Journal of Vocational Behavior*, 57(2), 206-225
- [88] *Lancement d'une consultation nationale sur la santé des professionnels de santé – Ministère de la Santé et de la Prévention*. (2023, 28 avril). <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/lancement-d-une-consultation-nationale-sur-la-sante-des-professionnels-de-sante>
- [89] Comité Consultatif national d'éthique (CCNE). (2022). Repenser le système de soins sur un fondement éthique : leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives. Avis 140
- [90] BENYANIMA A., BOILEAU C., CAUMES E., et al. (04/05/2020), « Libérons l'hôpital du fléau bureaucratique ! », *Le Figaro*, p. 24.
- [91] Blanc B., Joanny S., Morliere M. (2021). Résilience organisationnelle et crise sanitaire de la Covid-19 : comment faire face ? *Sciences de l'Homme et Société*. ffdumas-03507621f
- [92] Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Prendre soin de ceux qui nous soignent. (2023). Dans ministère de la Santé et de la prévention. <https://sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail-QVCT/article/une-strategie-nationale-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent>
- [93] Organisation mondiale de la Santé & Organisation internationale du Travail. (2021). Prendre soin des soignants : programmes nationaux de santé au travail pour les agents de santé : note

d'orientation. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340699>.
Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

[94] Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion. (2021). 4ème Plan de santé au travail 2021-2025. <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst4.pdf>

[95] Plan régional de santé au travail Pays de la Loire 2021-2025. (2021). Dans Préfecture de la région des Pays de la Loire.

[96] Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH). (2023). Plan d'actions régional 2024 : Pays de la Loire. Dans ANFH.

[97] Santé des professionnels de santé : des mesures dès « fin juin », les premiers résultats d'une enquête dévoilés. (2023b, mai 24). <https://www.apmnews.com/depeche/206968/396567/sante-des-professionnels-de-sante-des-mesures-des-fin%20juin%2C-les-premiers-resultats-d-une-enquete-devoiles>

[98] Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). (2023, 12 mai). La violence en santé et l'ONVS : Un meilleur accompagnement des professionnels de santé. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-sante/dgos-onvs>

[99] Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. (2016, 2 février). GPS : une démarche pour mesurer la satisfaction des salariés. ANACT. <https://www.anact.fr/gps-une-demarche-pour-mesurer-la-satisfaction-des-salaries>

[100] Oleffe, A. (2023, 5 juillet). Recrutement d'aides-soignants au Centre Hospitalier du Mans. Ouest France Emploi. <https://www.ouestfrance-emploi.com/actualite-emploi/centre-hospitalier-du-mans-aide-soignant>

[101] Fédération Hospitalière de France. (2023). Comment prendre soin des professionnels de santé ? : Synthèse de l'avis du comité éthique de la Fédération Hospitalière de France.

[102] Une enquête menée par APH reflète les fortes attentes des praticiens hospitaliers. (2023, 25 mai). Hospimedia. <https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20230525-dialogue-social-une-enquete-menee-par-aph-reflete>

[103] Observatoire national de la qualité de vie au travail. (2023). QVCT et qualité des soins et des accompagnements : Restitution du groupe de travail / Actualisation 2021. Dans ministère de la Santé et de la prévention.

[104] Ville de Laval & Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. (s. d.). Contrat local de la santé 2019-2021. Dans Ville de Laval.

[105] Agence Régionale de santé Pays de la Loire, Centre Intercommunal d'Action Social (CIAS) de l'Ernée, Communauté de communes de l'Ernée, Communauté de communes Bocage Mayennais, & Conseil Départemental de la Mayenne. (2023). Contrat Local de Santé des communautés de communes de l'Ernée et du Bocage Mayennais 2023-2026.

[106] Flehoc, V. (2019). Découvrez App'Ines, la solution de recrutement des professionnels de santé. Indy. <https://www.indy.fr/blog/decouvrez-appines-recrutement-professionnel-sante/>

- [107] Vu à Santexpo – avec Dedalus, le numérique améliore la qualité de vie au travail. (2023, mai). DSIH : l'actualité des systèmes d'information hospitaliers et de la e-santé. <https://www.dsih.fr/article/5156/vu-a-santexpo-avec-dedalus-le-numerique-ameliore-la-qualite-de-vie-au-travail.html>
- [108] Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP). (2023). Redonner du sens au métier de cadre : Plan d'actions pour 2023. Dans UNSA-APHP.
- [109] Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire. (2018). Ressources humaines du système de santé : Les livrets du PRS. Dans Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire.
- [110] Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire & Union Régionale des Professionnels de Santé Pédiatres-podologues Pays de la Loire. (2020). Conditions d'exercice et activités des pédicures-podologues : Résultats de l'enquête réalisée en Pays de la Loire, 2017. Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire.
- [111] Union Régionale des Médecins Libéraux Ile-de-France. (2020). Rapport d'analyse « Ségur de la santé » Médecins Libéraux IDF Juin 2020. Dans Union Régionale des Médecins Libéraux Ile-de-France.
- [112] Ministère des solidarités et de la santé. (2020). Ségur de la santé. Les conclusions : Dossier de presse Juillet 2020
- [113] Protéger et préserver les personnels de santé et d'aide à la personne et investir en leur faveur : Soixante-quatrième assemblée mondiale de la santé. Résolution WHA74.14. Point 15 de l'ordre du jour. (2021). Dans Organisation mondiale de la santé.
- [114] Moschetti, J. (2023, 30 juin). L'AP-HP expérimente les « espaces de dialogue au travail ». Le Quotidien du Médecin. Consulté le 30 juin 2023, à l'adresse https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/lap-hp-experimente-les-espaces-de-dialogue-au-travail?check_logged_in=1
- [115] Dres, M., Copin, M. C., Cariou, A., Mathonnet, M., Gaillard, R., Shanafelt, T., Riou, B., Darmon, M., & Azoulay, E. (2023). Job Strain, Burnout, and Suicidal Ideation in Tenured University Hospital Faculty Staff in France in 2021. JAMA network open, 6(3), e233652. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.3652>
- [116] Décret n° 2022-132 du 5 février 2022 portant diverses dispositions relatives aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé. (2022, 6 février). Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045124201>
- [117] Pays de la Loire : l'ARS et la région mettent le paquet pour attirer les aides-soignants. (2019, 19 octobre). Infirmiers.com. <https://www.infirmiers.com/profession-ide/pays-de-la-loire-lars-et-la-region-mettent-le-paquet-pour-attirer-les-aides-soignants>
- [118] Plan de mobilisation régional en faveur des professions de santé, du social et du médico-social. (2023, 30 juin). Agence régionale de santé Pays de la Loire. <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/plan-de-mobilisation-regional-en-faveur-des-professions-de-sante-du-social-et-du-medico-social>
- [119] Feuille de route CNR Santé Mayenne : Document de travail. (2023). [Base de données].
- [120] 1 an après les États Généraux de la Santé. (2023, 23 mars). Conseil Départemental de la Mayenne. <https://lamayenne.fr/page/egsante>

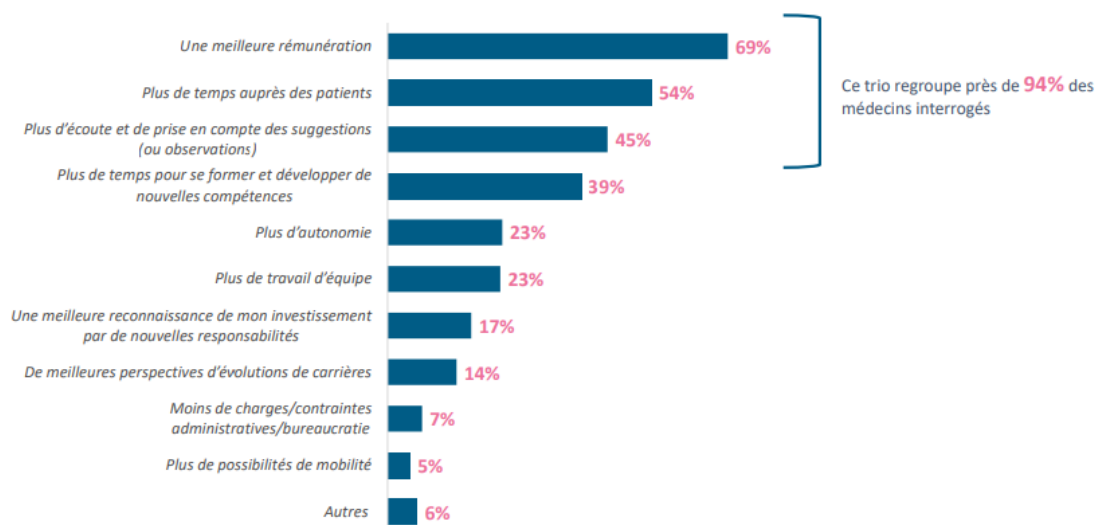
- [121] Mayenne communauté & Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. (s. d.). Contrat local de santé Mayenne communauté 2018-2021. Dans Mayenne communauté.
- [122] Communauté de communes Coevrons & Agence régionale de santé Pays de la Loire. (2018). Contrat local de santé des Coevrons 2018-2021. Dans Communauté de communes Coevrons.
- [123] Observatoire National des Violences en Santé & Ministère de la santé et de la prévention. Direction générale de l'offre de soins. (2022). Synthèse du Rapport 2022 : Données 2020 et 2021. Dans ministère de la Santé et de la prévention.
- [124] Campagne « Bienvenue en zone zéro violence » . (2022, septembre). CHU Bordeaux. <https://www.chu-bordeaux.fr/Espace-m%C3%A9dia/Campagne-%22Bienvenue-en-zone-z%C3%A9ro-violence%22/>
- [125] Campagne de sensibilisation # STOPVIOLENCE. (2023, 5 mai). Centre Hospitalier d'Avignon. <https://www.ch-avignon.fr/actualites-23/campagne-de-sensibilisation-stopviolence-447.html?cHash=88fda1d905bd368a614f268b78d143c3>
- [126] Fouquereau, E., & Colombat, P. (2020, 9 janvier). La démarche participative, une réponse à la souffrance des soignants. The Conversation. <https://theconversation.com/la-demarche-participative-une-reponse-a-la-souffrance-des-soignants-129013>
- [127] Organisation mondiale de la santé. (2022). La santé mentale au travail. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
- [128] La qualité de vie au travail des professionnels de santé. (2019, juillet). Agence Régionale de Santé. <https://www.ars.sante.fr/la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de-sante>
- [129] Déclaration de Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé, sur la santé des professionnels de santé, le 29 mars 2023. (2023, 26 avril). Vie publique. <https://www.vie-publique.fr/discours/289196-agnes-firmin-le-bodo-29032023-sante-des-professionnels-de-sante>
- [130] Dis Doc, t'as ton doc ? : Campagne internationale pour faire changer le modèle culturel des médecins. (s. d.). CFAR. <https://cfar.org/didoc/>
- [131] Bordeaux Métropole propose aux soignants un service de voiturage adapté à leurs horaires. (2020, 3 avril). SudOuest. <https://www.sudouest.fr/sante/coronavirus/vie-pratique/bordeaux-metropole-propose-aux-soignants-un-service-de-voiturage-adapte-a-leurs-horaires-2012992.php>
- [132] L'angevin, T. (2020, 9 septembre). Des cocons à sieste pour les soignants au CHU de Rennes. Actu. https://actu.fr/bretagne/rennes_35238/des-cocons-a-sieste-pour-les-soignants-au-chu-de-rennes_35996242.html
- [133] Comité éthique de la Fédération Hospitalière de France. (2023). Résultats de l'enquête prendre soin des professionnels de santé. Dans Fédération Hospitalière de France.
- [134] Nijs P. (2013). *La profession médicale : métier épuisant ou travail épanouissant de toute une vie*. Dans Corten P., *Le burn-out des quinquas*, De Boeck Supérieur, p.147-161. [136] Légeron P. (2008). *Le stress professionnel*. Cairn, L'information psychiatrique, 2008/9, Volume 84, p.809-820. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-9-page-809.htm>
- [135] Légeron P. (2003). *Le stress au travail*. Odile Jacob.

- [136] Robbe-Kernen M., Kehtari R. (2014, 24 septembre). *Les professionnels de la santé face au burn-out. Facteurs de risque et mesures préventives*. Revue Médicale Suisse. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2014/revue-medicale-suisse-443/les-professionnels-de-la-sante-face-au-burnout.-facteurs-de-risque-et-mesures-preventives>
- [137] *Le Test de Maslach*. https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-maslach_burn-out.htm
- [138] International Labour Organization (ILO). (2002). *Stress at work. Programme on Safety and Health at Work and the Environment*.
- [139] National Institute for Occupational Safety and Health. (1999). *Stress at work*. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Centers for Disease Control and Prevention.
- [140] *Accord National Interprofessionnel (ANI) sur le stress au travail*. (2008, 2 Juillet). https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Accord_stress_travail_Fr.pdf
- [1421] Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). (2023). *Dossier Stress au travail*.

VII. Annexes

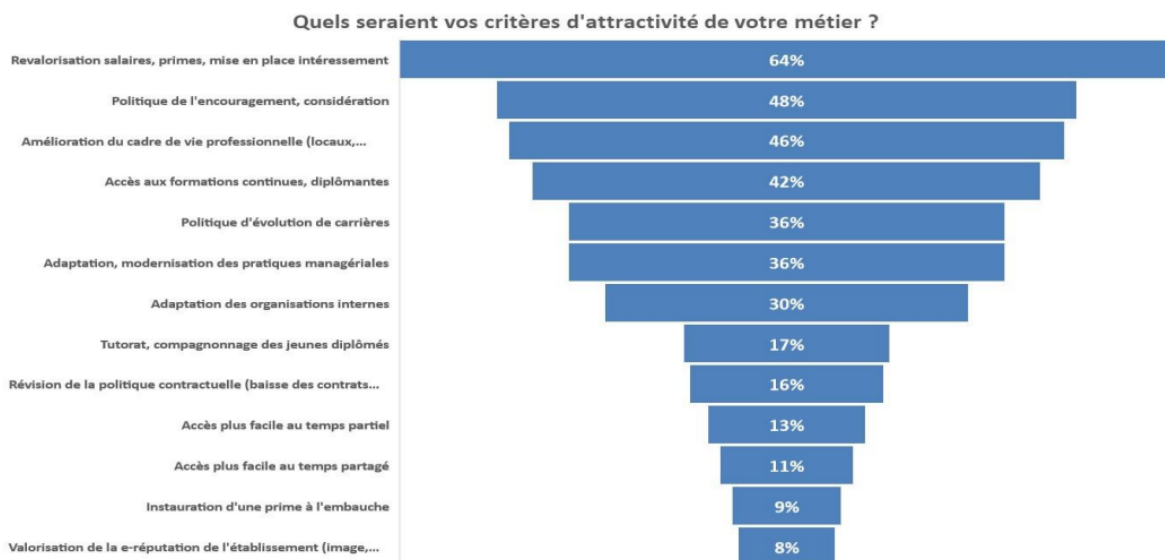
14 Volonté d'une meilleure rémunération et d'un temps plus important avec leurs patients

Q8. Quelles sont les aspirations prioritaires ? 3 choix (base = 1135)



Annexe 1 : analyse des piliers du Ségur de la Santé par 1 135 médecins libéraux en Ile-de-France.

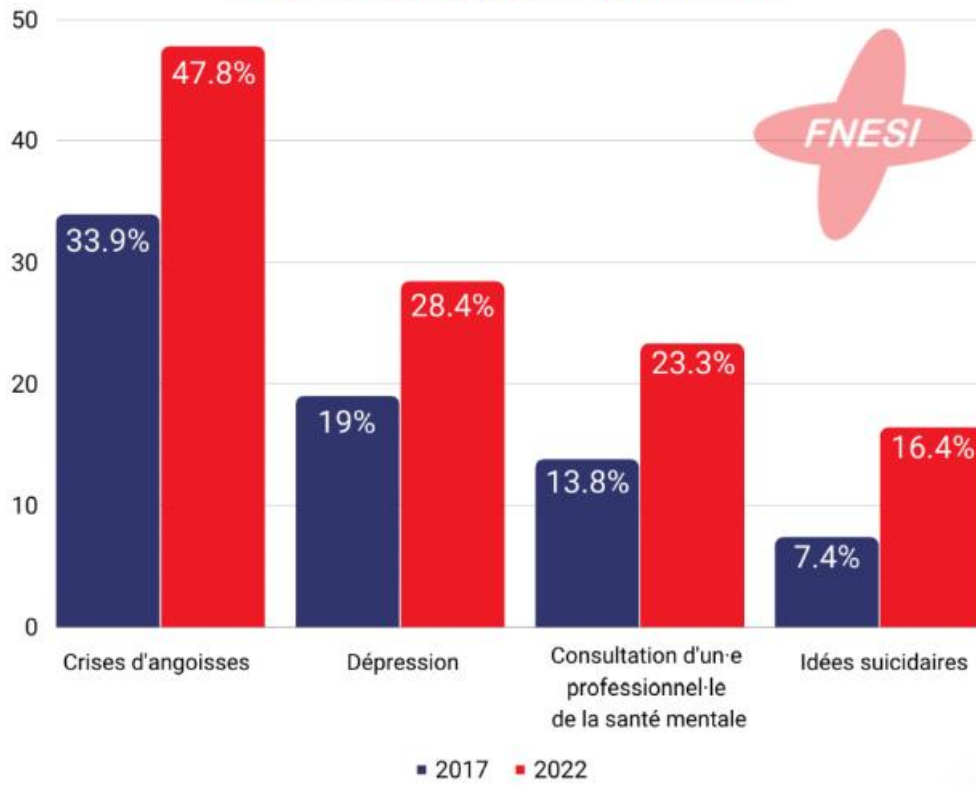
Source : Enquête menée par l'URML Ile-de-France en juin 2020 [44]



Annexe 2 : Les critères d'attractivité des professions de santé et administratives vus par les salariés des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux affiliés à la FHF.

Source : Enquête nationale « Prendre soin des professionnels de santé » de la FHF menée auprès de 7 670 professionnels administratifs et soignants en juillet 2022. Résultats publiés le 24/01/2023 par le comité éthique de la FHF [101]

Santé mentale des ESI



Annexe 3 : Evolution de la santé mentale des étudiants en soins infirmiers entre 2017 et 2022
Source : Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (Fnesi)



Ce support a été réalisé par l'association May'Santé LAB,
la manufacture mayennaise d'un système « évolution-ère ».

A retrouver sur <http://www.maysantelab.fr/>