

RECHERCHE

LES FACTEURS LIÉS À L'ABANDON PRÉMATURÉ DE LA PROFESSION SOIGNANTE. CONFIRMATION DE LEUR IMPACT À UN AN D'INTERVALLE ANALYSE LONGITUDINALE DES SOIGNANTS DE L'ENQUÊTE PRESST/NEXT

C. JASSERON, M. ESTRYN-BEHAR, O. LE NEZET, I RAHHALI,

Unité PRESST-NEXT, Coordination Centrale du Service de Santé au Travail de l'AP-HP, Hôtel Dieu, Paris IV^{ème} arrt.

RESUMÉ

Facteurs expliquant l'abandon des soignants

Position du problème : L'organisation des institutions sanitaires françaises évolue, et les personnels soignants peuvent rencontrer des difficultés à s'adapter aux changements qui en découlent. Les résultats de 2 questionnaires de l'enquête PRESST/NEXT relatifs à leurs conditions de travail (respectivement, les questionnaires « Q0 » et « Q12 »), soumis à un an d'intervalle à un échantillon de soignants, ont alors été comparés.

Méthodes : Trois échantillons ont été constitués : un échantillon de 5376 soignants ayant répondu au questionnaire initial (Q0) ; un échantillon de 2627 soignants ayant répondu au questionnaire envoyé un an après (Q12), et travaillant dans le même établissement ; un groupe de 208 soignants ayant répondu au questionnaire « Qex », spécifique aux soignants qui ont quitté leur établissement.

Résultats : Parmi les soignants qui ont répondu au Qex, environ 1/5 des soignants a choisi de quitter leur profession de façon définitive ou temporaire avant l'âge de la retraite, dont presque 13 % ont débuté un nouveau travail hors des soins. Sept facteurs sont significativement corrélés à l'intention d'abandonner sa profession :

L'insatisfaction quant aux perspectives professionnelles (Q0 : OR = 3,1 et Q12 : OR = 2,82) ;

Les difficultés à remplir les responsabilités familiales (Q0 : OR = 1,36 et Q12 : OR = 2,10) ;

Des troubles de la santé mentale pour les soignants non suivis médicalement (Q0 : OR = 1,76 et Q12 : OR = 1,47), et pour les agents suivis à ce sujet (Q0 : OR = 1,90 et Q12 : OR = 1,77) ;

L'insatisfaction concernant le soutien psychologique (Q0 : OR = 1,57 et Q12 : OR = 1,87) ;

La fatigue (Q0 : OR = 1,40 et Q12 : OR = 1,6) ;

Des troubles musculo-squelettiques diagnostiqués par le médecin (Q0 : OR = 1,32 et Q12 : OR = 1,61) ;

L'insatisfaction concernant l'utilisation des compétences (Q0 : OR = 1,27 et Q12 : OR = 1,97).

Conclusion : Ces résultats remettent en question le développement d'un nouveau management qui promeut la flexibilité des postes et des horaires, et qui réduit les possibilités de soutien au sein des équipes. Il entraîne aussi une incertitude pour les soignants concernant des aspects techniques de leur travail, et un manque de temps pour l'éducation et l'accompagnement des patients.

Mots clés : Personnel soignant. Hôpital. Abandonner sa profession. Conditions de travail. Perspectives professionnelles. Soutien psychologique.

ABSTRACT

Factors linked to the premature leaving the nursing profession.

Confirmation from their impact one year later Longitudinal analyses of nurses from Presst/Next study

Background : The organization of French medical institutions is changing, and the nursing personnel can encounter difficulties of adaption to these changes. The results of 2 questionnaires of the PRESST/NEXT study relative to working conditions (respectively, the questionnaires « Q0 » and « Q12 »), sent in a year interval to a sample of nurses were compared.

Methods : Three samples were made up : a sample of 5376 nurses having answered the initial questionnaire (Q0) ; a sample of 2627 nurses having answered the questionnaire sent one year after (Q12), and working in the same establishment ; a group of 208 nurses having answered the questionnaire « Qex », specific to nurses who left their establishment.

Results : Among nurses who answered the « Qex », approximately 1/5 of nurses chose to leave the profession definitively or temporarily before the retirement age ; of these, almost 13 % began a new work not in the healthcare sector. Seven factors are significantly related to the intention of leaving the profession :

• Dissatisfaction regarding professional prospects (Q0 : OR = 3,1 and Q12 : OR = 2,82) ;

• Difficulties assuming the family responsibilities (Q0 : OR = 1,36 and Q12 : OR = 2,10) ;

• Mental health disorders for nurses not followed medically (Q0 : OR = 1,76 and Q12 : OR = 1,47), and for nurses receiving care for this (Q0 : OR = 1,90 and Q12 : OR = 1,77) ;

• Dissatisfaction concerning the psychological support available at work (Q0 : OR = 1,57 and Q12 : OR = 1,87) ;

• Tiredness (Q0 : OR = 1,40 and Q12 : OR = 1,6) ;

• Musculo-skeletal disorders diagnosed by doctor (Q0 : OR = 1,32 and Q12 : OR = 1,61) ;

• Dissatisfaction concerning the use of competences (Q0 : OR = 1,27 and Q12 : OR = 1,97).

Conclusion : These results raise questions as to the benefits of new management which promotes flexibility in work and schedules, and which reduces the possibilities of support within the nursing teams. This type of management implies uncertainty for nurses as far as the technical aspects of their work are concerned, and a lack of time for the education and follow-up of patients.

Key words : Nursing personnel. Hospital. Leaving the profession. Working conditions. Professional prospects. Psychological support.

Les besoins de soignants qualifiés, pour répondre aux enjeux d'une population européenne vieillissante (1-6), ont conduit l'Union européenne à financer une étude sur 10 pays européens pour comprendre les déterminants des départs prématurés de ces professionnels et promouvoir des actions préventives adaptées (7). Les données de la Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales (CNRACL), qui couvre les soignants des hôpitaux publics - soit 70 % des personnels paramédicaux français - indiquent, pour les années 2003 et 2004, que 35,2 % des Infirmières Diplômées d'État (IDE) ont cessé de cotiser avant 55 ans. La réforme des retraites a amené des départs très importants en 2003 (40 % des IDE et 33,2 % des Infirmiers spécialisés (IDE Spé.) sont partis avant 55 ans), mais ce phénomène reste important après la réforme en 2004 (24,2 % des IDE et 19,8 % des IDE Spé sont parties avant 55 ans) (8).

Les facteurs de risque d'abandon prématuré ont été cernés dans la première étape transversale de l'étude PRESST-NEXT (9-11). La partie longitudinale de cette étude permet de comparer les soignants ayant réellement quitté leur établissement au cours de l'année suivante et ceux qui y sont restés avec ou sans cette intention d'abandon. Cet article est centré sur les résultats des questionnaires des soignants restés dans leur établissement un an après (Q12) afin de comparer, à un an d'intervalle, les jugements des soignants sur leur situation de travail et la compatibilité entre leur vie de travail et leur vie personnelle. En effet, des changements en cours dans l'organisation des institutions sanitaires et médico-sociales françaises se sont approfondis. Ils peuvent avoir été mieux compris et acceptés par des soignants ayant surmonté ce que certains appellent la « peur du changement » ou au contraire, leurs difficultés peuvent s'être aggravées. Cette analyse permet de répondre à cette interrogation.

SUJETS ET MÉTHODE

L'enquête PRESST (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail) est menée en France dans 55 établissements appartenant à 5 régions françaises différentes. L'étude concerne l'ensemble des soignants au sens large : IDE, IDE Spé, Aides-Soignantes (AS), Agents de Service Hospitalier (ASH), cadres et autres soignants qualifiés (Sages-femmes, Kinésithérapeutes ou autres paramédicaux qualifiés intégrés dans l'équipe d'un service de soin). Elle permet de mieux connaître les problèmes propres aux différents grades soignants.

Lors de la première étape de cette étude, 13 000 questionnaires ont été envoyés avec 5 376 répondants en octobre 2002. Sur de nombreux points, leur situation est apparue plus difficile que celle de leurs homologues des 9 autres pays européens. Sur de nombreux points les descriptions de situations, faites par les soignants de l'enquête PRESST-NEXT, ont été corroborées par l'enquête menée par la Direction

de la Recherche et des Statistiques du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (DRESS) (9 ; 12). La partie longitudinale de l'étude comportait un deuxième questionnaire transmis, 12 mois après le premier (Q12), à tous les soignants restés dans la même institution. Cependant, certains établissements n'ont pas renvoyé le deuxième questionnaire à leurs salariés, un an après. Il s'agit de 5 maisons de retraite sur 15, de 2 CHG sur 6, d'I clinique sur 10, d'I CHS sur 4 et d'I établissement de l'AP-HP sur 2.

Le Q12 porte donc sur les réponses des soignants de 45 établissements qui représentent toujours la diversité des structures de soins et médico-sociales du pays. Par ailleurs, tout soignant quittant l'établissement, au cours des 12 mois suivant l'envoi du premier questionnaire, devait en recevoir un deuxième, spécifique (le « Qex »), par son service de gestion.

Lors de cette étude longitudinale, nous avons pu obtenir 3 échantillons de soignants :

- 5 376 soignants provenant de 55 établissements ayant répondu au questionnaire initial (Q0) ;
- 2 627 soignants provenant de 45 établissements ayant répondu au questionnaire un an après et étant encore dans leur établissement (Q12). Parmi les 2 627 questionnaires Q12, nous avons pu relier 1 186 questionnaires avec le questionnaire Q0 des mêmes soignants dans 44 établissements ;
- 208 soignants ayant répondu au questionnaire spécifique à ceux qui ont quitté leur établissement (Qex) dans 23 établissements. Parmi les 208 questionnaires Qex, 91 ont pu être reliés avec le Q0. Ils sont issus de 15 établissements.

L'échantillon des soignants ayant répondu au questionnaire spécifique à ceux qui ont quitté leur établissement (Qex) est présenté ici brièvement, pour ce qui concerne la description des raisons de départs effectifs des soignants dans les hôpitaux. L'échantillon des soignants ayant répondu au questionnaire Q12 étudié ici comporte 1 664 soignants infirmiers (IDE, IDE Spé, cadres et autres soignants qualifiés) et 748 AS et ASH. Les réponses de ces soignants seront comparées avec celles des 5 376 ayant répondu au Q0. Ce qui est possible pour les items comparés car la formulation des questions était identique dans les deux questionnaires. Nous avons séparé les analyses des infirmiers, infirmiers IDE Spé et cadres d'une part et des AS et ASH d'autre part.

Dans une première étape descriptive, nous avons comparé les caractéristiques des soignants du Q12 et ceux du Q0. Ensuite, nous avons comparé les proportions d'intention d'abandonner la profession (IAP) selon les caractéristiques des soignants. Enfin nous avons effectué une régression logistique multivariée avec comme variable dépendante l'intention d'abandonner la profession pour pouvoir déterminer les facteurs les plus influents sur cette intention en tenant compte de tous les autres facteurs.

Nous avons tout d'abord sélectionné les variables significatives à 5 % dans l'analyse univariée (ajustée sur le sexe et l'âge uniquement). Ensuite nous avons effectué une régression logistique pas à pas descendante incluant les variables sélectionnées dans l'étape précédente. Le sexe et l'âge ont été inclus dans le modèle comme variables forcées bien qu'elles ne soient pas significatives. Nous avons effectué une analyse distincte pour les IDE, IDE Spé et cadres d'une part et pour les AS d'autres part puis nous avons comparé les deux groupes.

Les questions concernant la discussion et les relations avec le supérieur et les collègues ne sont pas totalement identiques dans le questionnaire Q12 et dans le questionnaire Q0, mais nous pouvons néanmoins les comparer (Question sur la discussion questionnaire Q0 : intitulé de la question : « Dans votre service avez vous la possibilité de discuter de questions professionnelles qui vous semblent importantes 1-non 2-oui brièvement 3-oui en détail » ; questionnaire Q12 : « Si des problèmes surgissent dans votre équipe, comment sont ils gérés en général a- par la discussion b- les problèmes sont remis à plus tard c- par l'usage de l'autorité ». Questions sur les relations : questionnaire Q0 « Recevez vous le support et les conseils de votre responsable hiérarchique ; Recevez vous le support et les conseils de vos collègues », questionnaire Q12 : « Satisfaction de la relation avec le supérieur - Satisfaction de la relation avec les collègues ». De même la formulation du questionnement concernant la fatigue différait sur les modalités de réponse : dans le Q0 « 1-jamais/presque jamais 2-rarement 3-quelque fois 4-souvent 5-toujours » ; dans le Q12 : « 1-jamais 2-quelques fois par mois 3-1 ou 2 fois par semaine 4-3 à 5 fois par semaine 4- (presque) chaque jour ».

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel SPSS 12.0. Le test de Khi-deux de Pearson a été utilisé pour déterminer si les différences étaient significatives. Nous n'avons retenu que les résultats fondés sur des relations très significatives (au seuil de 0,01). Les résultats sont significatifs à $p < 0,001$ sauf précision du seuil. Les analyses multivariées, réalisées dans une deuxième étape de ce travail, ont été des régressions logistiques binaires.

RESULTATS

Motifs de départ mis en avant par les soignants ayant effectivement quitté leur établissement

Les départs des 208 soignants, ayant renvoyé leur questionnaire décrivant leur motif de départ de leur établissement, se sont faits en retraite à l'âge normal pour 22,2 % et en retraite prématurée pour 13,8 %.

Le plus grand nombre de répondants a commencé un nouveau travail, ou une formation complémentaire, dans les soins (43,3 %). Cependant, l'abandon du métier, définitivement ou peut-être temporairement, a concerné 20,7 % de ces soignants partis : 12,8 % ont débuté un autre travail hors des soins et 7,9 % ont pris congé pour d'autres raisons principalement pour s'occuper de leurs enfants.

Parmi les 15 motifs (parmi 63 possibilités de choix) qui ont **fortement** contribué à la décision des soignants de partir, le manque de soutien psychologique, le nombre insuffisant de personnel et les attentes professionnelles non satisfaites arrivent en tête avec respectivement 41,9 %, 41,4 % et 41,2 % de soignants pour lesquels cela a joué. Pour 40 % des soignants la pression du temps, la dégradation des soins qui l'accompagne et le manque de temps pour les soins ont contribué à leur départ. De même, une qualité de travail insatisfaisante et une surcharge de travail ont influencé le départ de 30 % des soignants. Un manque d'opportunité de développement professionnel pour 37,9 % des soignants et de promotion pour 35,6 % d'entre eux ont aussi fortement participé à cette décision. Un salaire bas est un motif de départ important (35,6 % d'entre eux). L'équilibre vie privée/vie professionnelle est également une raison de départ comme l'indiquent les difficultés à combiner vie professionnelle et vie privée (32,7 % des soignants), le besoin de prendre soin de ses enfants (32,6 %) et l'organisation des horaires de travail insatisfaisante (31 %).

Ces motifs diffèrent peu selon le grade, sauf pour la qualité des soins à laquelle IDE et IDE Spé sont nettement plus sensibles que les autres catégories professionnelles. Ces motifs diffèrent peu selon que les soignants aient simplement changé de mode d'exercice soignant ou d'établissement ou qu'ils aient complètement quitté les soins alors qu'ils n'avaient pas l'âge de la retraite.

Persistance d'une proportion élevée d'envie de changer d'établissement chez les soignants restés dans leur établissement après un an

Les soignants encore dans le même établissement en 2002 et 2004, ont déclaré que plusieurs motifs pouvaient les amener à changer d'établissement. Parmi les 15 motifs les plus cités (sur 63 propositions), on trouve en première position la possibilité de garde d'enfants qui concerne 43,4 % des soignants. La dotation en personnel suffisante pour 41,1 % des soignants et le recrutement de soignants qualifiés pour 26,6 % d'entre eux jouent un rôle dans leur envie de changer de lieu d'exercice. Le salaire obtenu dans l'institution influence 37,6 % des soignants sur leur envie de changer d'établissement et les opportunités

LES FACTEURS LIÉS À L'ABANDON PRÉMATURÉ DE LA PROFESSION SOIGNANTE. CONFIRMATION DE LEUR IMPACT À UN AN D'INTERVALLE ANALYSE LONGITUDINALE DES SOIGNANTS DE L'ENQUÊTE PRESST/NEXT

de développement professionnel en influencent 32,4 %. Les conditions de travail contribuent aussi à l'attractivité d'un autre établissement selon les soignants, comme le support psychologique au travail pour 36,4 % des soignants, la considération et le respect du personnel pour 34,1 %, les conditions psychologiques de travail pour 31,5 % et les conditions physiques de travail pour 26,9 %. Pour environ 30 % des soignants, la fidélisation des soignants qualifiés, l'équilibre entre tâches administratives et soins et les valeurs institutionnelles participent à l'envie de changer d'établissement des soignants. On peut rapprocher de ces aspects attractifs vers un autre établissement le fait d'avoir suffisamment de temps pour parler aux patients (27,3 %) et la philosophie et l'éthique des soins (26,2 %). L'organisation du temps de travail est aussi un facteur d'intention de changer d'établissement dès lors qu'il est proposé des règles flexibles et adaptables à leurs besoins pour les horaires et les congés (27,5 %).

Comparaison de la fréquence de l'intention d'abandonner la profession des répondants au Q0 et au Q12

Parmi l'échantillon initial, y compris les AS et ASH, 15,4 % des soignants avaient une envie fréquente de quitter leur profession. Cette envie a globalement régressé à 13,3 %, après le départ effectif d'une partie des soignants qui l'envisageaient un an auparavant. L'intention d'abandonner sa profession (IAP) au questionnaire Q12 est légèrement inférieure pour les IDE et IDE Spé à celle relevée lors du questionnaire initial, (15,4 % et 16,2 % respectivement versus 17,2 % (tableau I, page 58)). Par contre, les cadres et autres soignants très qualifiés ont une IAP beaucoup plus faible dans le Q12 que dans le Q0 (11 % versus 16,2 %). Un an après, l'envie fréquente d'abandonner sa profession est, dans l'échantillon Q12, toujours maximale pour les IDE Spé (16,2 %), elle était de 17,2 % dans l'échantillon Q0.

Nous avons étudié l'ensemble des facteurs liés significativement à l'envie d'abandon dans le questionnaire initial, en comparant, un an après, les réponses à ces mêmes items pour l'ensemble des IDE et plus qualifiés (IDE Spé et cadres) (regroupés sous le sigle IDE & +) et l'ensemble des AS et moins qualifiés (ASH) (regroupés sous le sigle AS &-).

Facteurs liés à une plus grande fréquence de l'intention d'abandonner la profession

Caractéristiques personnelles

De nouvelles embauches sont venues compenser les départs (tableau II, page 58). En effet, la proportion des moins de 30 ans est nettement plus élevée parmi les répondants au Q12 que parmi ceux du Q0 (25,4 %

versus 17,3 % pour les IDE & + et 19 % versus 15,1 % pour les AS &-) et la proportion des plus de 50 ans moindre (16,3 % versus 19,5 % pour les IDE & + et 15,3 % versus 19,8 % pour les AS &-). Ce qui entraîne également que dans le Q12 il y ait légèrement plus d'IDE & + vivant seuls avec un adulte que dans le Q0 (26,8 % versus 23,4 % pour les IDE & + et 25,1 % versus 23,6 % pour les AS &-) et qu'il y ait un peu moins d'IDE & + vivant avec un adulte et des enfants (50,8 % versus 53,9 % pour les IDE & + et 50,3 % versus 48,4 % pour les AS &-). Les soignants du Q12 ont aussi, de ce fait, moins de difficultés à réaliser les responsabilités familiales dues à leur charge de travail (40,2 % versus 44,9 % pour les IDE & + et 40,1 % versus 49,5 % pour les AS &-). La répartition homme femme est semblable dans le Q12 et le Q0 pour les AS &- et légèrement moins d'homme au Q12 pour IDE & + (10,6 % versus 12,5 %).

Compatibilité vie de travail vie personnelle

Les soignants du Q12 sont plus nombreux à travailler à temps partiel que les soignants du Q0 (24,7 % versus 18,2 % pour les IDE & + et 17,4 % versus 13,7 % pour les AS &-) (tableau III, page 59).

Ils sont également légèrement plus nombreux à ne pas faire d'heure supplémentaire (55,7 % versus 50,1 % pour les IDE & + et 80,5 % versus 78,7 % pour les AS &-). Ils sont aussi plus satisfaits du temps de chevauchement (52,1 % versus 39,9 % pour les IDE & + et 67,7 % versus 48,6 % pour les AS &-). Les difficultés liées aux changements d'horaires avec un délai court demeurent pour les répondants du Q0 et ceux du Q12.

Contenu physique du travail

Les difficultés suivantes persistent entre les répondants du Q0 et Q12. L'insatisfaction des conditions physiques de travail reste décrite par près de la moitié de l'échantillon des IDE & + et plus de la moitié de l'échantillon des AS &- (tableau IV, page 59). Le travail debout dépasse 6h/jour pour plus de 60 % des IDE & + et 80 % des AS &- Les AS &- du Q12 sont moins exposés aux postures inconfortables plus de 10 fois par jour (14,6 % versus 24,0 %) et à la manutention des patients sans aide plus de 10 fois par jour (8,6 % versus 16,7 %).

Contenu relationnel et le travail d'équipe

Les soignants du Q12 étant plus satisfaits du temps de chevauchement entre les équipes semblent donc également être plus satisfaits des discussions dans l'équipe (62,6 % versus 40,6 % pour les IDE & + et 53,3 % versus 44,3 % pour les AS &-) (tableau V, page 60).

Ils sont également plus satisfaits des relations avec leur supérieur (73,3 % versus 48,7 % pour les IDE & + et 73,4 % versus 47,9 % pour les AS &-) et avec leurs collègues (92,5 % versus 73,8 % pour les IDE & + et 91,2 % versus 70,3 % pour les AS &-).

La satisfaction du soutien psychologique est également légèrement meilleure (33,4 % versus 32,4 % pour les IDE & + et 37,6 % versus 36,2 % pour les AS &-), mais reste faible pour une profession en contact avec la maladie grave et la mort.

Santé des soignants

Les soignants du Q12, dont l'ancienneté moyenne est plus grande, ont eu, au cours des 12 mois précédents plus de troubles musculo-squelettiques suivis médicalement (29,8 % versus 23,9 % pour les IDE & + et 36,4 % versus 29,6 % pour les AS &-) (tableau VI, page 60). Ils ont aussi plus de troubles de la santé mentale traités ou non au cours des 12 mois précédents (30,6 % au versus 25 % pour les IDE & + et 30,4 % versus 25,1 % pour les AS &-).

Intention d'abandonner les soins des IDE & + en fonction de leur santé et de leur caractéristiques personnelles : comparaison à 1 an d'intervalle

Nous allons présenter d'une part la fréquence de l'intention d'abandonner les soins (qu'on appellera IAP) selon les différents facteurs de risque, et d'autre part le rôle propre de chacun des facteurs après ajustement sur le sexe et l'âge (odds ratios ajustés OR, et intervalles de confiance, IC à 95 %).

Dans un premier temps, nous nous concentrerons sur le groupe des IDE & +.

Influence des caractéristiques sociodémographiques

L'IAP est la plus élevée pour les répondants au Q12 parmi les soignants âgés de 30 à 39 ans (OR = 1,7 (IC à 95 % : 1,16 à 2,50)), alors que dans le Q0 c'était parmi les plus de 50 ans que cette intention était la plus forte (tableau VII, page 61). Elle est la plus faible chez les moins de 30 ans comme dans le Q0. Néanmoins après 40 ans, l'envie de partir diminue avec l'âge car, plus on est âgé et plus il est difficile de se reconvertir. On avait déjà observé ce phénomène pour tous les autres pays européens ayant répondu au Q0, sauf pour la France.

L'IAP augmente avec l'ancienneté dans la profession ; elle est deux fois plus élevée (OR = 2,2 (IC à 95 % : 1,00 à 4,68)) chez les soignants qui ont une ancienneté supérieure à 25 ans par rapport à ceux qui travaillent depuis moins de 5 ans dans les soins. C'était également le cas dans le Q0, avec une envie de partir triple chez les plus anciens.

Les IDE ont 1,5 fois plus envie de quitter leur profession que les cadres et autres (OR = 1,55 (IC à 95 % : 1,11 à 2,17)). Les IDE Spé également, mais non significativement. On observait la même différence dans le Q0, sauf qu'elle n'était pas significative.

Le sexe n'a pas d'influence significative sur l'envie de partir comme dans le Q0.

La situation personnelle ne modifie pas significativement l'envie de partir des infirmiers ; néanmoins les personnes seules sans enfants semblent avoir plus tendance à vouloir partir que les autres comme dans le Q0. Comme dans le Q0, les IDE & + qui ont de grandes difficultés à remplir leur responsabilités familiales ont trois fois plus l'IAP que les autres (OR = 3,27 (IC à 95 % : 2,32 à 4,61)). Cette intention est encore plus élevée chez les infirmiers du Q12 par rapport à ceux du Q0 (OR = 2,28).

De même que dans le Q0, les IDE & + qui sont insatisfaits de leur salaire ont deux fois plus souvent l'intention de quitter la profession soignante que les autres (OR = 2,08 (IC à 95 % : 1,48 à 2,92)).

Influence de la santé

La santé a une influence certaine sur l'envie de quitter la profession soignante (tableau VII, page 61). En effet, la fatigue, les troubles de la santé mentale et les troubles musculo-squelettiques augmentent significativement cette envie comme nous l'avons observé au Q0.

Les infirmiers souvent ou toujours fatigués ont presque trois fois plus envie de quitter leur profession que ceux qui ne le sont jamais ou parfois (OR = 2,92 (IC à 95 % : 2,19 à 3,90)).

Les troubles musculo-squelettiques doublent l'intention de partir des IDE & + lorsque le diagnostic est personnel (OR = 2,3 (IC à 95 % : 1,53 à 3,3)) et la triple presque lorsque le diagnostic est médical (OR = 2,77 (IC à 95 % : 1,95 à 3,96)). Les troubles de la santé mentale ont plus d'impact encore sur l'intention de quitter ; effectivement, un diagnostic personnel de troubles de la santé mentale triple cette intention (OR = 2,86 (IC à 95 % : 2,06 à 3,99)) et un diagnostic médical la quadruple (OR = 4,12 (IC à 95 % : 2,74 à 6,18)).

Influence des horaires du travail

Dans le questionnaire Q12, les IDE & + insatisfaits du temps de chevauchement ont plus souvent l'intention de quitter la profession (OR = 1,57 (IC à 95 % : 1,16 à 2,13)) (tableau VIII, page 61). Le pourcentage d'IDE & + ayant l'intention de quitter la profession soignante est plus élevé dans le groupe de ceux qui ont un changement d'horaires ou de jours de travail avec un délai court plus de deux fois par mois, mais cette différence n'est pas significative dans le Q12, dont les effectifs sont moindres alors qu'elle l'était dans le Q0. Cependant la tendance reste la même.

Dans le questionnaire Q12 comme dans le Q0, la durée de la semaine de travail n'a pas d'influence significative sur l'intention de quitter des soignants. Enfin contrairement au Q0, les infirmiers du Q12 n'ont pas plus envie de quitter leur profession lorsqu'ils font des heures supplémentaires.

LES FACTEURS LIÉS À L'ABANDON PRÉMATURÉ DE LA PROFESSION SOIGNANTE. CONFIRMATION DE LEUR IMPACT À UN AN D'INTERVALLE ANALYSE LONGITUDINALE DES SOIGNANTS DE L'ENQUÊTE PRESST/NEXT

Influence de la satisfaction au travail des Infirmiers et plus qualifiés

Dans le questionnaire Q12, comme dans le questionnaire Q0, beaucoup d'aspects de l'insatisfaction au travail ont un rôle dans l'intention de quitter la profession soignante (tableau IX, page 62). Comme dans le questionnaire Q0, l'insatisfaction des perspectives professionnelles a le rôle le plus important pour les IDE & + dans l'intention de quitter la profession, elle quintuple l'envie de partir (OR = 5,08 (IC à 95 % : 3,69 à 6,98)).

Les soignants insatisfaits de la qualité des soins qu'ils donnent à leurs patients ont deux fois plus de risque d'avoir envie de quitter leur profession que les satisfaits (OR = 2,39 (IC à 95 % : 1,77 à 3,21)).

Trois autres critères tiennent également une part importante dans l'intention d'abandonner qu'ils triplent : l'insatisfaction des conditions physiques de travail (OR = 3,37 (IC à 95 % : 2,47 à 4,61)), l'insatisfaction de l'utilisation des compétences (OR = 3,30 (IC à 95 % : 2,47 à 4,40)) et l'insatisfaction du soutien psychologique (OR = 3,29 (IC à 95 % : 2,24 à 4,85)).

Les IDE & + qui sont insatisfaits de leurs relations avec leurs collègues et leurs supérieurs ont plus de deux fois plus souvent l'IAP.

Lorsque le travail s'empile (OR = 1,97 (IC à 95 % : 1,48 à 2,62)) et que les IDE & + n'ont pas assez de temps pour parler aux patients (OR = 1,84 (IC à 95 % : 1,30 à 2,62)), ils ont plus envie de quitter leur profession.

D'autres facteurs jouent un rôle dans l'IAP comme les problèmes non gérés par la discussion (OR = 1,79), la crainte des erreurs (OR = 1,76), l'insatisfaction de disposer d'un matériel adéquat (OR = 1,66), la confrontation à l'agressivité des patients (OR = 1,36) et ne pas avoir son mot à dire sur quand accomplir les tâches (OR = 1,65). Par contre, le nombre de jours de formation continue n'a pas d'influence significative.

Rôle propre de chaque facteur de l'envie d'abandon de la profession : analyse multivariée

Le modèle d'analyse multivariée incluant les 12 variables explicatives significatives au seuil de 5 %, permet de déterminer le rôle propre de chacune après ajustement sur les autres (tableau X, page 63). Toujours pour les IDE & +, sept facteurs sont retrouvés avec autant d'ampleur concernant leur lien avec l'IAP au Q0 et au Q12.

Il s'agit en premier lieu de l'insatisfaction des perspectives professionnelles (OR = 2,82 (IC à 95 % : 1,89 à 4,23) dans le Q12 et OR = 3,1 (IC à 95 % : 2,42 à 3,97) dans le Q0).

Le second facteur ayant une influence majeure, et confirmée aux deux enquêtes, relève des difficultés à remplir les responsabilités familiales du fait du travail (OR = 2,10 (IC à 95 % : 1,34 à 3,17) pour le Q12 et OR = 1,36 (IC à 95 % : 1,04 à 1,78) pour le Q0).

Le troisième facteur clé concerne l'existence de troubles de la santé mentale (OR = 1,47 (IC à 95 % : 0,98 à 2,21) pour le Q12 et OR = 1,76 (IC à 95 % : 1,34 à 2,31) pour le Q0) lorsque les soignants ne sont pas suivis médicalement pour cela. Lorsque les IDE & + sont suivis médicalement pour ces troubles de la santé mentale, l'impact est encore plus profond (OR = 1,77 (IC à 95 % : 1,06-2,95) pour le Q12 et OR = 1,90 (IC à 95 % : 1,36 à 2,66) pour le Q0). Le quatrième facteur est l'insatisfaction du soutien psychologique (OR = 1,87 (IC à 95 % : 1,12 à 3,12) pour le Q12 et OR = 1,57 (IC à 95 % : 1,16 à 2,12) pour le Q0).

La fatigue a aussi été retrouvée pour les deux questionnaires (OR = 1,6 (IC à 95 % : 1,1 à 2,32) pour le Q12 et OR = 1,40 (IC à 95 % : 1,08 à 1,80) pour le Q0).

Des troubles musculo-squelettiques diagnostiqués par le médecin ont également un impact sur l'IAP et ceci a été observé dans les deux questionnaires (OR = 1,61 (IC à 95 % : 1,03 à 2,50) pour le Q12 et OR = 1,32 (IC à 95 % : 1,00 à 1,76) pour le Q0). Enfin le dernier facteur qui a été retrouvé dans les deux questionnaires a été la satisfaction de l'utilisation des compétences (OR = 1,97 (IC à 95 % : 1,36 à 2,85) pour le Q12 et OR = 1,27 (IC à 95 % : 1,00 à 1,60) pour le Q0).

Une crainte des erreurs fréquentes augmente 1,3 fois l'IAP pour les répondants au questionnaire Q0 (OR = 1,25 (IC à 95 % : 1,00 à 1,56)). Cette tendance a été retrouvée dans le questionnaire Q12 avec un odds ratio à 1,12, non significatif (IC à 95 % : 0,84 à 1,76). Plus de 10 postures inconfortables par jour augmentent 1,43 fois l'envie de partir des répondants du Q0 (IC à 95 % : 1,05 à 1,93). Cette tendance a également été observée au Q12 avec un odds ratio de 1,17 non significatif. Dans les deux questionnaires on observe que les IDE Spé ont plus tendance à avoir l'IAP que les IDE mais cette tendance n'est plus significative pour le Q12.

Comparaison des facteurs pour l'intention d'abandonner la profession chez les infirmiers et plus qualifiés et chez les aides soignants et moins qualifiés

Parmi les 748 AS et ASH (regroupés en AS &-), 668 ont répondu à la question sur l'IAP et 11,4 % ont déclaré avoir l'IAP, ce qui est moins que les IDE & +. Nous avons, par la même méthode que pour les IDE & +, réalisé une régression multivariée sur cette intention des AS &-.

Dans ce tableau nous présentons côte à côte les résultats de l'analyse multivariée pour les AS &- et pour les IDE & + ayant répondu au Q12 (tableau XI, page 64).

Les AS &- et les IDE & + ont des facteurs en commun qui influencent leur envie de partir comme la difficulté à réaliser leurs responsabilités familiales et la satisfaction des perspectives professionnelles.

Les facteurs propres aux IDE & + sont le grade, la fatigue, les troubles musculo-squelettiques et de la santé mentale, ainsi que la satisfaction de l'utilisation des compétences.

Les facteurs propres aux AS &- sont un nombre faible de jours de formation, une insatisfaction des relations avec le supérieur et avec les collègues et la nécessité de lever les patients sans aide 2 fois par jour et plus.

Analyse spécifique des soignants dont les deux questionnaires ont pu être reliés par le code individuel

Pour les soignants dont on a pu relier les questionnaires Q0 et Q12, parmi les 914 soignants qui ne pensaient pas à partir en 2002-2003, 11,2 % y pensent souvent en 2004. Parmi les 144 soignants qui pensaient souvent à partir en 2002, 44,4 % y pensent souvent en 2004, sachant que 208 sont déjà partis et ont rempli le questionnaire des sortants Qex.

On constate que la situation des soignants qui ont cessé de vouloir abandonner s'est significativement **améliorée** sur les points suivants :

- la **Crainte des erreurs** a diminué pour 35,4 % d'entre eux alors qu'elle n'a augmenté que pour 15,2 % d'entre eux
- les **soins doivent être faits moins rapidement** pour 31,6 % d'entre eux alors qu'ils doivent être fait plus rapidement pour seulement 12,7 % d'entre eux
- les soignants ont moins souvent besoin de **soulever un patient au lit sans aide mécanique** pour 31,1 % d'entre eux alors qu'ils n'ont plus souvent besoin de le faire que pour 15,2 % d'entre eux.

A l'opposé, les soignants ne souhaitant pas quitter les soins en 2002 et le souhaitant en 2004 ont vu se **dégrader** :

- la satisfaction du **soutien psychologique** pour 31,6 % d'entre eux alors qu'elle ne s'est améliorée que pour 18,4 % d'entre eux
- la **fierté** d'appartenir à l'institution pour 54,5 % d'entre eux alors qu'elle ne s'est améliorée que pour 13,9 % d'entre eux
- la **variété du travail** pour 36 % d'entre eux alors qu'elle ne s'est améliorée que pour 18 % d'entre eux
- l'**influence sur les horaires** pour 35,3 % d'entre eux alors qu'elle ne s'est améliorée que pour 16,7 % d'entre eux

- la satisfaction du **temps de chevauchement** pour les transmissions pour 20,7 % d'entre eux alors qu'elle ne s'est améliorée que pour 4,3 % d'entre eux
- la **santé perçue** s'est dégradée pour 30,7 % d'entre eux alors qu'elle ne s'est améliorée que pour 13,9 % d'entre eux
- l'impression **d'être débordé** a augmenté pour 43,4 % alors qu'elle n'a diminué que pour 19,2 % d'entre eux.

DISCUSSION

Les résultats de cette analyse nous montrent que, un an après, l'intention d'abandonner la profession soignante est dans l'ensemble un peu plus faible (14,1 % versus 16,3 %), l'amélioration étant surtout nette pour les cadres et quasi insignifiante pour les infirmiers spécialisés. Les soignants restés dans leur établissement sont un peu plus satisfaits de leurs conditions de travail. Néanmoins, les facteurs de risque de l'intention d'abandonner la profession, en tenant compte uniquement du sexe et de l'âge, restent sensiblement les mêmes dans les réponses aux deux questionnaires.

Nous avons aussi constaté que la réduction de ces facteurs de risque diminue significativement l'envie de partir des soignants dont les questionnaires Q0 et Q12 ont pu être reliés par leur code d'anonymat.

En effet, les infirmiers, infirmiers spécialisés et cadres du Q12 sont plus satisfaits de certaines de leurs conditions de travail comme le temps de chevauchement, les discussions dans l'équipe et les relations avec leur supérieur et leurs collègues, les postures de travail, la moindre manutention sans aide mécanique. Ils font également plus de temps partiel et moins d'heures supplémentaires et ils sont, par conséquent, plus satisfaits de la réalisation de leur responsabilités familiales. Toutes ces améliorations diminuent leur envie d'abandonner. La réduction du temps de travail, mise en place au début 2002, soit 10 mois avant le recueil du premier questionnaire, s'est accompagnée d'une réorganisation du travail au sein des services avec, notamment, une diminution de la durée des temps de chevauchement pour les transmissions entre équipes successives et une augmentation de la charge de travail des soignants. La durée des postes de travail a été raccourcie dans le cadre de la mise en œuvre de la RTT, les 6 % de postes supplémentaires n'ayant été créés que sur trois ans (13-14). Les difficultés au plan des conditions de travail, liées à cette réduction du temps de travail, ont pu se faire ressentir lors du premier questionnaire. Lors du deuxième questionnaire, nous pouvons observer que l'adaptation de cette réforme dans l'organisation du travail a évolué, de nouvelles embauches étant créées.

LES FACTEURS LIÉS À L'ABANDON PRÉMATURÉ DE LA PROFESSION SOIGNANTE. CONFIRMATION DE LEUR IMPACT À UN AN D'INTERVALLE ANALYSE LONGITUDINALE DES SOIGNANTS DE L'ENQUÊTE PRESST/NEXT

Mais les soignants doivent toujours fournir un travail intensif car la diminution de la durée moyenne d'hospitalisation et la technicisation se sont poursuivies avec le développement de la traçabilité qui occupe beaucoup de temps (15-16).

Un an après les soignants, dont les conditions physiques et psychologiques ne se sont pas améliorées ont plus de troubles de la santé mentale et plus de troubles musculo-squelettiques. Les conditions de travail doivent être améliorées avec urgence, car les établissements de soins pourraient être plus encore handicapés par des arrêts de travail d'un personnel usé prématurément, comme le souligne le récent rapport de l'IGAS (17).

Pratiquement tous les facteurs qui jouent sur l'intention d'abandonner la profession, après ajustement seulement sur le sexe et l'âge, parmi les répondants au questionnaire initial (Q0), sont également significatifs pour les répondants au questionnaire longitudinal (Q12). (âge, ancienneté, difficultés pour les responsabilités familiales, salaire).

Le travail d'équipe est au cœur de ces difficultés. (temps de chevauchement pour les transmissions, soutien psychologique reçu au travail, problèmes professionnels rarement gérés par la discussion ou possibilité d'avoir leur mot à dire sur quand accomplir les tâches). L'autonomie professionnelle se construit dans la reconnaissance de la compétence, par un collectif de travail qui a discuté aussi bien des modes opératoires techniques, que des comportements psychologiques adaptés à chaque patient. Aussi, les IDE, IDE spé. et cadres insatisfaits des relations avec leur supérieur et leurs collègues ont plus l'intention d'abandonner et c'est aussi le cas de ceux qui déclarent être insatisfaits de l'utilisation de leurs compétences.

Les IDE, IDE spé. et cadres qui craignent souvent ou toujours les erreurs ou dont le travail s'empile ont plus l'intention de quitter. En effet, lorsque le travail s'empile, il y a plus de possibilités d'erreurs car les soignants traitent leurs patients plus rapidement et ne peuvent plus vérifier les modes opératoires en cas de doute. Les infirmiers qui sont insatisfaits de la qualité des soins ont plus l'intention d'abandonner. Cette insatisfaction porte sur les aspects techniques du travail comme l'illustre la crainte des erreurs, mais aussi et surtout sur les aspects d'écoute, d'éducation et d'accompagnement des patients. Ainsi, les infirmiers qui n'ont pas assez de temps pour parler aux patients ont plus l'intention d'abandonner. D'autant plus que les interruptions dans le travail, l'incertitude et le manque de disponibilité génèrent de l'agressivité et de la violence des patients et de leur famille. Or les infirmiers qui sont confrontés à l'agressivité des patients ont plus l'intention d'abandonner. Tout ceci est en cohérence avec tous les écrits sur le stress des


soignants et le rôle du soutien d'un collectif de travail soudé pour faire face à la souffrance liée à la confrontation à la maladie grave et à la mort (18-25).

La pénibilité physique est un autre déterminant de l'envie d'abandon du métier (manque de matériel adéquat, lever des patients sans aide). Ces constats concernant la pénibilité physique excessive du travail infirmier et surtout aide-soignant ont déjà été largement soulignés (18 ; 26-28).

La santé des soignants est déterminante et des aménagements, comme le prévoit le code du travail « doivent éviter les atteintes à la santé du fait du travail ». Mais les enquêtes nationales successives concernant les conditions de travail ont montré peu de réduction des risques pour les femmes travaillant en milieu hospitalier par rapport aux autres femmes salariées (29). Or ceci retenti aussi bien sur les arrêts maladie que sur l'abandon de la profession et ne répond pas aux préoccupations européennes concernant les moyens de délivrer les soins nécessités par une population vieillissante (1-2 ; 6 ; 30-32). Les soignants souvent ou toujours fatigués, qui ont des troubles musculo-squelettiques diagnostiqués ou non ou qui ont des troubles de la santé mentale suivis médicalement ou non ont plus de risque d'avoir envie de partir que ceux qui n'en n'ont pas.

Les facteurs que l'on avait trouvés dans le Q0 mais que l'on ne retrouve plus dans le Q12 comme liés à l'intention d'abandon de la profession pour les IDE & + sont le nombre de jours de formation, le changement d'horaire avec un délai court et les heures supplémentaires. En effet, les IDE & + du Q12 font moins d'heures supplémentaires ont moins de changements d'horaires imprévisibles et ont eu plus de formation continue. Mais l'absence de formation continue reste un facteur déterminant pour les AS &-. Ces facteurs sont cités par de nombreux auteurs comme au cœur de la satisfaction professionnelle des soignants. Nous avons observé leur importance lorsqu'ils sont étudiés un par un, avec seulement la prise en compte de l'âge et du sexe. Mais, lorsque l'on recherche les facteurs les plus importants après la prise en compte de tous les autres, dans une analyse par régression logistique descendante pas à pas, certains facteurs perdent de l'importance au regard du rôle majeur des autres.

Nous avons trouvés sept facteurs les plus robustes qui persistent après l'analyse pas à pas dans le questionnaire Q0 comme dans le questionnaire Q12. Cette analyse nous permet donc de mettre en évidence le rôle majeur de la satisfaction des perspectives professionnelles et l'utilisation des compétences est de même un facteur déterminant de l'envie de partir des soignants. Cette analyse nous permet aussi de souligner le rôle très important de la difficulté à réaliser les responsabilités familiales que les soignants



rencontrent à cause de leur travail. De même, nous pouvons mettre en avant le rôle que la santé a dans l'envie de départ de la profession. En effet, des troubles de la santé mentale diagnostiqués ou non, les troubles musculo-squelettiques diagnostiqués et la fatigue contribuent fortement à augmenter cette intention de départ de la profession soignante.

De plus, il ne faut pas perdre de vue que la santé mentale ou physique est une construction où les conditions de travail jouent un rôle majeur. Ainsi, la santé mentale est très influencée par tous les facteurs du travail d'équipe et de la qualité des soins dont nous avons parlé et les TMS sont influencées par les conditions physiques et psycho-sociales (18-19 ; 26 ; 27). Les inégalités d'espérance de vie sont de plus en plus importantes entre ouvriers et employés d'une part et cadres et professions libérales d'autre part (33). La prévalence des principales pathologies chroniques est aussi plus importante parmi les catégories socioprofessionnelles les moins qualifiées. L'attitude sélective ou de contrôle des arrêts n'est pas appropriée pour réduire les arrêts maladie et les départs des soignants. Une approche basée sur la réduction des expositions aux facteurs de pénibilité physique comme aux facteurs psycho-sociaux générateurs de stress et de souffrance au travail, est prioritaire.

Dans l'analyse multivariée réalisée pour les deux groupes, les facteurs communs aux IDE & + et aux AS &- sont la satisfaction des perspectives professionnelles et la réalisation difficile des responsabilités familiales due à la charge de travail. Les facteurs propres aux AS sont le nombre de jours de formation, la satisfaction de la relation avec le supérieur et avec les collègues et lever les patients sans aide. Les facteurs propres aux IDE sont la fatigue, les troubles musculo-squelettiques et les troubles de la santé mentale et la satisfaction de l'utilisation des compétences. Ces différences peuvent s'expliquer par les différences entre le métier d'infirmier et celui d'aide soignant. Les infirmiers souhaitent tout particulièrement être reconnus pour leur «rôle propre» qui fait l'objet d'un décret de compétence et visent à avoir l'opportunité d'utiliser leurs compétences. Ce rôle propre est souvent relationnel, dans le cadre de l'accompagnement et de l'éducation des patients. L'exercice partiel de ce rôle, en étant peu fier de sa qualité, retentit sur la santé mentale des infirmiers et contribue à leur découragement. Nous avons déjà développé cet aspect dans les articles spécifiquement consacrés aux infirmiers et aux cadres de ce panel PRESST-NEXT (34-36).

Les AS &-, par contre, sont très exposés à tout âge à la pénibilité physique et sont très majoritairement fatigués pour cela. La forte pénibilité du travail aide soignant et son invisibilité médiatique a pu être soulignée (37). L'influence de plusieurs facteurs de pénibilité physique n'est pas significative car le groupe non

exposé est très petit. Cependant, les outils d'aide à la manutention pourraient être diffusés avec profit et les postures de travail améliorées avec en particulier plus de tâches en posture assise. Les AS passent souvent plus de temps auprès des malades que les IDE du fait de la longueur des soins d'hygiène et d'aide à l'alimentation qu'ils prodiguent. C'est pourquoi ils souhaitent être associés à la réflexion d'équipe sur le projet de soin du malade et sont particulièrement découragés en cas de mauvaises relations.

Ces résultats renforcent les conclusions de nombreux auteurs sur l'importance des stratégies d'adaptation développées collectivement et individuellement, au cours du temps, par les soignants dans les services «qui marchent bien» (38). Cela suppose une certaine marge de manœuvre sur les effectifs et les moyens, une organisation du travail qui prend en considération les difficultés et les nécessités du travail soignant, une certaine stabilité et entente dans l'équipe. Quand une de ces conditions est absente ou que la difficulté (technique ou émotionnelle) des soins s'accroît, sans compensation en terme de moyens, le travail émotionnel risque d'être plus problématique.

L'importance du tutorat vient d'être réaffirmée par le ministre français des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Philippe Douste-Blazy (39). Il a proposé «*que tous les Infirmiers ou infirmières qui décident de venir travailler en psychiatrie soient pris en charge par un tuteur, un compagnon, tout au long de leur première année.*». «*Le tuteur serait une infirmière ou infirmier en psychiatrie qui aurait choisi d'être formateur, dit-il à propos de ce Plan Psychiatrie et Santé mentale. Ce tuteur n'aurait pas de relation hiérarchique. Ce serait un infirmier expérimenté qui prendrait le tiers de son temps pour accompagner quatre nouveaux collègues, en les suivant chacun en moyenne trois heures par semaine, toute l'année.*».

La satisfaction de la qualité des soins, qui est un des critères majeurs de plaisir au travail des soignants, se heurte aussi à la question des effectifs. Un rapport, à la demande du US department of Health, a été publié en 2001 (40). Réalisé dans onze états des Etats-Unis, ce rapport a comptabilisé 7,8 heures de temps de travail infirmier moyen par 24 heures et par patient (avec une variation des dotations entre établissements de 6,1 heures par patients pour le quartile le plus bas et 9,1 heures pour le quartile le plus haut). Il a aussi relevé pour les aides soignants un temps de travail moyen de 1,7 heures (avec 0,8 heure pour le quartile le plus bas et 0,2 heure pour le quartile le plus haut). Les auteurs ont montré un lien fort entre le niveau des effectifs et du temps infirmier d'une part et la réduction des infections urinaires, des pneumonies, de la durée de séjour, des saignements gastro-intestinaux, des chocs et arrêts cardiaques et des échecs de réanimation, d'autre part. Par exemple, ils

LES FACTEURS LIÉS À L'ABANDON PRÉMATURÉ DE LA PROFESSION SOIGNANTE. CONFIRMATION DE LEUR IMPACT À UN AN D'INTERVALLE ANALYSE LONGITUDINALE DES SOIGNANTS DE L'ENQUÊTE PRESST/NEXT

ont comptabilisé une réduction de 4 % à 25 % des infections urinaires entre les situations à plus faibles et à plus fortes dotations en soignants.

La place de la question du bien-être au travail dans la décision stratégique est encore très négligée. Ne pas se préoccuper de l'humain, et en particulier de la santé psychique, favorise une gestion des ressources humaines empêtrée dans des dysfonctionnements organisationnels (arrêts maladie, tensions sociales, etc.) (41-46). Attirer l'attention des décideurs sur l'importance de ces problèmes constitue aujourd'hui un préalable indispensable. L'anthropologie des organisations (45) a déjà mis l'accent sur la nécessité de mettre l'humain au centre dans toute approche de management. Savall (42) et Savall & Zardet (43-44) ont travaillé à la reconnaissance des coûts sociaux cachés liés à la négligence de l'humain.

Les travaux des psychosociologues, des médecins du travail et des ergonomes ont, dans ce contexte, mis l'accent sur le rôle des « collectifs de travail » par rapport à la gestion individuelle des carrières (41). L'évaluation des coûts économiques et sociaux, pour le salarié, l'organisation et le collectif de travail et pour la communauté nationale, doit être faite. Elle permet de justifier et d'évaluer l'efficacité d'améliorations ergonomiques participatives (21). L'élaboration de dispositifs de prévention, pilotés par le directeur des relations humaines, le CHSCT et le médecin du travail, apparaît comme une nécessité socioéconomique, qui limite les attitudes de retraits professionnels contre-productifs pour l'entreprise, le climat social et la santé des salariés.

Ces résultats concernant l'employabilité de nos soignants français au regard des exigences actuelles des postes sont alarmants. Cependant, l'expérience génère une importante augmentation de l'efficacité liée aux connaissances acquises (47-48). Une bonne connaissance de l'environnement de travail et des équipements, en parallèle avec leur maîtrise des procédures, permet aux soignants expérimentés d'aider considérablement leurs collègues plus novices. Nos résultats concernant le rôle majeur de l'incertitude à propos des procédures et des matériels ou sur les réponses à donner aux questions des patients sont particulièrement délicats pour les soignants plus âgés, en convergence avec les connaissances psycho-ergonomiques (49). Ceci met particulièrement en question le nouveau management qui promeut la flexibilité des postes et des horaires. En effet, ce management réduit les possibilités de soutien existant dans une équipe qui a pu se connaître et se souder. La flexibilité augmente l'incertitude sur les aspects techniques, d'éducation et d'accompagnement des malades. Le manque de temps pour développer une expérience dans un service, qui permet de compenser les difficultés liées à l'âge (19), est préoccupant,

dans ce secteur où les erreurs peuvent avoir des conséquences dramatiques. Le projet COMPAQH (Coordination pour la Mesure de la Performance et de l'Amélioration de la Qualité Hospitalière) promeut une approche plus multidimensionnelle de la performance hospitalière qui ne se limite pas aux aspects économiques et financiers (50).

Ce projet a choisi comme indicateurs la prise en charge multidisciplinaire, et seulement pour les Centres de Lutte contre le Cancer, et la coordination de la prise en charge, et seulement pour la psychiatrie. Nous avons montré que ces éléments sont centraux pour toutes les spécialités, aussi bien pour la qualité de l'éducation thérapeutique, la satisfaction globale des patients que pour réduire l'absentéisme, l'usure psychologique du personnel et le turnover. Des soignants respectés, avec des conditions de travail dignes, sont de meilleurs éducateurs de santé pour les patients hospitalisés et peuvent mieux redonner confiance au malade sur sa capacité à reprendre une vie active, une fois ses problèmes de santé maîtrisés.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Eurostat. Labour Force Survey. Results 1997. Theme 3, Population and Social Conditions. Series C, Accounts and Surveys. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg 1998b.
- 2- OCDE - OECD : Work-force ageing in OECD countries. Employment outlook, Chapter 4, June 1998, 123-151.
- 3- Ilmarinen J., Ageing workers in the European Union – Status and promotion of work ability, employability and employment. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, 1999.
- 4- Molinier AF, Volkoff S, 2002, La démographie du travail pour anticiper le vieillissement. Collection Outils et méthodes. Lyon. Editions de l'ANACT, 76 p.
- 5- Finlayson B., Dixon J., Meadows S. and Blair G., *Mind the Gap : the extent of the NHS nursing short age*, British Medical Journal, 7 September 2002

6- HOPE *The healthcare workforce in Europe : problems and solutions*, Rapport final du groupe d'étude sur la force de travail du Comité permanent des hôpitaux de l'Union Européenne (HOPE), mai 2004, 29 p.

7- Hasselhorn H.-M., Tackenberg P., Müller B.-H., and the NEXT-Study group, 2003, Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Working Life Research Report 7 : 2003, National Institute for Working Life, Stockholm 2003, ISSN 1404-790X, 258 p.

8- Estry-Béhar M Analyse de données mises à disposition par la CNRACL, établissements de Bordeaux 2004. In reference 44.

9-Estry-Béhar M, Le Nézet O, Duville N et le comité de suivi de l'étude PRESST, Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, Prévention des départs prématurés de la profession, Résultats de l'étude PRESST-NEXT, Brochure diffusée lors du colloque national de restitution des résultats de l'études PRESST-NEXT le 1^{er} juin 2005. Disponible sur www.presst-next.com

11 Estry-Béhar M, Le Nézet O, Affre A, Arbieu P, Bonnet N, Derrienic F, Gadier G, Lorient M, Salbreux R, Ben-Brik E, Caillard JF et le comité de suivi de l'étude PRESST-NEXT. La situation des soignants des établissements publics et privés en France en 2002. Analyse des résultats de la première partie de l'étude PRESST-NEXT. Archives des maladies professionnelles, 2004, 65, 5, 413-437.

12- Le Lan R., Baubeau D. Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé. Etudes et résultats, n° 335, août 2004, Drees

13- Dominique Tonneau. Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003 ? DRESS. N°3002. Avril 2004

14- Damien Tournoud, Alexandre Montigny. La réduction du temps de travail dans un hôpital public. Ecole des Mines de Paris, Centre de gestion scientifique.

15- Pouvourville de G., 2002, «rationaliser le système de soin : efficience et équité», dans *Quelle médecine voulons-nous ?* (sous la dir. De M. Bungener), Paris, La Dispute, pp. 55-74.

16- Sainsaulieu I (2003) *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*, L'Harmattan.

17- Delahaye-Guillocheau V, Flamant P, Jeandet-Mengual E, Audige P. Gestion des âges dans le secteur sanitaire et social, Rapport de l'IGAS n° 2004057, mai 2004, 122 pages

18- Estry-Béhar M., 1996, *Ergonomie hospitalière, théorie et pratique*, Paris, ESTEM, 568 p.

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

20- Estry-Béhar M, Kaminski M, Peigne E, Bonnet N, Vaichere E, Gozlan C, Azoulay S, Giorgi M (1990) Stress at work and mental health status among female hospital workers. *British Journal of Industrial Medicine* 47 : 20-28.

21, DREES, Ministère de l'emploi et de la solidarité.

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

23 Kempe P, Sauter M & Lindner I (1992) Special characteristics of nurses for the aged who made use of a training program aimed to reduce burnout symptoms and first results on treatment outcome. In : Estry-Béhar M, Gadbois C & Pottier M. *Ergonomie hospitalière – hospital ergonomics ed Octarès*. Pp 331-337. Toulouse France.

24- Hasselhorn HM & Seidler E (1993) Terminal care in Sweden. New aspects of the professional care of dying. In : Hagberg M, Hofmann F, Stössel U & Westlander G. *Occupational Health for Health Care Workers*. Pp 394-397, Ecomed Landsberg Germany. Pp 394-397, Ecomed Landsberg Germany.

25- Kirpal, S. (2004). Work identities of nurses. Between caring and efficiency demands. *Career Development International*, Vol. 9 (3), 274-304).

26- Hignett S., 2003, Intervention strategies to reduce musculoskeletal injuries associated with handling patients : a systematic review, *occup. and environ. Med.*, 60, 9, e 6. <http://www.occenv-med.com/cgi/content/full/60/9/e6>

27- Estry-Béhar M., Kaminski M., Delaporte MF, Peigne E., Maillard, Pelletier A, Berthier C, Paoli MC, Leroux JM. *Strenuous working conditions and musculo-skeletal disorders among female hospital workers. Int. Arch. Occup. Environ. Health*, 1990 ; 62, 47-57.

**LES FACTEURS LIÉS À L'ABANDON PRÉMATURÉ DE LA PROFESSION SOIGNANTE.
CONFIRMATION DE LEUR IMPACT À UN AN D'INTERVALLE
ANALYSE LONGITUDINALE DES SOIGNANTS DE L'ENQUÊTE PRESST/NEXT**

28- Cassou B, Derriennic F, Montfort C, et al, 2002, Chronic neck and shoulder pain, age and working conditions : longitudinal results from a large random sample in France. *Occup Environ Med.* 59 (8) : 537-544.

29- Estry-Béhar M., Duger N. , Vinck L. Les conditions de travail des femmes à l'hôpital ont-elles changé entre 1984 et 1998 ? *Rev Epidémiol Santé Publique*, 2001 : 49 : 397-400.

30- THOMSON E. Statistique annuelle des établissements de santé 1999, Document de travail, série statistiques, 2001, 27, DREES, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 139 pages.

31- SICART D. Les professions de santé au 1^{er} janvier 2001 – Répertoire ADELI. Document de travail, série statistiques, 2001,

32-OECD (2004) OECD Health Data 2004. 3rd edition http://www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2825_495642_2085200_1_1_1,00.html. last access : 06.04.2005

33- Leclerc A et coll. (2000) Les inégalités sociales de santé ed. La découverte.

34 Estry-Béhar M ;, Le Nézet O, Benmessaoud H, Bonnet N, Cuénot E, Desmoulins S, Darcques P, Heurteux p, Paoli MC, Duville N, Fayet C, Gouaillard G, Valentin R, Gadier G, Perrin N, Fages A, Legal R, Sanna-Bouthier E, Ben-Brik Erik (1), Caillard Jean-François (1) et le comité de suivi de l'étude PRESST-NEXT

35 - Estry-Béhar M, Le Nézet O, Benmessaoud H, Bonnet N, Cuénot E, Desmoulins S, Darcques P, Heurteux P, Paoli M-C, Duville N, Fayet C, Gouaillard G, Valentin R, Gadier G, Perrin N, Fages A, Legal R, Sanna-Bouthier E, Ben-Brik E, Caillard J-F et le comité de suivi de l'étude PRESST-NEXT, Infirmières : êtes vous satisfaites de vos conditions de travail ? La situation des infirmier(e) s diplômés(e) s d'Etat et spécialisé(e) s en France *Revue de l'infirmière* N° spécial juin 2004 Auteurs :

36 Estry-Béhar M, Le Nézet O Lorient M, Bedel M, Cantet-Bailly N, Charton-Promeyrat C, Crave S, Cuénot E, Heurteux, Négri JF, Valentin R, Vambana M, Ben-Brik E, Caillard JF ; La situation des cadres de santé en France et comparaisons européennes, *Soins cadre* supplément au N° de Novembre 2004 auteurs :

37- Arborio A.M., 2001, *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos, col. « Sociologiques », 334 p.

38- Lorient M., 2000, Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail, Anthropos, « Socio-logiques ».

39- Philippe Douste-Blazy, ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille « Psychiatrie et Santé mentale, projet de plan 2005-2008 » Discours du 4 février 2005

40- Niedleman J, Buerhaus PI, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K, Nurse staffing and patients outcome in hospitals, Final Report for Health Resources Service Administration, Contract N° 230-99-0021, Harvard school of public health 487 pages.

41-Clot Y. (1999) « La fonction psychologique du travail », P.U.F.CLOT Y. (1995), « Le travail sans l'homme. Pour une psychologie des milieux de travail et de vie », La Découverte

42-Savall H (1980) Reconstruire l'entreprise, Analyse socio-économique des conditions de travail, Dunod

43-Savall H & Zardet V (1989) Maîtriser les coûts et les performances cachés, Economica

44-Savall H & Zardet V (1995) Ingénierie stratégique du réseau, Economica

45-Chanlat JF (1998) Sciences sociales et management. Plaidoyer pour une anthropologie générale Presses de l'Université de Laval, Canada, 114 pages.

46-Abord de Chatillon et Bachelard (2005) Management de la santé et de la sécurité du travail ; L'harmattan, Paris, sous presse.

47- Anderson JR, 1982, Acquisition of cognitive skill. *Psychosocial Review*, 89 (4) : 369-406.

48- Derriennic F, Touranchet A, Volkoff S, 1996, Age, travail, santé. Etude sur les salariés âgés de 37 à 52 ans. Enquête ESTEV 1990 Collection Questions en santé publique (INSERM), 440 p, ISBN 2-85598-669-9, ISSN 1262-8239

49- Salthouse TA., 1988, Ressource reduction interpretations of cognitive ageing. *Development rev.* 8 : 238-272.

50- Grenier-Sennelier et coll, 2005, Développement d'indicateurs de qualité au sein des établissements de santé : le projet COMPAQH. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2005

Tableau I
Répartition des soignants des deux enquêtes successives et intention d'abandon de la profession (IAP) par grade

	Q12 échantillon des soignants restés dans 45 établissements		Q0 échantillon initial représentatif des soignants français issus de 55 établissements	
	Nombre de répondants	% avec une fréquente intention d'abandonner la profession	Nombre	% avec une fréquente intention d'abandonner la profession
Cadres et autres soignants très qualifiés	507	11%	612	16,2%
Infirmiers spécialisés	142	16,2%	268	17,2%
Infirmiers diplômés	1 015	15,4%	2 267	16,2%
Aides soignants et autres soignants moins qualifiés	668	11,4%	1 838	13,9%
Total	2 332	13,3%	4 985	15,4%

Tableau II
Description de la situation sociodémographique des soignants à un an d'intervalle et selon le grade

		Infirmiers diplômés d'état, Infirmiers spécialisés et cadres				Aides soignants et autres soignants moins qualifiés			
		Q12		Q0		Q12		Q0	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Age	< 30 ans	446	25,4%	570	17,3%	140	19%	304	15,1%
	30-39 ans	494	28,0%	1 023	31,0%	230	31,2%	594	29,5%
	40-49 ans	526	29,8%	1 064	32,3%	254	34,5%	716	35,6%
	50 ans et +	288	16,3%	642	19,5%	113	15,3%	398	19,8%
Sexe	Homme	186	10,6%	414	12,5%	66	8,9%	183	9%
	Femme	1 573	89,4%	2 900	87,3%	674	91,1%	1 848	91,0%
Situation personnelle	Avec adulte seul	466	26,8%	774	23,4%	184	25,1%	475	23,6%
	Seul avec enfants	282	16,2%	505	15,3%	98	13,4%	297	14,8%
	Seul avec enfants	108	6,2%	243	7,4%	82	11,2%	266	13,2%
	Avec adulte et enfants	883	50,8%	1 783	53,9%	368	50,3%	972	48,4%
Mon travail rend difficile la réalisation des responsabilités familiales	Pas d'accord	703	40,2%	1 475	44,9%	290	40,1%	981	49,5%
	Parfois	525	30,0%	890	27,1%	224	31,0%	508	25,7%
	D'accord	520	29,7%	918	28,0%	209	28,9%	491	24,8%

**LES FACTEURS LIÉS À L'ABANDON PRÉMATURÉ DE LA PROFESSION SOIGNANTE.
CONFIRMATION DE LEUR IMPACT À UN AN D'INTERVALLE
ANALYSE LONGITUDINALE DES SOIGNANTS DE L'ENQUÊTE PRESST/NEXT**

Tableau III
Comparaison des horaires de travail et des possibilités d'un travail d'équipe à un an d'intervalle selon le grade

		Infirmiers diplômés d'état, Infirmiers spécialisés et cadres				Aides soignants et autres soignants moins qualifiés			
		Q12		Q0		Q12		Q0	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Durée de la semaine de travail	< 35 heures/sem	384	24,7%	559	18,2%	112	17,4%	240	13,7%
	35 heures et plus	1 171	75,3%	2 511	81,8%	533	82,6%	1 506	86,3%
Changement d'horaires avec un délai court	Jamais ou 2 fois/mois	1 595	91,5%	2 783	89,2%	649	89,9%	1 697	88,7%
	Plus de 2 fois/mois	148	8,5%	338	10,8%	73	10,1%	217	11,3%
Heures supplémentaires	Non ou pas de réponse	983	55,7%	1 664	50,1%	602	80,5%	1 608	78,7%
	Oui	781	44,3%	1 658	49,9%	146	19,5%	435	21,3%
Satisfaction du temps de chevauchement	Oui	758	52,1%	1 115	39,9%	456	67,7%	923	48,6%
	Non	697	47,9%	1 678	60,1%	218	32,3%	975	51,4%

Tableau IV
Comparaison des conditions physiques de travail à un an d'intervalle selon le grade

		Infirmiers diplômés d'état, Infirmiers spécialisés et cadres				Aides soignants et autres soignants moins qualifiés			
		Q12		Q0		Q12		Q0	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Satisfaction des conditions physiques de travail	Oui	893	51,7%	1 663	50,5%	305	42,7%	880	43,9%
	Non	833	48,3%	1 630	49,1%	410	57,3%	1 125	56,1%
Nombre d'heures debout	< 6 heures par jour	661	38,1%	1 243	37,6%	131	18,0%	349	17,1%
	6 heures ou plus	1 072	61,9%	2 061	62,4%	598	82,0%	1 687	82,9%
Postures inconfortables	0-5 par jour	1 064	71,6%	2 221	70,9%	408	62,3%	1 061	55,5%
	6-10 par jour	255	17,2%	492	15,7%	138	18,4%	391	20,5%
	>10 par jour	167	11,2%	420	13,4%	109	14,6%	458	24,0%
Lever des patients sans aide	0-1 par jour	759	50,3%	1 545	49,5%	189	29,0%	539	28,2%
	2-10 par jour	676	44,8%	1 265	38,1%	406	62,4%	1 052	55,1%
	>10 par jour	75	5%	314	9,5%	56	8,6%	318	16,7%

Tableau V
Description du travail d'équipe et charge mentale à un an d'intervalle selon le grade

		Infirmiers diplômés d'état, Infirmiers spécialisés et cadres				Aides soignants et autres soignants moins qualifiés			
		Q12		Q0		Q12		Q0	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Pb dans l'équipe gérés par la discussion	Souvent ou toujours	1 070	62,6%	Pas présent en Q0		374	53,3%	Pas présent en Q0	
	Rarement ou parfois	638	37,4%			328	46,7%		
Possibilité de discuter	En détail	Pas dans le Q12		1 341	40,6%	Pas dans le Q12		897	44,3%
	Non ou brièvement			1 962	59,4%			1 130	55,7%
Satisfaction du soutien psychologique	Oui	570	33,4%	1 061	32,4%	261	37,6%	713	36,2%
	Non	1 135	66,6%	2 213	67,6%	434	62,4%	1 255	63,8%
Satisfaction de la relation avec le supérieur	Satisfait	1 272	73,3%	Pas présent en Q0		538	73,4%	Pas présent en Q0	
	Insatisfait	464	26,7%			195	26,6%		
Soutien du supérieur	souvent	Pas dans le Q12		1 604	48,7%	Pas dans le Q12		969	47,9%
	Jamais ou parfois			1 689	51,3%			1 052	52,1%
Satisfaction de la relation avec les collègues	Satisfait	1 615	92,5%	Pas présent en Q0		661	91,2%	Pas présent en Q0	
	Insatisfait	131	7,5%			64	8,8%	8,8%	
Soutien des collègues	souvent	Pas dans le Q12		2 428	73,8%	Pas dans le Q12		1 425	70,3%
	Jamais ou parfois			861	26,2%			602	29,7%

Tableau VI
Description de la santé à un an d'intervalle selon le grade

		Infirmiers diplômés d'état, Infirmiers spécialisés et cadres				Aides soignants et autres soignants moins qualifiés			
		Q12		Q0		Q12		Q0	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Troubles musculo- squelettiques	Non	756	44,8%	1 486	45,8%	264	37,7%	790	40,6%
	Oui- diagnostic personnel	428	25,4%	985	30,3%	182	26,0%	581	29,8%
	Oui- diagnostic médecin	503	29,8%	776	23,9%	255	36,4%	576	29,6%
Troubles de la santé mentale	Non	1 157	69,4%	2 384	75,0%	473	69,6%	1 414	74,9%
	Oui- diagnostic personnel	344	20,6%	519	16,3%	124	18,2%	256	13,6%
	Oui- diagnostic médecin	166	10%	277	8,7%	83	12,2%	218	11,5%
Fatigue	Jamais ou parfois	1 253	71,4%	1 491	45,1%	505	68,9%	1 029	50,8%
	Souvent ou toujours	501	28,6%	1 816	54,9%	228	31,1%	996	49,2%

**LES FACTEURS LIÉS À L'ABANDON PRÉMATURÉ DE LA PROFESSION SOIGNANTE.
CONFIRMATION DE LEUR IMPACT À UN AN D'INTERVALLE
ANALYSE LONGITUDINALE DES SOIGNANTS DE L'ENQUÊTE PRESST/NEXT**

Tableau VII.
Envie d'abandonner la profession (IAP) en fonction des caractéristiques personnelles et de la santé chez les Infirmiers diplômés, les infirmières spécialisées et les cadres (Q12)

Variables	Modalités	Effectif total N=1664	Fréquence d'IAP	Modèle ajusté sur l'âge et le sexe*		
				OR	[IC95%]**	p
Age Ajusté sur le sexe	<30 ans	440	10,7%	1		
	30-39 ans	485	16,9%	1,70	[1,16-2,50]	<0,01
	40-49 ans	474	14,3% ns	1,40	[0,94-2,09]	ns
	50 ans et +	260	13,8% (=,06)	1,34	[0,84-2,13]	ns
Sexe Ajusté sur l'âge	Hommes	179	15,1%	1		
	Femmes	1484	14% ns	0,91	[0,59-1,41]	ns
Ancienneté	<5 ans	393	10,4%	1		
	5-14 ans	486	15,2%	1,30	[0,76-2,23]	ns
	15-24 ans	413	13,6% ns	1,42	[0,73-2,77]	ns
	25 ans et +	354	16,1%	2,17	[1,00-4,68]	<0,05
Grade	Cadres et autres Infirmiers IDE Spé	507	11%	1		
	Infirmiers	142	16,2% ns	1,55	[0,91-2,64]	ns
	Infirmiers	1015	15,4% (=,06)	1,55	[1,11-2,17]	<0,05
Situation personnelle	Avec adulte	438	12,6%	1		
	Seul	270	14,8%	1,24	[0,80-1,93]	ns
	Seul avec enfant(s)	102	16,7%	1,22	[0,66-2,27]	ns
	Avec adulte et enfant(s)	833	14,5% ns	1,03	0,71-1,50]	ns
Mon travail rend difficile la réalisation des responsabilités familiales	Pas d'accord	661	8,9%	1		
	Parfois	498	11%	1,30	[0,88-1,92]	ns
	D'accord	493	23,9% <0,001	3,27	[2,32-4,61]	<0,001
Satisfaction du salaire	Bonne et moyenne	553	8,7%	1		
	Mauvaise	1098	16,8% <0,01	2,08	[1,48-2,92]	<0,01
Fatigue	Jamais ou parfois	1174	9,8%	1		
	Souvent ou toujours	480	24,4% <0,001	2,92	[2,19-3,90]	<0,001
Troubles musculo squelettiques	Non	722	8,4%	1		
	Oui- diagnostic personnel	412	17,2%	2,28	[1,57-3,3]	<0,001
	Oui- diagnostic médecin	465	20,2% <0,001	2,77	[1,95-3,96]	<0,001
Troubles de la santé mentale	Non	1100	9,5%	1		
	Oui- diagnostic personnel	330	23%	2,86	[2,06-3,99]	<0,001
	Oui- diagnostic médecin	155	29,7% <0,001	4,12	[2,74-6,18]	<0,001

Tableau VIII.
Envie de quitter les soins en fonction des horaires de travail chez les infirmiers et plus qualifiés (questionnaire Q12)

Variables	Modalités	Effectif total	Fréquence d'IAP	Modèle ajusté sur l'âge et le sexe*		
				OR	[IC95%]**	p
Durée de la semaine de travail	<35 heures/sem	360	14,2%	1		
	35 heures et plus	1117	13,9% ns	1,05	[0,74-1,49]	ns
Changement d'horaires avec un délai court	Jamais ou 2 fois/mois	1511	13,5%	1		
	Plus de 2 fois par mois	137	19% ns	1,54	[0,98-2,43]	ns
Heures supplémentaires	Non ou pas de réponse	924	14,6%	1		
	Oui	740	13,5% ns	0,93	[0,70-1,24]	ns
Satisfaction avec du temps de chevauchement	Oui	725	11,9%	1		
	Non	667	17,8% <0,01	1,57	[1,16-2,13]	<0,01

* les nombres en gras indiquent les variables incluses dans le modèle final suivant
** Odds ratios avec intervalle de confiance à 95%

Tab IX.
Envie de quitter les soins en fonction de la satisfaction au travail chez les infirmiers, infirmiers spécialisés et cadres (questionnaire Q12)

Variables	Modalités	Effectif total N = 1664	Fréquence d'IAP	Modèle ajusté sur l'âge et le sexe*		
				OR	[IC95%]**	p
Satisfaction des perspectives professionnelles	Oui	974	6,3%	1		
	Non	658	25,5% < 0,001	5,08	[3,69-6,98]	< 0,001
Satisfaction des conditions physiques de travail	Oui	844	7,3%	1		
	Non	796	21,4% < 0,001	3,37	[2,47-4,61]	< 0,001
Satisfaction de la qualité des soins	Oui	853	9,0%	1		
	Non	758	19,5% < 0,001	2,39	[1,77-3,21]	< 0,001
Satisfaction avec l'utilisation des compétences	Oui	1 137	9,1%	1		
	Non	496	25,4% < 0,001	3,30	[2,47-4,40]	< 0,001
Satisfaction du soutien psychologique	Oui	539	6,3%	1		
	Non	1 083	18,1% < 0,001	3,29	[2,24-4,85]	< 0,001
Satisfaction de la relation avec les collègues	Satisfait	1 525	12,9%	1		
	Insatisfait	124	29,0% < 0,001	2,64	[1,73-4,03]	< 0,001
Satisfaction de la relation avec le supérieur	Satisfait	1 208	10,9%	1		
	Insatisfait	433	22,9% < 0,001	2,34	[1,75-3,13]	< 0,001
Travail qui s'empile	Rarement ou parfois	980	10,6%	1		
	Souvent ou toujours	655	18,8% < 0,001	1,97	[1,48-2,62]	< 0,001
Pas assez de temps pour parler aux patients	Souvent ou toujours	470	9,4%	1		
	Rarement ou parfois	1 165	15,8% < 0,001	1,84	[1,30-2,62]	< 0,001
PB dans l'équipe gérés par la discussion	Souvent ou toujours	1 009	11,6%	1		
	Rarement ou parfois	611	18,7% < 0,001	1,79	[1,35-2,37]	< 0,001
Crainte des erreurs	Rarement ou parfois	1 188	12,0%	1		
	Souvent ou toujours	453	19,0% < 0,001	1,76	[1,31-2,37]	< 0,001
Satisfaction de disposer d'un matériel adéquat	Satisfait	947	11,9%	1		
	Insatisfait	570	18,6% < 0,001	1,66	[1,24-2,22]	< 0,001
Confrontation à l'agressivité des patients	Rarement ou parfois	928	12,5%	1		
	Souvent ou toujours	717	16,0% < 0,05	1,32	[0,99-1,75]	0,052
Avoir son mot à dire sur quand accomplir les tâches	Vrai	554	10,3%	1		
	Faux ou partiellement	1 089	16,1% < 0,001	1,65	[1,20-2,27]	< 0,01
Nombre de jours de formation continue ces 12 derniers mois	Non	538	16%	1		
	1-5 jours	675	13,8%	0,86	[0,62-1,19]	ns
	>5 jours	400	12,3% ns	0,74	[0,51-1,08]	ns
Lever des patients sans aide	0-1 par jour	726	10,9%	1		
	2-10 par jour	650	17,2%	1,82	[1,33-2,50]	< 0,001
	>10 par jour	73	21,9% < 0,001	2,54	[1,38-4,70]	< 0,01
Postures inconfortables	0-5 par jour	1 021	11,2%	1		
	6-10 par jour	244	19,7%	2,06	[1,41-3,01]	< 0,001
	>10 par jour	162	22,2% < 0,001	2,37	[1,56-3,62]	< 0,001
Nombre d'heures debout	<6 heures par jour	612	12,9%	1		
	6 heures ou plus	1 023	14,8% ns	1,20	[0,89-1,63]	ns

**LES FACTEURS LIÉS À L'ABANDON PRÉMATURÉ DE LA PROFESSION SOIGNANTE.
CONFIRMATION DE LEUR IMPACT À UN AN D'INTERVALLE
ANALYSE LONGITUDINALE DES SOIGNANTS DE L'ENQUÊTE PRESST/NEXT**

Tableau X.
Envie de quitter les soins des infirmiers, infirmiers spécialisés et cadres :
résultats de l'analyse multivariée (questionnaire Q12) Comparaisons avec les résultats du Q0

Variables	Modalités	Résultats pour le Q 12			Résultats pour le Q0		
		OR N=1316	Modèle multivarié [IC95%]	p	OR N=2750	Modèle multivarié [IC95%]	p
Age	<30 ans	1			1		
	30-39 ans	1,04	[0,66-1,65]	ns	1,37	[0,97-1,93]	ns (<0,1)
	40-49 ans	0,95	[0,58-1,55]	ns	1,21	[0,84-1,73]	ns
	50 ans et +	1,06	[0,56-2,01]	ns	1,48	[0,98-2,23]	ns (<0,1)
Sexe	Homme	1			1		
	Femme	0,65	[0,39-1,09]	ns	0,90	[0,65-1,25]	ns
Grade	Cadres et autres	1			1		
	Infirmiers IDE Spé	1,45	[0,72-2,90]	ns	1,27	[0,81-1,99]	ns
	Infirmiers	1,42	[0,92-2,20]	ns	0,85	[0,63-1,14]	ns
Mon travail rend difficile la réalisation des responsabilités familiales	Pas d'accord	1			1		
	Parfois	1,24	[0,77-1,97]	ns	1,28	[0,97-1,69]	ns (<0,1)
	D'accord	2,10	[1,34-3,17]	<0,001	1,36	[1,04-1,78]	<0,05
Fatigue	Jamais ou parfois	1			1		
	Souvent ou toujours	1,60	[1,10-2,32]	<0,05	1,40	[1,08-1,80]	<0,01
Troubles musculo-squelettiques	Non	1			1		
	Oui- diagnostic personnel	1,43	[0,91-2,25]	ns	1,06	[0,82-1,39]	ns
	Oui- diagnostic médecin	1,61	[1,03-2,50]	<0,05	1,32	[1,00-1,76]	=0,05
Troubles de la santé mentale	Non	1			1		
	Oui- diagnostic personnel	1,47	[0,98-2,21]	0,01	1,76	[1,34-2,31]	<0,001
	Oui- diagnostic médecin	1,77	[1,06-2,95]	<0,05	1,90	[1,36-2,66]	
Satisfaction avec l'utilisation des compétences	Oui	1			1		
	Non	1,97	[1,36-2,85]	<0,001	1,27	[1,00-1,60]	=0,05
Satisfaction des perspectives professionnelles	Oui	1			1		
	Non	2,82	[1,89-4,23]	<0,001	3,1	[2,42-3,97]	<0,001
Satisfaction du soutien psychologique	Oui	1			1		
	Non	1,87	[1,12-3,12]	<0,05	1,57	[1,16-2,12]	<0,01
Crainte des erreurs	Rarement ou parfois	1			1		
	Souvent ou toujours	1,12	[0,84-1,76]	ns	1,25	[1,00-1,56]	<0,05
Postures inconfortables	0-5 par jour	1			1		
	6-10 par jour	1,25	[0,80-1,96]	ns	1,28	[0,96-1,71]	<0,1
	>10 par jour	1,17	[0,72-1,91]	ns	1,43	[1,05-1,93]	<0,05

Tableau XI.
Comparaison des facteurs caractérisant l'envie de partir des aides soignants et moins qualifiés et des infirmiers et plus qualifiés

Variables	Modalités	AS et ASH N=543			Infirmiers et cadres		
		OR	(IC95%)	p-value	OR	(IC95%)	p-value
Age	< 30 ans	1			1		
	30-39 ans	2,51	[0,93-6,81]	ns	1,07	[0,69-1,65]	ns
	40-49 ans	2,03	[0,73-5,63]	ns	0,85	[0,53-1,34]	ns
	50 ans et +	1,47	[0,41-5,28]	ns	1,00	[0,57-1,77]	ns
Sexe	Homme	1			1		
	Femme	1,50	[0,49-4,59]	ns	0,78	[0,47-1,27]	ns
Mon travail rend difficile la réalisation des responsabilités familiales	Pas d'accord	1			1		
	Parfois	2,39	[0,98-5,87]	ns	1,24	[0,80-1,90]	ns
	D'accord	4,07	[1,70-9,77]	<0,01	2,10	[1,41-3,12]	<0,001
Satisfaction des perspectives professionnelles	Oui	1			1		
	Non	3,80	[1,91-7,55]	<0,001	2,95	[2,04-4,25]	<0,001
Nombre de jours de formation continue ces 12 derniers mois	Non	1			Non significatif		
	1-5 jours	0,45	[0,23-0,91]	<0,05			
	>5 jours	0,33	[0,12-0,93]	<0,05			
Satisfaction de la relation avec le supérieur	Satisfait	1			Non significatif		
	Insatisfait	2,33	[1,22-4,43]	=0,01			
Satisfaction de la relation avec les collègues	Satisfait	1			Non significatif		
	Insatisfait	3,98	[1,64-9,66]	<0,05			
Lever des patients sans aide	0-1 par jour	1			Non significatif		
	2-10 par jour	2,54	[1,09-5,95]	<0,05			
	>10 par jour	1,38	[0,42-4,60]	ns			
Fatigue	Jamais ou parfois	Non significatif			1		
	Souvent ou toujours				1,65	[1,17-2,33]	<0,01
Troubles musculo-squelettiques	Non	Non significatif			1		
	Oui - diagnostique personnel				1,51	[0,998-2,3]	= 0,05
	Oui - diagnostique médecin				1,76	[1,18-2,64]	<0,01
Troubles de la santé mentale	Non	Non significatif			1		
	Oui - diagnostique personnel				1,64	[1,12-2,38]	=0,010
	Oui - diagnostique médecin				1,74	[1,08-6,2,81]	<0,05
Satisfaction avec l'utilisation des compétences	Oui	Non significatif			1		
	Non				1,89	[1,34-2,65]	<0,001