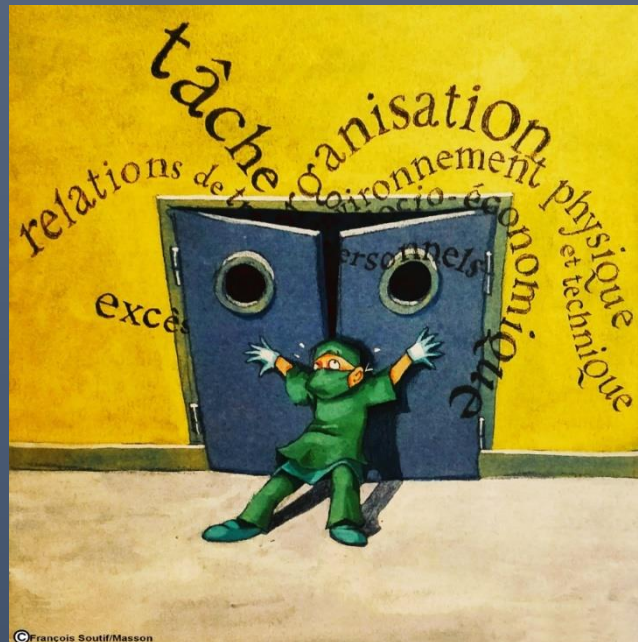


Ecole d'infirmiers anesthésistes de Rouen

ERFPS- CHU Hôpitaux de Rouen



LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES INFIRMIERS ANESTHESISTES AU BLOC OPERATOIRE

LINDA LOBEZ

Promotion 2016-2018

Le plaisir dans le métier met la perfection dans le travail.

Aristote

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de ce mémoire.

Je remercie Mme Laurence MORIAUX, cadre de santé formatrice à l'école d'infirmiers anesthésistes de Rouen, pour son aide, son soutien, sa disponibilité et surtout le temps qu'elle m'a consacré. En tant que Directrice de mémoire, elle m'a guidée tout au long de ce travail et m'a aidée à trouver les solutions pour avancer.

Je remercie Mme Sylvie PIOT, cadre supérieure de santé responsable du pôle Réanimations-Anesthésie-SAMU du CHU de Rouen pour sa disponibilité et le temps accordé.

Je remercie tous les infirmiers anesthésistes qui ont participé à l'enquête de terrain pour leur contribution essentielle ainsi que toutes les personnes qui m'ont aidée dans la diffusion de cette enquête notamment les cadres de santé, le Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes, l'Association Française des Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat.

Enfin, je remercie l'ensemble des personnes qui a donné un avis critique sur mon travail, mes proches et amis pour leur soutien et leur aide à la relecture.

SOMMAIRE

<i>GLOSSAIRE</i>	3
<i>INTRODUCTION</i>	4
<i>1ERE PARTIE : Le cadre conceptuel</i>	
1. Le concept du travail	6
1.1. Une notion complexe à plusieurs sens	6
1.2. Pourquoi travaillons-nous ?	6
1.3. L'évolution du rapport au travail : la théorie des générations X,Y, Z	8
2. La qualité de vie au travail : une thématique émergente	9
2.1. Définitions QVT, bien-être et satisfaction au travail	9
2.2. Les déterminants professionnels de la qualité de vie au travail	10
2.3. Les théories de satisfaction et motivation d'Herzberg et Maslow	13
2.4. La qualité de vie au travail dans les établissements de santé	14
2.4.1. Impact des réformes hospitalières sur les soignants	14
2.4.2. Les exigences qualité et la performance hospitalière	15
2.4.3. La qualité de vie au travail : un critère de certification HAS	16
2.5. Aspect législatif de la Qualité de Vie au Travail	16
2.5.1. La loi Rebsamen et l'Accord National Interprofessionnel	16
2.5.2. Obligations des établissements de santé envers les agents	17
3. Les enjeux de la qualité de vie au travail	17
3.1. Risques psychosociaux, stress et épuisement professionnel	18
3.2. Les conséquences de la qualité de vie au travail sur la collectivité	21
4. L'infirmier anesthésiste : analyse d'une profession exigeante à hautes responsabilités	22
4.1. Présentation générale	22
4.2. Les conditions de travail	23
4.2.1. Contraintes physiques	23
4.2.2. Environnement de travail et horaires	23
4.2.3. Facteurs spécifiques de stress et charge mentale	24

4.2.4 Travail en équipe

4.2.5 26

2^{ème} partie : enquête de terrain

1. Les objectifs de l'enquête	30
2. Méthodologie	30
3. Analyse des résultats	32
4. Synthèse	58
CONCLUSION	62
BIBLIOGRAPHIE	63
SOMMAIRE DES ANNEXES	66

GLOSSAIRE

ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANI	Accord National Interprofessionnels
ARACT	Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide- Soignant
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
HAS	Haute Autorité de Santé
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IBODE	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
MAR	Médecin Anesthésiste Réanimateur
MBI	Maslach Burnout Inventory
MCP	Maladie à Caractère Professionnel
NAO	Négociation Annuelle Obligatoire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
QVT	Qualité de Vie au Travail
RPS	Risques Psycho-Sociaux
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SMUR	Service Mobile d'Urgence
SSPI	Salle de Soins Post Interventionnelle
SST	Santé et Sécurité au Travail
T2A	Tarifification A l'Activité

INTRODUCTION

« *PRENDRE SOIN DE CEUX QUI SOIGNENT* »¹ Marisol Touraine, 5 Décembre 2016

Fin 2016, les pouvoirs politiques français lancent une politique d'amélioration de la Qualité de Vie au Travail de l'ensemble des professionnels de santé en réponse à la souffrance des soignants sur leur lieu de travail : en effet, les reportages se multiplient montrant les problématiques d'épuisement professionnel et de nombreux suicides touchent toutes les catégories : aides-soignants, infirmiers, internes, médecins, chirurgiens etc.

Infirmière depuis treize ans et aujourd'hui en formation professionnelle pour me spécialiser en anesthésie-réanimation, je suis interpellée par de telles situations : je me questionne mais aussi m'identifie et me projette. Notre activité professionnelle occupe une place importante et nous passons beaucoup de temps au travail au contact de nos collègues et nos patients, peut-être plus qu'avec notre famille et nos amis. Chacun peut, un jour ou l'autre, ressentir un mal être en lien avec le travail quelles qu'en soient les raisons. Aussi, il me paraît inacceptable que ce dernier puisse nous affecter au point d'en arriver à des situations dramatiques.

Personnellement, j'ai été témoin de la souffrance morale que peut engendrer le travail lorsque j'étais infirmière au bloc opératoire. Une collègue d'une cinquantaine d'années, infirmière de bloc opératoire diplômée d'Etat (IBODE), a été victime d'épuisement professionnel et diagnostiquée en *burnout*². Après plus d'un an d'arrêt de travail et de suivi par les psychologues et médecins du travail, elle a bénéficié d'un reclassement à un poste totalement différent. Il lui était devenu impossible de reprendre ses fonctions : mal être, angoisse et pleurs avaient pris le dessus alors que cette personne avait de nombreuses années d'expérience et une forte personnalité. Ces événements ont marqué les esprits et l'équipe s'est retrouvée face à une situation moralement difficile. Certes elle n'était pas infirmière anesthésiste mais elle travaillait au bloc opératoire tout comme les équipes d'anesthésie.

¹ Marisol Touraine, *Lancement de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels de santé*, 05 Décembre 2017

² Manifestation d'une expérience psychique et physique négative liée à un stress émotionnel chronique causé par un travail face auquel l'individu n'arrive plus à s'adapter. P.Canouï, InfoKara 2003/2, vol 18. Page 101

Je me suis intéressée à l'épuisement des professionnels soignants et plus particulièrement en anesthésie, réanimation. Il semblerait qu'ils soient également touchés par ce problème notamment les médecins anesthésistes réanimateurs³. Une enquête de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR) menée en 2009 révèle que 62 % des soignants dans le milieu de l'anesthésie-réanimation sont touchés par, au moins, une des trois composantes du burnout⁴. En ce qui concerne les infirmiers anesthésistes (IADE), la question de leur bien-être au travail a été peu évaluée spécifiquement. Ils n'étaient que 12.6 % à avoir participé à cette étude. Pourtant, ils ont des responsabilités importantes et vivent des situations stressantes. Ils peuvent donc eux aussi à tout moment souffrir de mal être lié au travail malgré un grand professionnalisme.

Je ne souhaitais pas axer mon travail uniquement sur l'épuisement professionnel mais plutôt étudier les ressentis et vécu des IADE et de façon plus générale la qualité de vie au travail. Je me suis alors posée la question suivante : **comment les IADE qui exercent au bloc opératoire évaluent-ils leur qualité de vie au travail et leur bien être professionnel ?**

Ce travail se compose de trois parties :

- **Une première partie dans laquelle** je développerai les grands concepts : je commencerai par **le travail** puisqu'il est à mon sens impératif de comprendre les relations entre l'Homme et le travail avant d'aborder les problématiques liées à ce sujet. Puis je traiterai de **la qualité de vie au travail (QVT)** de façon générale mais surtout dans les établissements de santé. J'expliquerai **pourquoi** il est important de prendre en compte la QVT notamment dans la **prévention des risques psychosociaux**. Enfin, j'analyserai **le métier de IADE** en développant les conditions de travail et pénibilités liées au métier pour comprendre l'influence de la QVT sur la vie professionnelle de l'IADE.
- Une partie « **enquête de terrain** » dans laquelle je détaillerai l'investigation que j'ai menée auprès des IADE pour répondre à mon questionnaire
- Et en dernier lieu, **la synthèse finale**. Je regrouperai dans cette partie l'ensemble des enseignements et résultats majeurs apportés par ce travail.

³ F. Bonneta, B. Dureuil, - *Prévenir le syndrome d'épuisement professionnel en anesthésie-réanimation*- Annale Française d'Anesthésie et de Réanimation 30 (2011) 777-778

⁴ G.Mion, *Facteurs associés au burnout en anesthésie-réanimation. Enquête 2009 de la SFAR*. Annales française d'anesthésie et de réanimation, vol 32, n°3, mars 2013, pages 175- 188,

CADRE CONCEPTUEL

1. Le concept du travail

Que représente le travail pour l'Homme et quelle est son importance ? Quels rapports entretenons-nous avec le travail ?

1.1 Une notion complexe à plusieurs sens

Dans son livre, *Travail, les raisons de la colère*, Vincent de Gaulejac, sociologue français, explique que le travail est « une notion complexe et polysémique qui recouvre des éléments de nature différente intriqués dans un ensemble. »⁵ Le concept du travail est vaste avec de nombreuses significations et représentations. **Au sens général**, il est « l'activité de l'homme appliquée à la production, à la création, à l'entretien de quelque chose »⁶ ou « toute activité considérée comme une charge »⁷. **En économie**, il renvoie à la réalisation de biens ou de services en échange d'un salaire et il est synonyme d'emploi. Il est avec le capital et la terre l'un des trois facteurs de production. Il s'apparente aussi au lieu où on le réalise et il fait référence à un environnement (collègues, employeur). Le travail est considéré également par certains comme une valeur : la « valeur travail » qui renvoie à la morale.

Si l'on s'intéresse à l'**étymologie**, on découvre que l'origine du mot travail n'est pas associé au bien être mais plutôt à la souffrance : ce mot provient du latin *tripalium*, instrument de torture utilisé par les romains sur les esclaves en guise de punition.

Selon Alain Rey, linguiste et lexicographe, *travailler* proviendrait de *tripaliare* signifiant « tourmenter, torturer avec le *tripalium* »⁸.

1.2 Pourquoi travaillons-nous ?

Cette question est un sujet classique en philosophie et titre de différents ouvrages en sciences humaines. Je ne vais aborder ici que les motivations actuelles qui poussent l'Homme à travailler. En dehors du travail forcé, une première raison évidente est **la survie matérielle** : manger, se loger, se vêtir.⁹

⁵ Vincent de Gaulejac, sociologue - *Travail, les raisons de la colère*, Paris, éditions du Seuil. Mars 2011, p.25

⁶ Dictionnaire Larousse 2017-Définition du mot travail, <http://www.larousse.fr>

⁷ Idem

⁸ Alain Rey- *Histoire du mot travail*, Le Robert, dictionnaire historique de la langue française ,2012

⁹ Eric Albert et al - *Pourquoi j'irai travailler*, Paris, Editions Eyrolles- 2011, p. 9 et 10

L'Homme doit travailler, c'est-à-dire transformer les ressources de la nature pour produire des biens indispensables à son existence. Avec l'émergence de la condition salariale et du mercantilisme, les Hommes travaillent en échange d'un salaire dans le même but. L'expression « gagner sa vie » prend ici tout son sens. Dans le même registre, il améliore aussi son **confort matériel** en plus des besoins de base.

Cependant, il existe aujourd'hui d'autres raisons qui poussent l'Homme à travailler et qui vont au-delà du salaire. Pierre Bourdieu, grand sociologue français du xx^e siècle, a expliqué que l'être humain tire de son travail des plus-values qu'il nomme « les capitaux du travail. »¹⁰

- **Le Capital social**

Le travail donne une **identité sociale**, un statut. Il représente un moyen d'intégration, de sociabilisation. Pour Dominique Méda, philosophe et sociologue « le travail est bien plus que le travail, c'est un signe d'appartenance, un marqueur, un statut. »¹¹ Il est aussi un vecteur de **développement personnel**, d'**épanouissement** et de **construction de soi**.

- **Le Capital culturel**

Le travail permet le développement de compétences, un savoir-faire, une expérience qui apporte valorisation et reconnaissance. Ces compétences complètent le capital reçu par l'éducation et le capital scolaire.

- **Le Capital symbolique**

La valeur travail et le statut socioprofessionnel ont un impact sur l'estime de soi par le symbole qu'ils représentent. Pierre Bourdieu renvoie ce capital symbolique au prestige, à l'honneur et à la reconnaissance.

On constate que le travail joue donc un rôle important sur le plan social et personnel. Tout problème en relation avec celui-ci peut donc impacter sur l'épanouissement, l'estime de soi et l'identité sociale de l'individu.

¹⁰ P. Bourdieu, *Les formes de capital*, 1986

¹¹ Dominique Méda, *Le travail : une révolution nécessaire*, Editions de l'Aube, 2013

1.3 Evolution du rapport au travail : la théorie des générations X, Y et Z

Certains auteurs affirment que les travailleurs n'ont pas les mêmes attentes vis-à-vis du travail et du monde en général en fonction de leur génération d'appartenance (figure 1). Les dernières générations portent les noms de « baby boomer, X.Y et Z »¹² :



Figure 1 : un rapport différent au monde et au travail suivant les générations (source : éconovateur.com)

- **La génération « baby boomer »** (nés entre 1943-1964) : marquée par l'accomplissement dans le travail et la valorisation sociale liée à la carrière. Ils respectent la structure hiérarchique, l'autorité et sont partisans du « job à vie ».
- **La génération X** (1965-1981) : décrite comme respectueuse des règles et de la hiérarchie et fidèle à l'entreprise qui l'emploie.
- **La génération Y** (1981-1994) : a des attentes plus individualistes par rapport au travail : besoin d'un travail qui a du sens. Pour les « Y », travail doit rimer avant tout avec plaisir et épanouissement. Contrairement à leurs parents, ils ne placent pas le travail au premier plan. Ils recherchent une meilleure qualité de vie, en conciliant travail et intérêts personnels.
- **La génération Z** (à partir de 1995) : née avec internet, le portable et les réseaux sociaux, c'est une génération dite ultra connectée qui arrive tout juste sur le marché du travail. Cette génération est également davantage en quête de bien-être au travail.

On constate que la place allouée au travail change : « l'importance accordée au travail a évolué et le concept de travail est de plus en plus mis en concurrence avec d'autres concepts tels que la famille, les loisirs, les amis etc. »¹³.

¹² Casoinic, enseignant-chercheur en gestion des ressources humaines, The Basel School of Business, MBway Strasbourg, les comportements des générations Y et Z à l'école et en entreprise, revue Economie et Management n° 160, juin 2016, page 29

¹³ D. Alis, M. Dumas, G. Poilpot-Rocaboy - *Risques et souffrance au travail, une nouvelle éthique et un rapport plus distant au travail*, Dunod 2010, p.16

2. La Qualité de Vie au travail : une thématique émergente

2.1 Définitions QVT, bien-être et satisfaction au travail

Ces dernières années émerge le concept de QVT ou comment rendre les salariés satisfaits et heureux au travail ? La QVT est un large champ conceptuel qui a émergé dans les années 50 en Angleterre avec la mise en évidence des limites du taylorisme. En France, cette notion est plus récente (1970) et elle est plutôt associée aux « conditions de travail », avec une connotation « risques professionnels ».

On peut trouver une définition complète de la QVT dans **l'Accord National Interprofessionnel** de juin 2013.¹⁴ « La notion de QVT 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 responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué** »¹⁵. On peut constater dans cette définition que la QVT est multifactorielle : elle est en lien avec le travail lui-même mais elle tient compte des relations sociales professionnelles et la possibilité de s'accomplir pleinement. Le terme "QVT" dépasse la question classique des conditions de travail.

Ce concept cohabite avec d'autres thématiques voisines telles que le bien-être au travail et la satisfaction au travail :

- **Le Bien-être au travail ou santé mentale positive :**

Pour Richard M. Ryan et Edward L. Deci, professeurs et psychologues cliniciens, il s'agit d'une « **expérience subjective de nature positive** qui se construit tant à travers **soi-même** qu'à travers ses **relations interpersonnelles de travail** et l'interaction avec son organisation¹⁶ »

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le bien être sur le lieu de travail est : « un état d'esprit dynamique, caractérisé par **une harmonie satisfaisante** entre les aptitudes, les besoins et les aspirations des travailleurs, d'une part, et les contraintes , les possibilités du

¹⁴ Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, *brève histoire d'un concept* , <https://www.anact.fr/breve-histoire-dun-concept>.

¹⁵ Accord National Interprofessionnel du 19 Juin 2013 (ANI) : *vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle*. Article 1, définition de la QVT.

¹⁶ Richard M. Ryan et Edward L. Deci , Département of Clinical and Social Sciences in Psychology, University of Rochester, Rochester, *On happiness and human potentials, A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being* , Annual Review of psychology, Février 2001 , vol 52, p. 144-166

milieu de travail d'autre part. »¹⁷. Le mot « harmonie » est bien choisi pour parler de bien-être au travail.

- **La satisfaction au travail :**

Etre satisfait au travail est un état **subjectif** qui est en rapport avec ce que le salarié attend de sa production. : « état émotionnel agréable résultant de l'évaluation de son travail et de ses expériences par le salarié et de l'appréciation de l'écart entre les résultats obtenus et ceux espérés, que ce soit de manière conscience ou inconsciente »¹⁸. La QVT peut influencer la satisfaction de l'agent et sa perception de faire « du bon travail ».

Il existe vis-à-vis du travail une grande part de subjectivité. Chaque personne a sa propre perception : en effet « ce qui paraît insatisfaisant pour l'un ne l'est pas forcément pour l'autre.»¹⁹ **Il y a la une dynamique contradictoire et complexe qui demande une vision globale autour de ce concept.**

2.2 Les déterminants professionnels de la qualité de vie au travail



Figure 2 Les déterminants professionnels de la Qualité de vie au travail.

Source : USIDE, cabinet de conseil en stratégie Managériale et Efficacité Collective.

De nombreux facteurs appelés *déterminants ou indicateurs* influencent la QVT (figure 2). J'aborderai dans un prochain chapitre les spécificités des IADE et vais traiter ici des indicateurs généraux qui s'appliquent à toute personne au travail.

¹⁷ OMS, 1979

¹⁸ Pierre-Eric SUTTER, *promouvoir la santé mentale positive au travail*, Editions GERESO, 2017, p.67

¹⁹ Delbrouch M. *Burnout du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel*. Editions de Boeck. 2008.

On distingue :

- **La qualité des relations sociales et de travail :**

Ce déterminant est majeur. Il inclut les relations entre collègues et avec la hiérarchie (cadre et direction), l'ambiance de travail, la qualité de la communication entre les membres de l'équipe ainsi que le besoin de **reconnaissance**. La reconnaissance est un sentiment qui a une importance capitale. Elle se définit comme la « sensation que l'on a de la valeur, que ce que l'on fait sert à quelque chose. »²⁰ Il s'agit d'un besoin universel, inhérent à la nature humaine et indispensable à l'équilibre personnel et professionnel. Cette reconnaissance passe par le regard de la hiérarchie, des collègues et le respect mutuel : reconnaissance des efforts, du talent, des résultats, de l'engagement. C'est une composante essentielle de la motivation et de la performance et **améliore la résistance au stress**. « Se sentir reconnu confère tout simplement un sentiment d'existence sociale, d'existence tout court »²¹. Cette reconnaissance peut être de trois ordres : reconnaissance de la personne elle-même (par des attentions particulières), reconnaissance du travail (valorisation des résultats) et reconnaissance de la conviction (prendre en compte l'avis, les principes, les valeurs). **La rémunération** fait aussi partie des attentes des salariés en matière de reconnaissance : le salaire ou les éléments dits 'de compensation' au sens large sont un des éléments de la motivation des salariés. Le salaire peut être un élément de démotivation s'il est trop bas par rapport à un marché, par rapport aux besoins du salarié ou encore par rapport à sa propre perception de sa valeur. A l'inverse, il est motivant s'il est juste et corrélé à la mission du poste, avec des objectifs ambitieux mais atteignables.

Dans le domaine des relations interpersonnelles, l'agent doit aussi pouvoir **s'exprimer** et avoir le sentiment d'**être soutenu** par la hiérarchie.

- **Conciliation vie professionnelle et vie de famille**

« Le travail s'articule aujourd'hui avec les concepts de famille et vie sociale »²² comme exprimé dans les attentes des salariés vis-à-vis du travail. Il est donc important pour les employés de pouvoir concilier l'ensemble. Ceci passe par un rythme et des horaires de travail adaptés à la vie personnelle et un respect de la vie privée.

²⁰ Laure Becker- *L'art de la reconnaissance au travail*. Interéditions. 2015 -209 pages

²¹ Christophe André- *Imparfaits libres et heureux. Pratiques de l'estime de soi*, Odile Jacob 2009

²² D. Alis, M. Dumas, G. Poilpot-Rocaboy - *Risques et souffrance au travail, une nouvelle éthique et un rapport plus distant au travail*, Dunod 2010, p.16

- **Qualité de l'organisation du travail**

L'organisation du travail s'entend comme méthode de régulation, de prescription, de réalisation du travail. C'est un élément fondamental de la qualité du travail. Sans une organisation de qualité, le travailleur ne peut réaliser ses tâches et ses missions de manière optimale ; ce qui peut entraîner une perte de motivation dans la durée. Les dysfonctionnements doivent être évalués et résolus. Par ailleurs, l'agent doit pouvoir exercer avec autonomie. **L'autonomie** est une dimension forte. Elle permet à l'individu d'exercer ses compétences et son jugement, de faire preuve de créativité dans la résolution des problèmes et de pouvoir exprimer ses opinions quant aux décisions qui le concernent.

- **Qualité de l'environnement physique, conditions matérielles et santé au travail :**

L'environnement physique du travail recouvre les champs de sécurité, le bruit, l'éclairage, les locaux. Cet environnement doit écarter tout risque de danger physique et / ou mental pour l'individu. Dans cette optique, une politique de santé et de sécurité au travail (SST) permet de réduire les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, en vue d'assurer la santé des salariés. Ces conditions incluent les contraintes horaires (travail de nuit, horaires atypiques etc).

- **Possibilité de réalisation de soi et développement professionnel :**

Le sentiment de réalisation de soi (ou d'accomplissement de soi) est en haut de la pyramide des besoins de l'Homme selon Maslow²³. Il vient compléter la reconnaissance et représente une source majeure de bien-être au travail. Un travail qui a un sens ne fait pas que correspondre aux intérêts professionnels d'un employé. Il lui permet de développer ses compétences, de se perfectionner et de s'épanouir. Le travail que l'on effectue doit aussi satisfaire nos valeurs et l'idée que l'on a de nous-même au travail.

- **Qualité du contenu du travail ou intérêt intrinsèque de l'emploi :**

D'une part, le travail doit être « **apprenant** » c'est-à-dire qu'il renvoie à la possibilité de mobiliser dans son exercice professionnel un ensemble de compétences (relationnelles, émotionnelles, physiques, cognitives...). « Un travail apprenant rend le travail intéressant²⁴ ». D'autre part, l'agent doit pouvoir exercer son niveau de **responsabilité** dans la mesure de ces compétences.

²³ Maslow, Pyramide des besoins de l'Homme.

²⁴ Dix questions sur la QVT, *comment mettre en place une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé*. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/has_anact-10questionsqvt.pdf

2.3 Les théories de satisfaction et motivation d'Herzberg et Maslow

Satisfaction et motivation au travail sont deux sujets qui ont un lien direct avec la QVT et qui ont été beaucoup étudiés.

- **Frédéric Herzberg**, psychologue et professeur de management a étudié la motivation de l'homme au travail et la satisfaction professionnelle ²⁵. Il a mis en évidence **des facteurs moteurs** source à la fois de satisfaction et de motivation et **des facteurs dits d'hygiène** qui peuvent générer une non satisfaction et une perte de motivation (figure 3)

Ces travaux l'ont amené à la conclusion qu'une personne peut être à la fois satisfaite et insatisfaite dans son travail.

- **Abraham Maslow**, psychologue américain, a exposé en 1954, dans son ouvrage *Motivation and Personality* une autre théorie de la motivation selon des besoins hiérarchisés en pyramide ²⁶ (figure 3). Cette hiérarchie débute par les besoins physiologiques jusqu'à l'étape ultime qui est l'accomplissement de soi. Selon Maslow, la motivation de l'être humain provient de la satisfaction de ses besoins. « Chaque être humain cherche à satisfaire chaque besoin d'un niveau donné avant de passer au niveau supérieur ».

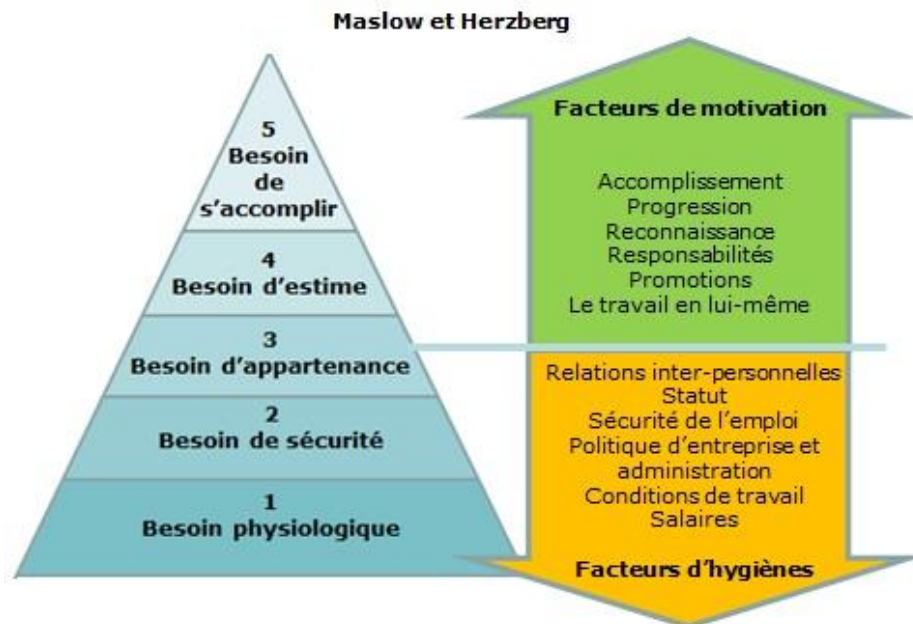


Figure 3 : Pyramide des besoins de Maslow et Facteurs d'Herzberg

On peut constater que les facteurs exposés par Herzberg et Maslow se recourent avec les déterminants de la QVT. **Satisfaction, motivation et qualité de vie au travail sont donc étroitement liées.**

²⁵ Valléry G., Bobillier ME. Chaumon, Barangier E et al, *Psychologie du travail et des organisations : 110 notions clefs*. Editions DUNOD.

²⁶ Abraham MASLOW, *Motivation and personality*, 1^{ère} publication 1943.

2.4 Qualité de vie au travail dans les établissements de santé

Les professionnels de santé évoluent dans un univers spécifique (hôpital, clinique...) au contact des usagers que sont les patients et familles. Ils ont des conditions de travail particulières et réputées difficiles selon les différentes études^{27- 28}.

De plus, leur environnement de travail a évolué ces dernières années, modulé par un certain nombre de réformes et de nouvelles transformations s'annoncent dans un avenir proche.

2.4.1 Impact des réformes hospitalières sur les soignants

Depuis une trentaine d'années, plusieurs réformes hospitalières ont modifié les organisations et conditions de travail des soignants ainsi que les habitudes. Parmi les changements, on trouve l'émergence des principes de rentabilité (de par la tarification à l'activité appelée T2A), de gestion budgétaire et de réduction des coûts au sein des établissements de santé. « Ces réorganisations se sont appuyées sur des théories managériales qui prônent la flexibilité des affectations, la mobilité, la polyvalence (ces modes de management ont été évalués comme présentant des risques psychosociaux élevés »²⁹.)

Pour le sociologue Marc Loriol, les réformes successives de l'hôpital ont conduit à une vision économique du soin, qui ne tient compte ni de la complexité des soins ni de leur dimension humaine³⁰. Ces réformes ont un impact sur la psychologie des personnels de santé. Pour Yves Clot, professeur de psychologie du travail « La vocation de l'hôpital n'est plus la même et les professionnels de santé travaillent aujourd'hui dans une dynamique de productivité et de rentabilité. **Ils sont exposés à certain nombre de contradictions qui impactent sur la qualité de vie au travail et sur leur santé** »³¹. Vincent de Gaulejac nous explique que : « d'un côté, la mise en œuvre d'une réorganisation en profondeur fondée sur des principes de rationalisation de l'activité, d'informatisation de la gestion et de réduction des coûts. De l'autre, la défense d'une institution publique et privée dont la mission est d'apporter des soins de qualité à l'ensemble de la population sans discrimination. Dès lors, entre les principes de gestion qui sont au fondement de la réforme et les motivations des acteurs qui incarnent l'institution

²⁷ CFDT, Etude sur les conditions de travail à l'Hôpital Public auprès de 40 000 paramédicaux, 2011

²⁸ Estry-Béhar M, le Nezet O, Bonnet N, Gardeur P. Etude Press-Next : dans 10 pays participants, santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant, étude dans 10 pays

²⁹ Madeleine Estry-Béhar, médecin du travail et médecin de santé publique. Agir sur les risques psychosociaux des professionnels de santé consultable sur https://www.souffrancedusoignant.fr/images/PDF/risques_psychosociaux_bd.pdf

³⁰ Propos recueillis par N. Picard, A l'hôpital les soignants ne se retrouvent pas dans la vision comptable du soin Le monde.fr, <http://www.lemonde.fr/sciences/article/2017/01/16/>

³¹ CLOT Yves 2010 - *Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux*. : la découverte.

hospitalière, le divorce est patent. Les hôpitaux deviennent alors des « entreprises de soins ». **Ceux qui travaillent auprès des patients sont écartelés entre la logique gestionnaire et leur logique soignante** »³². Roland Gori, psychanalyste, utilise des mots forts pour mettre en avant l'opposition entre le soin et la productivité : « une société qui ne mesure l'acte de soin qu'à la toise de sa rentabilité et de sa tarification fait de la santé une marchandise, et du patient un client auquel l'acte de soin rend un service commercial. **Le soin y perd sa valeur spécifique et le soignant son honneur professionnel** »³³.

2.4.2 Les exigences qualité et la performance hospitalière

Je souhaitais opposer dans ce chapitre les exigences de performance hospitalière et les conditions de travail dans les établissements de santé.

Les établissements de santé font l'objet d'une **procédure de certification** depuis l'ordonnance hospitalière n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière. Cette procédure inspirée de celles existantes aux Etats Unis est aussi appelée **procédure d'accréditation**. Elle permet « une appréciation indépendante sur la qualité de chaque établissement »³⁴. Elle est réalisée par les experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui exige des établissements l'instauration de processus qualité très précis et formalisés. Les professionnels de santé doivent donc répondre de la qualité des services rendus et les objectifs qualité sont élevés induisant une certaine pression sur les salariés. On parle aujourd'hui *d'efficience*, de *performance hospitalière* et les établissements sont plus ou moins mis en concurrence (comparaison des hôpitaux et cliniques entre eux, rédaction de palmarès).

Cette attente continuelle de performance permet certes une amélioration de la qualité des soins ce qui est bien évidemment une chose très positive mais **peut être source de stress pour les soignants tirillés entre qualité des soins et productivité surtout en cas de surcharge de travail ou d'effectifs manquants**. En effet, la qualité « empêchée » est une source de mal être au travail. « Cela se produit lorsque l'organisation ne permet pas au professionnel de répondre aux demandes qui lui sont faites. La performance devient antagoniste avec la qualité du service. Le professionnel ne se reconnaît plus dans ce qu'il fait. Il existe là un véritable conflit de valeur pour les soignants notamment en lien avec la logique de performance attendue. La conscience professionnelle peut même devenir un fardeau »³⁵.

³² De Gaulejac Vincent - *Travail, les raisons de la colère*. Paris. Editions du Seuil. Mars 2011.

³³ Roland Gori, psychanalyste, Président de l'Appel des Appels. Conférence, *Pour une insurrection des consciences*, Janvier 2009

³⁴ <https://www.has-sante.fr/>

³⁵ CLOT Yves - *Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux*. : la découverte, 2010

2.4.3 La qualité de vie au travail : un critère de certification HAS

La dernière version du manuel de certification V2010 de janvier 2014 ³⁶ comprend un critère qui évalue la « **promotion de la qualité de vie au travail** » (chapitre 1 « management de l'établissement » (*annexe 1*). Cet item prévoit comme actions attendues : « prévoir, mettre en œuvre, évaluer et améliorer la QVT des professionnels de santé ».

Les établissements de santé mettent donc en place à l'heure actuelle une démarche QVT (appelée aussi stratégie QVT) ou améliorent celle déjà présente pour atteindre les objectifs de certification fixés par l'HAS. Depuis 2016, avec le soutien de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), l'HAS et l'ANACT ont lancé un dispositif de déploiement de démarches de QVT au sein d'établissements sanitaires et médico-sociaux du secteur public ou privé, appelés « clusters sociaux QVT ». Ce dispositif repose sur une collaboration étroite entre les agences régionales de santé (ARS) et les Associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) dans le but d'accompagner les établissements.

2.5 Aspects législatifs de la Qualité de Vie au Travail

2.5.1 La loi Rebsamen et l'Accord National Interprofessionnel

L'Accord National Interprofessionnel du 19 juin 2013 (ANI) : cet accord intitulé « Vers une politique d'amélioration de la **qualité de vie au travail** et de l'égalité professionnelle » ³⁷ n'est pas une loi mais retranscrit la vision commune des représentants syndicaux salariés et patronaux sur la question de la QVT. Il représente une prise de conscience générale des enjeux de la QVT. Prévu pour une durée de trois ans, il a été prolongé en date du 15 avril 2014. ³⁸

La Loi Rebsamen ³⁹ du 17 Aout 2015 relative au dialogue social et à l'emploi. Cette loi a permis d'intégrer au code du travail la notion de QVT et d'en faire un sujet de **négociation annuelle obligatoire** (NAO). L'article L. 2242-1 du code du travail fixe le régime des NAO et leurs thématiques. Désormais le code du travail impose de négocier sur des thèmes dont *la rémunération, l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la QVT*.

³⁶ HAS, *Manuel de certification V2010*, édition de janvier 2014, version internet https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf

³⁷ ANI du 19 Juin 2013 consultable sur <http://www.journal-officiel.gouv.fr/>

³⁸ Arrêté du 15 avril 2014 portant extension d'un accord national interprofessionnel vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle JORF n°0095 du 23 avril 2014

³⁹ Loi Rebsamen, <https://www.legifrance.gouv.fr>, JORF n°0189 du 18 août 2015

2.5.2 Obligations des établissements de santé envers les agents

Comme tout employeur, les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux publics ou privés ont des obligations **en matière de santé et de sécurité au travail** inscrites dans **le code du travail** ⁴⁰. Ils engagent leur responsabilité civile et/ou pénale. Ils doivent notamment **prévenir** et **évaluer** tous les risques auxquels l'employé est exposé au travail, y compris les risques psychosociaux ainsi que la pénibilité au travail. De plus, les établissements de plus de 50 salariés ont dans l'obligation de mettre en place un **comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail** ⁴¹ (CHSCT). Les missions de cette instance représentative du personnel sont inscrites dans l'article L. 4612-1 du code du travail français :

- Contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des salariés de l'établissement et à l'amélioration des conditions de travail,
- Veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières et analyser, prévenir les risques professionnels.

Au sein de l'établissement on trouve aussi :

- Le service de santé au travail qui a pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. ⁴² Il est organisé sous la forme soit d'un service autonome de santé au travail propre à l'établissement soit d'un service constitué par convention entre plusieurs établissements.
- D'autres personnes ressources qui travaillent pour la santé au travail des salariés : assistante sociale du personnel, commission de reclassement, commission « harcèlement », groupe de prévention des addictions, cellule juridique...

3 Les enjeux de la qualité de vie au travail

Il est prouvé que la QVT ressentie par un professionnel va impacter de façon non négligeable sur lui-même, sur sa satisfaction et motivation professionnelle, sur sa vie en générale mais aussi sur la collectivité. Ces retentissements peuvent être positifs ou négatifs.

⁴⁰ Code du travail : articles L4121-1 et L4121-5 (*relatifs à l'obligation de sécurité de l'employeur*), articles R4121-1 à R4121-4 (*relatif au document unique d'évaluation des risques professionnels*)

⁴¹ Loi 82-1097 du 23 décembre 1982 relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, Chapitre VI. Article L.236.1

⁴² Code du travail art. R 4621-1 à R 4625-20 relatifs aux services de santé au travail des entreprises s'appliquent aux établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux et aux syndicats inter hospitaliers.

3.1 Risques psychosociaux, stress et épuisement professionnel

Depuis 2007-2009 (crises suicidaires chez Renault et chez France Télécom), la prévention des risques professionnels, et notamment des risques psychosociaux, est très présente dans le monde du travail. Il semblerait que les transformations organisationnelles ont accentué les **risques physiques et surtout psychiques** des travailleurs. L'agent peut être exposé à de nombreux risques en rapport avec le travail : c'est ce que l'on appelle **les risques psychosociaux (RPS)**.

Les RPS sont un large concept. Le collège d'expertise sur le suivi des RPS ⁴³ donne la définition suivante : « les RPS sont définis 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 ». Il s'agit de nombreux risques allant des troubles physiques : migraines, lombalgie, troubles musculosquelettiques aux souffrances psychologiques : stress, anxiété, dépression, conduites addictives, épuisement professionnel (**appelé aussi burnout syndrome**), suicide etc. Les situations de violences internes (harcèlement-conflits) ou externes (insultes, menaces, agressions par des personnes externes) en font partie également. ⁴⁴ . Même si les RPS ne concernent pas que les affections psychologiques, il s'avère que la souffrance psychique causée ou aggravée par le travail est le deuxième groupe d'affections d'origine professionnelle décrit dans la population salariée active dans le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) de Santé publique France depuis 2003 (après les problèmes locomoteurs) ⁴⁵

Le professeur Michel Gollac, sociologue statisticien spécialiste des conditions de travail a identifié 6 types de facteurs de risques psychosociaux ⁴⁶ :

- L'intensité du travail et le temps de travail,
- Les exigences émotionnelles,
- Le manque d'autonomie,
- La mauvaise qualité des rapports sociaux au travail,
- La souffrance éthique,
- L'insécurité de la situation de travail.

⁴³ Formé fin 2008 par l'INSEE à la demande du ministère du Travail, www.college-risquespsychosociaux-travail.fr.

⁴⁴ D. Alis, M. Dumas, G. Poilpot-Rocaboy, *Risques et souffrance au travail*, Paris, Editions Dunod 2010, p.48

⁴⁵ Rapport HAS *Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout*, mars 2017

⁴⁶ Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, *mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, consultable à l'adresse <http://www.aractidf.org/risques-psychosociaux/ressources/mesurer-les-facteurs-psychosociaux-de-risque-au-travail-rapport-gollac>.

Ces différents facteurs ne doivent pas être envisagés séparément. On constate que les RPS au sens large se rapportent directement à des situations de travail et à la QVT.

Les deux risques psychosociaux les plus connus et ayant un impact majeur sur la santé psychique sont le stress professionnel et le syndrome d'épuisement.

- **Le stress professionnel**

Il est une composante majeure de l'épuisement professionnel. En effet, un stress prolongé, répété et de longue durée (de 1 à 5 ans), s'intègre dans un processus de réaction inadaptée de l'individu qui aboutit secondairement à un épuisement professionnel.

Les réactions de l'organisme face au stress sont bien connues :

Phase 1 : phase d'alarme : le stress entraîne une libération d'adrénaline et noradrénaline par l'organisme (système sympathique), via la glande médullosurrénale. Ces hormones entraînent une tachycardie, une augmentation de la température corporelle, de la pression artérielle, de la vigilance et une vasodilatation des vaisseaux des muscles.

Phase 2 : phase de résistance : cas où la situation stressante persiste. L'axe corticotrope est activé et entraîne la sécrétion de glucocorticoïdes notamment du cortisol. S'en suit une augmentation de la glycémie qui apporte l'énergie nécessaire.

Phase 3 : phase d'épuisement : la situation stressante se prolonge durablement et/ou s'intensifie. L'organisme s'est épuisé.

Au travail, plusieurs facteurs de stress appelés « stressors » se combinent. (Figure 4)

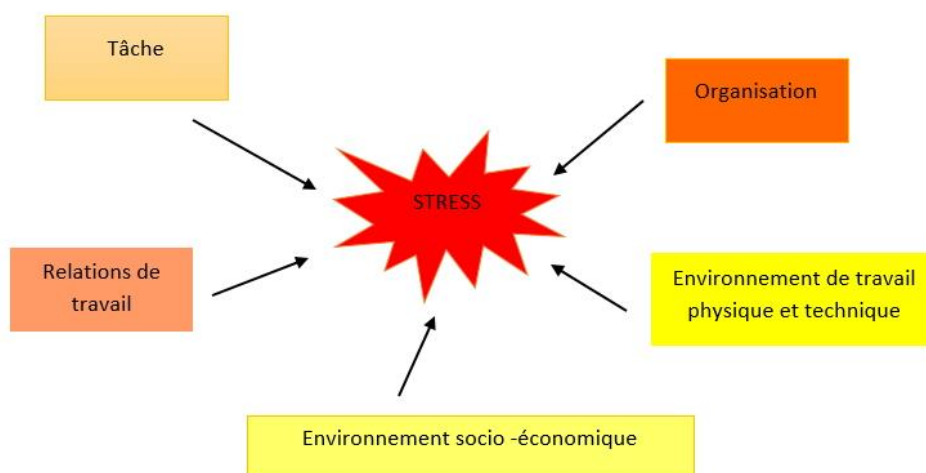


Figure 4. Facteurs exposant au stress professionnel

Source : Oxymag, journal d'information professionnelle des infirmier(e)s anesthésistes, n°82, juin 2005

Dans le stress professionnel ; il existe un « déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ». ⁴⁷ Lorsqu'on étudie les facteurs de stress au travail on fait le lien entre stress et QVT : certains déterminants de la QVT provoquent le stress tels que les relations de travail, l'organisation, l'environnement de travail.

Il existe une part de subjectivité individuelle sur le sujet : le stress ne va pas affecter chaque personne de la même façon. Il y aurait des prédispositions psychologiques (certains ont une sensibilité accrue au stress, une personnalité à affect négatif), des prédispositions sociologiques (facteurs d'âge, sexe, statut social).

- **Le syndrome d'épuisement professionnel**

Ce syndrome occupe une place importante parmi les RPS. C'est une problématique grave de santé mentale liée au travail. Le terme anglo-saxon «*burn out syndrome*» désigne dans l'industrie aéronautique «la situation d'une fusée dont l'épuisement de carburant a pour résultante la surchauffe et le risque de bris de machine». En 1980, Herbert J. Freudenberger le définissait comme un état qui rend l'individu, consciemment ou inconsciemment, incapable de soutenir ses obligations journalières avec l'énergie et l'enthousiasme habituels.

L'épuisement professionnel est le résultat d'un processus progressif et sournois dans lequel l'individu perd progressivement la motivation au travail, pour aboutir à un syndrome psychologique comportant fatigue émotionnelle, dépersonnalisation, dévalorisation de soi. Maslach et Jackson décrivent trois dimensions qui ont servi à constituer l'instrument de mesure du burn-out : le MBI ⁴⁸ (Maslach Burnout Inventory).

- Epuisement émotionnel autant physique que psychique,
- Deshumanisation de la relation au patient, désinvestissement, sécheresse relationnelle, perte d'empathie
- Réduction de l'accomplissement personnel, sentiment d'échec et d'incompétence.

L'épuisement professionnel est considéré comme le résultat d'un stress professionnel chronique. L'individu, ne parvenant pas à faire face aux exigences adaptatives de son environnement professionnel, voit son énergie, sa motivation et son estime de soi décliner. Il peut avoir des conséquences dramatiques telles que tentative de suicide ou suicide. Il n'existe pas de statistiques officielles concernant les suicides au travail. De plus, l'épuisement professionnel n'est pas reconnu comme maladie professionnelle en France.

⁴⁷ Agence Européenne pour la sécurité et la santé au travail, *théorie du concept de stress*

⁴⁸ Langevin V, Boini S, François M, Riou A, , risques psychosociaux outil d'évaluation : le Maslach Burnout Inventory, Revue Référence en santé au travail, N°131 Sept 2012, pages 157 à 159

3.5 Les conséquences de la QVT sur la collectivité

- Impact sur la qualité des soins et le risque d'erreur professionnelle

L'HAS affirme que : « **QVT et qualité des soins sont intimement liées** »⁴⁹ d'où le critère évaluant la « promotion de la qualité de vie au travail » dans la dernière version du manuel de certification des établissements de santé V2010 de janvier 2014.

Le mal être au travail peut entraîner un risque d'erreur professionnelle. Le lien entre burnout et erreur humaine a été étudié et démontré. En effet : « un burnout des professionnels de santé peut conduire à une diminution de la qualité des soins, une hostilité vis-à-vis des patients, et des erreurs par désinvestissement ou épuisement. »⁵⁰ « La charge cognitive, la complexité et le manque de familiarité des informations à traiter, le stress et le burnout peuvent conduire à un échec du raisonnement et entraîner des erreurs. »⁵¹

En favorisant le bien-être au travail notamment par l'amélioration de la QVT, on contribue à prévenir le stress professionnel de façon indirecte en allégeant la charge mentale.

- Impact sur la performance globale de l'établissement

Au-delà de la satisfaction professionnelle, l'amélioration de la QVT et du bien-être des salariés a un effet bénéfique pour la performance globale de l'établissement de santé et contribue à l'assiduité des agents. Dans le livre *l'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital : comprendre et agir*, les auteurs expliquent que l'absentéisme est 2 à 3 fois supérieur à l'hôpital en comparaison avec les autres secteurs de l'économie. « L'absentéisme pose question de la prise en compte du bien-être au travail. »⁵² Il serait en lien avec « une perte de repères identitaires et des difficultés à retrouver de nouvelles formes de reconnaissance »

Il existe aussi des **conséquences financières non négligeables pour la collectivité** : en France, le coût social du stress au travail (dépenses de soins, celles liées à l'absentéisme, aux cessations d'activité et aux décès prématurés) a été estimé en 2007 entre 2 et 3 milliards d'euros⁵³. Il s'agit d'une évaluation a minima. Investir dans la QVT permettrait de réduire ces coûts.

⁴⁹ HAS, *revue de la littérature qualité de vie au travail et qualité des soins*, janvier 2016, page 5

⁵⁰ Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, et al. *Burnout and medical errors among American surgeons*. Ann Surg Juin 2010 - Volume 251 - Numéro 6 - p 995-1000

⁵¹ Madeleine ESTRYN BEHAR (Médecin du travail, épidémiologiste, ergonomiste), Olivier LE NEZET, *Insuffisance du travail d'équipe et burnout deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession infirmière*. Soins cadre hors série n°2, mars 2006

⁵² M. Devigne et al, *l'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital, comprendre et agir*, Paris Presse des Mines, collection Economie et gestion, 2016, p.11

⁵³ Etude INRS et Arts et Métiers ParisTech, 2007.

4 L'infirmier anesthésiste : analyse d'une profession exigeante à hautes responsabilités.

4.1 Présentation générale du métier

L'infirmier anesthésiste (IADE) est un professionnel de l'anesthésie, de l'urgence, de la réanimation et de la prise en charge de la douleur. Les compétences nécessaires pour cette fonction s'acquièrent durant une longue spécialisation professionnelle de vingt-quatre mois (la plus longue de la filière infirmière à ce jour). Les infirmiers diplômés d'état (IDE) qui souhaitent intégrer ce cursus doivent justifier d'une expérience de trente-six mois minimum et passer un concours d'entrée réputé difficile pour intégrer l'école formatrice.

La fonction IADE requiert une grande **expertise** et engendre un haut niveau de **responsabilité**.⁵⁴ Il s'agit d'une fonction exigeante qui nécessite des compétences très spécifiques en matière de **savoir** (connaissances théoriques), de **savoir-faire** (technicité des soins, organisation du travail, réactivité), de **savoir-être** (relationnel avec le patient, la hiérarchie, le travail en équipe).

Au bloc opératoire, l'objectif global du travail de l'IADE est la prise en charge sécuritaire des patients nécessitant, en vue d'une chirurgie, une anesthésie qu'elle soit locorégionale ou générale et donc justifiant une surveillance per-opératoire. L'IADE au bloc opératoire intervient auprès du patient dès son arrivée (interrogatoire d'accueil) jusqu'aux transmissions aux IDE ou IADE de salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) qui vont à leur tour prendre en charge le patient avant son retour en unité de soins.

En amont de la prise en charge, l'IADE aura anticipé et préparé le site d'anesthésie en suivant une « *check-list* » rigoureuse. Il agit en autonomie, en collaboration et sous la responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur (MAR).

Je vais développer ci-après les caractéristiques de ce métier, les conditions de travail et les facteurs de pénibilité (figure 5 en fin de chapitre).

⁵⁴ Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes, présentation de la profession IADE

4.2 Les conditions de travail de l'IADE

4.2.1 Les contraintes physiques

Il existe quelques contraintes physiques liés au métier IADE :

- **Les efforts physiques** si brancardages, attention permanente sur des plages horaires longues, travail de nuit
- **Les risques biologiques**, radiologiques ainsi que l'exposition à divers produits ou agents chimiques ou biologiques
- Les contraintes du bloc opératoire : exemple **la température froide**

Tous ces facteurs entraînent des risques de blessures, d'accidents ou de maladies : troubles musculosquelettiques, accident d'exposition du sang avec risques de contamination.

4.2.2 Environnement de travail et horaires

- **Le bloc opératoire : un lieu de travail particulier**

L'IADE exerce principalement au bloc opératoire et/ou obstétrical mais aussi en SSPI et en service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR). Ce travail est axé sur le bloc opératoire c'est pourquoi, je vais particulièrement m'intéresser à ce lieu d'exercice : il s'agit d'un lieu de travail **fermé et restreint** qui peut provoquer une sensation d'isolement et de cloisonnement. Il est accessible uniquement aux personnes autorisées qui doivent passer par un sas d'entrée pour y accéder.

De plus de nombreux blocs et salles d'intervention sont dépourvus de fenêtres y compris les SSPI (absence de lumière du jour et pas de vue extérieure) ce qui provoque un effet d'enfermement. La lumière naturelle joue un rôle essentiel pour l'équilibre humain : elle améliore le moral, la concentration et le sommeil.

Les espaces d'anesthésie peuvent être exigus. Sur certaines chirurgies longues voire très longues, l'IADE se trouve enfermé et confiné. Dans ce genre de situation, l'organisation du temps de travail en équipe est importante (relai entre collègues pour les pauses)

- **Amplitudes horaire et rythmes de travail :**

Tout comme les IDE, les IADE doivent organiser leur vie familiale et sociale en fonction de leurs rythmes et horaires de travail ce qui peut représenter un facteur de dégradation de la vie privée. Elles contraignent le professionnel à travailler hors des horaires « classiques ».

Selon le lieu d'exercice, les plannings de travail peuvent très différents. Il y a deux variables à prendre en compte : **l'amplitude horaire sur la journée de travail** et les « **contraintes** » **liées au planning**. Les amplitudes horaires suivent bien souvent les fonctionnements des blocs opératoires : 8h, 10h, 12h etc. Concernant les contraintes, il s'agit de l'obligation pour la plupart des IADE d'effectuer des permanences de soin (nommées gardes bien souvent) et/ou des nuits et/ou des astreintes dans l'intérêt de la continuité des soins aux patients et du fonctionnement des blocs 24h/24h. Ceci inclut week-ends et jours fériés.

En général, les IADE ne travaillent pas de nuit à 100 %. Ils alternent jour/nuit : soit ponctuellement, soit par série. **L'alternance jour/nuit** a des conséquences néfastes : fatigue, dette de sommeil, difficultés de récupération. Le travail de nuit augmenterait de 11 % le risque de mortalité, toutes causes confondues, selon une étude américaine publiée dans l'American Journal of Preventive Medicine (à partir de 3 nuits par mois au-delà de 6 ans d'activité).

4.2.3 Facteurs spécifiques de stress et charge mentale

Stress et charge mentale sont intimement liés chacun majorant l'un et l'autre. L'IADE est un professionnel fortement soumis au stress avec une charge psychologique et mentale élevée. En effet, « en anesthésie, la liste des facteurs exposant au stress est longue : charge de travail, pression temporelle, masse d'information à traiter, exigences qualitatives (précision, qualité et vigilance) »⁵⁵. Pour P. Canoui, le bloc opératoire est un des lieux des plus porteurs de stress dans l'hôpital.⁵⁶

- **Exigence de concentration, vigilance et réactivité :**

L'IADE est confronté régulièrement à des situations d'urgence et d'extrême urgence. Il doit toujours être prêt à réagir d'où la nécessité d'être sur le « *qui vive* » en permanence. Il doit faire preuve d'une grande **concentration** et **vigilance**.

⁵⁵ Line Gueritte, cadre supérieur Infirmier Anesthésiste et Marie Pierre Dilly, Médecin Anesthésiste Réanimateur, *gestion du stress et du burn out* OxyMag Journal d'information professionnel des infirmier(e)s Anesthésistes, n°82, juin 2005

⁵⁶ P. Canoui, *Les conditions de travail au bloc opératoire, source potentielle de stress et de dégradation relationnelle*, Interbloc, vol 27 n°3-Sept 2008, <http://www.em-consulte.com/en/article/187981>

Il interprète constamment les paramètres ventilatoires et hémodynamiques du patient, est capable d'analyser rapidement une situation de soins en anesthésie et dépiste **sans délai** les problématiques dont certaines peuvent mettre en jeu le pronostic vital : par exemple : une hypotension majeure, une hypoventilation, un choc anaphylactique, une anoxie, un arrêt cardio-respiratoire, etc.). Nombreuses sont les situations où l'IADE doit faire preuve d'une grande réactivité et connaître son champ d'intervention. Selon les cas, il doit faire intervenir le MAR à temps pour éviter les complications. Le bien être mental est important pour maintenir ses pleines capacités d'attention.

- **Crainte de l'erreur professionnelle**

Le droit à l'erreur n'est pas permis lorsque notre matière de travail est l'humain d'autant plus en anesthésie où la moindre erreur peut être fatale pour le patient. L'anesthésie reste une profession à risque même si ce risque a considérablement diminué

Cette crainte de l'erreur professionnelle a un double lien avec le stress : d'un côté elle peut être source de stress par l'attention et la vigilance qu'elle induit et **inversement, une personne fatiguée, stressée, surmenée sera plus à risque de commettre des erreurs (c'est ce que l'on appelle le facteur humain).**⁵⁷

De plus, l'exigence croissante des patients fait craindre aussi le risque de plainte. Les procédures judiciaires engagées sont de plus en plus nombreuses.

- **La pression temporelle**

Il s'agit là de la volonté d'aller toujours plus vite dans l'exécution des tâches dans une optique de productivité (plus d'interventions chirurgicales en moins de temps, flux tendu etc). « La pression temporelle est souvent considérée comme une caractéristique majeure des sociétés modernes. Différentes activités, professionnelles ou non, voire l'ensemble de la vie quotidienne, seraient touchées. Elle résulterait généralement de l'augmentation des exigences relatives à la quantité de travail à fournir. »⁵⁸. Cette pression écourte le temps relationnel auprès du patient, augmente le rythme de travail et majore la charge mentale.

⁵⁷ V.Neyns,O.Carreras,JM Cellier, *Evaluation et gestion des risques en anesthésie, stratégie mises en place par les médecins anesthésistes.* Le travail humain, vol 73, avril 2010

⁵⁸S.Coeugnet *et al, La pression temporelle : un phénomène complexe qu'il est urgent d'étudier,* Le travail humain, vol 74. Presses universitaires de France, février 2011, page 104

Pour être performant et efficient, l'IADE est souvent contraint d'optimiser son temps de travail, d'affiner son organisation et de travailler vite. Les temps d'induction se raccourcissent, les délais entre les patients aussi. Cela renvoie aux valeurs soignantes bafouées.

- **Capacités d'adaptation et polyvalence**

L'IADE au bloc opératoire doit s'adapter continuellement aux différentes situations de soins rencontrées, aux différents acteurs, aux patients qui demandent une prise en charge adaptée à chacun. Pour certains postes (exemple « pool de remplacement »), le changement fréquent d'affectation fait que l'IADE doit s'adapter constamment aux multiples professionnels, aux spécialités et aux conditions de travail. Ce fonctionnement est bienfaiteur s'il est effectué sur la base du volontariat. En effet, la perte des repères lorsque l'on change de lieu de travail peut être déstabilisante et donc stressante.

- **Charge émotionnelle liée au patient**

Même si le temps relationnel entre l'IADE et le patient est assez court, il peut être relativement intense. Le patient qui vient au bloc est souvent angoissé et peut être impatient, parfois en pleurs ou agressif. Il y a par exemple ceux qui doivent attendre avant d'aller au bloc parce qu'ils sont opérés en fin de matinée ou dans l'après-midi ; il y a ceux qui ont été reportés plusieurs fois pour des raisons organisationnelles ou encore ceux qui ont eu des litiges dans le passé avec des professionnels de santé. Certains ont un mauvais souvenir d'une précédente anesthésie, d'autres sont dans une phase de colère en rapport avec leur maladie et peuvent déverser cette colère sur l'IADE présent. Il y a aussi les prises en charge moralement difficiles comme les jeunes patients atteints de cancer, les chirurgies lourdes telles que les chimiothérapies intra-péritonéales, les chirurgies délabrantes comme en ORL, certains cas de pédiatrie etc. Tout comme l'IDE, l'IADE côtoie aussi la maladie et la mort.

4.2.4 Le travail en équipe

Une équipe se définit comme « un groupe de professionnels avec des compétences complémentaires qui s'engagent à travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient ⁵⁹». Au bloc opératoire, on trouve une grande équipe composée de l'équipe chirurgicale d'une part et de l'équipe d'anesthésie d'autre part.

⁵⁹ HAS-santé.fr, *travailler en équipe*, consultable sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601003/fr/travailler-en-equipe

Le but commun est la réalisation de l'intervention chirurgicale dans les meilleures conditions et en sécurité pour le patient.

Au sein de cette grande équipe, l'IADE travaille avec **le MAR** avec qui il forme un binôme, avec **l'équipe chirurgicale** (chirurgiens, internes, IBODE) avec qui il coopère pour permettre et faciliter le geste chirurgical, **avec les aides-soignants (AS)** qui sont chargés de l'hygiène des salles et participent à l'installation selon les organisations, avec les autres **collègues IADE** qui se trouvent dans d'autres salles ou en SSPI et avec le **cadre de santé IADE** qui a un rôle de management et représente la hiérarchie.

L'IADE est donc en relation avec de multiples professionnels. Ces relations humaines représentent la base de l'**ambiance générale** et la structure fondamentale dans la gestion de situations difficiles et/ou stressante. Les conflits interpersonnels, le manque de soutien, l'individualisme, le manque de respect du travail des uns et des autres viennent altérer s'ils existent l'ambiance et les relations dans l'équipe. Le travail en équipe a des côtés positifs : il protège de l'isolement, permet aux équipiers de se soutenir mutuellement et il est moteur dans certains cas mais il peut aussi s'avérer négatif en étant source de mal être. Travailler en équipe n'est pas chose aisée et demande des qualités certaines de communication.

On peut différencier :

- **La relation IADE/MAR**

IL s'agit là du **binôme de travail en anesthésie**. Certes, l'IADE est sous la responsabilité du MAR mais ils travaillent dans un but commun et gère ensemble les situations de crise. Dans cette relation, la communication, la confiance, le soutien et la reconnaissance mutuelle sont des points majeurs. Ils doivent pouvoir compter l'un sur l'autre et évidemment ne pas laisser l'un ou l'autre sans aide quand la situation en nécessite.

Lorsque le MAR n'est pas en salle, il reste disponible pour l'IADE et peut intervenir rapidement. Dans le cas contraire, un sentiment de solitude dans la prise en charge des patients peut se développer.

- **La relation IADE/Chirurgien :**

La communication entre l'équipe d'anesthésie et l'équipe chirurgicale est primordiale. L'IADE doit informer le chirurgien de tout évènement ayant lieu pendant la chirurgie ou toute information utile à la prise en charge.

Inversement, le Chirurgien informe l'équipe d'anesthésie du temps opératoire prévu, des difficultés envisagées ou rencontrées etc. Cependant, la relation entre les deux équipes peut être parfois conflictuelles et peut se ressentir au bloc opératoire (exemple : un MAR qui s'oppose à une anesthésie chez un patient ou un chirurgien qui ne respecte pas les temps opératoires indiqués). IL existe des recommandations concernant les relations anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens publiées depuis mai 1994 par le Conseil de l'Ordre national des médecins ⁶⁰. Ces conflits et défauts de communication impactent bien évidemment l'ambiance et les relations interpersonnelles mais au-delà de ça, ils seraient source d'insécurité pour le patient. Même si ces recommandations s'adressent aux MAR, elles sont facilement transposables aux IADES « La qualité du travail en équipe et notamment de la communication entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, représente un enjeu majeur pour la sécurité du patient. »⁶¹

- **Les relations avec les pairs, IBODE, AS :**

En dehors du MAR et du chirurgien, l'IADE a de nombreux collègues et chacun doit apprendre à travailler avec les uns et les autres. L'IADE a besoin de se sentir soutenu et reconnu par ses pairs même s'ils ne travaillent pas tout le temps ensemble. Il s'agit là du sentiment d'appartenance à une communauté. IADE et IBODE ont deux fonctions très différentes mais complémentaires. L'harmonie au sein des équipes est primordiale pour le mental des uns et des autres. L'entraide est aussi une valeur qui favorise une bonne ambiance et un esprit d'équipe. Une bonne communication avec les AS permet d'éviter les problèmes d'organisation et ces derniers sont une aide précieuse pour l'installation des patients également.

- **Les relations IADE/cadre de santé responsable de l'encadrement :**

Le soutien et la reconnaissance de la part du cadre sont importants. Ils favorisent l'estime de soi, l'autonomie, la satisfaction et le sentiment d'appartenance de l'IADE à son milieu de travail. L'IADE doit se sentir en confiance et doit pouvoir s'exprimer librement. Le cadre de santé de proximité est à l'écoute des IADE, de leurs problèmes rencontrés améliore la gestion globale du bloc. Il règle tant que possible les dysfonctionnements. La mise en place de réunions régulières est un bon moyen pour pouvoir discuter de certaines situations et inclure les IADE dans les projets d'établissements. A titre individuel, le cadre prend en compte les besoins et désirs de formation et doit être formé aux RPS pour les dépister.

⁶⁰ HAS , cooperation-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2587220/fr/cooperation-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe

⁶¹ id



Figure 5 : l'infirmier anesthésiste : analyse d'une profession exigeante à hautes responsabilités.

Facteurs de pénibilité liés au travail. Source : réalisation personnelle

ENQUETE DE TERRAIN

1. Les objectifs de l'enquête

L'objectif principal était de mesurer les ressentis, les perceptions des IADE, leur satisfaction concernant différents aspects de leur QVT et leur bien être professionnel au bloc opératoire notamment :

- ✓ les conditions de travail (environnement, rythme et horaires) ;
- ✓ l'ambiance de travail ;
- ✓ la qualité des relations entre les personnels, le travail en équipe ;
- ✓ la reconnaissance : de la profession, du travail fourni et salariale ;
- ✓ le travail en lui-même (organisation, réalisation, contenu et qualité du travail) ;
- ✓ le soutien entre les membres de l'équipe ;
- ✓ l'intérêt et l'épanouissement au travail ;
- ✓ la possibilité de concilier vie familiale et vie professionnelle ;
- ✓ le stress professionnel.

2. La méthodologie

- **Elaboration de l'outil** : (Annexe 2)

J'ai élaboré un questionnaire numérisé (*logiciel Survey Monkey*) comprenant 23 questions.

Ce type d'outil a plusieurs avantages :

- ✓ Diffusable à un plus grand nombre de répondants,
- ✓ Coût moindre et pas de déchets générés,
- ✓ Moderne et facile (lien à cliquer pour répondre)
- ✓ Anonymat respecté,
- ✓ Sécurité des réponses et fiabilité : la personne ne peut remplir le questionnaire qu'une seule fois (apparition d'un message d'erreur),
- ✓ Possibilité de réaliser une analyse croisée des résultats grâce au logiciel,
- ✓ Suivi en temps réel du nombre de réponses obtenues.

Les inconvénients :

- ✓ Questionnaire majoritairement à réponses fermées : ne permet pas de connaître les raisons qui motivent les réponses.
- ✓ La diffusion telle qu'elle a été réalisée ne permet pas de connaître le pourcentage de répondants en rapport avec un nombre de questionnaires envoyés.

- **Déroulé de l'enquête**

- Le calendrier : sur 6 semaines en Février-Mars 2018.

- La réalisation : Le questionnaire était destiné aux IADE des établissements publics et privés sans distinction aucune. Initialement, j'ai diffusé l'enquête en Haute Normandie puis, souhaitant majorer le nombre de réponses, j'ai élargi au niveau national.

- ✓ **Diffusion régionale** :

Pour le secteur public, j'ai diffusé par courrier électronique aux IADE grâce aux cadres de santé de proximité. Pour le secteur privé, j'ai contacté les IADE ou les MAR ⁶².

- ✓ **Diffusion nationale** :

J'ai eu l'aide du **Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes (SNIA)** et de **l'Association Française des Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat (AFIADE)**. Ces deux grands regroupements d'IADE affichent sur leur page internet respective du réseau social *Facebook* les liens permettant aux IADE de répondre aux enquêtes des étudiants qui en font la demande.

De plus, j'ai envoyé un courrier électronique à 18 comités d'IADE de France ⁶³ (mais un seul m'a apporté une réponse) et j'ai déposé mon questionnaire sur deux sites professionnels sur les forums de *Laryngo.com* et *Infirmiers.com section IADE*.

⁶² Département 76 : CHU de Rouen, CLCC Henri Becquerel à Rouen, CH du Belvédère à Mont Saint Aignan, CH de Dieppe CH d'Elbeuf, CH du Havre, Clinique HPE au Havre, Clinique de Lillebonne, CH de Louviers, Clinique Mathilde à Rouen, Clinique Saint Hilaire à Rouen. Département 27 : CH d'Evreux, clinique Pasteur à Evreux, Hôpital de Bernay

⁶³ Liste des comités contactés : Alsace, Auvergne, Aquitaine, Basse Normandie, Bourgogne, Centre, Champagne Ardennes, Corse, Franche comté, Ile de France, Languedoc Roussillon, Lorraine, Nord Picardie, PACA, Pays de Loire, Picardie, Poitou Charente, Rhône Alpes, Toulouse Midi Pyrénées.

3. Analyse des résultats

711 IADE ont répondu à l'enquête. 2 questionnaires étaient non exploitables (IADE qui exercent en Suisse).

709 réponses retenues ce qui représente **6.87 % de la population IADE de France** ⁶⁴.

Le logiciel utilisé a traité l'ensemble des réponses et m'a permis d'effectuer des croisements entre les données grâce à des fonctions de filtrage et de comparaison. Pour les questions ouvertes, j'ai trié l'ensemble des données en les rangeant manuellement dans des sous-catégories de traitement.

Pour les croisements qui concernaient l'âge/l'ancienneté ou les secteurs d'activité, les pourcentages ont été établis au prorata du nombre d'IADE dans chaque section ou tranche. Ceci dans le but d'éviter les résultats biaisés par la supériorité numérique.

Il n'y avait pas l'obligation de répondre à toutes les questions. Le nombre de réponses obtenues par question est précisé au fur et à mesure de l'analyse.

Q1 Répartition Hommes/Femmes

Réponses obtenues : 709

	Hommes	Femmes	Total
Nombre de participants	253	456	709
% dans cette enquête	35,6	64,4	100

Tableau 6 : répartition hommes/femmes dans cette enquête

En France, au 01 Janvier 2017, 69 % des IADE sont des femmes et 31 % des hommes. Le rapport hommes/femmes de cette enquête se rapproche des statistiques nationales.

⁶⁴ 10 311 Infirmiers Anesthésistes recensés au 01 Janvier 2017 par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)

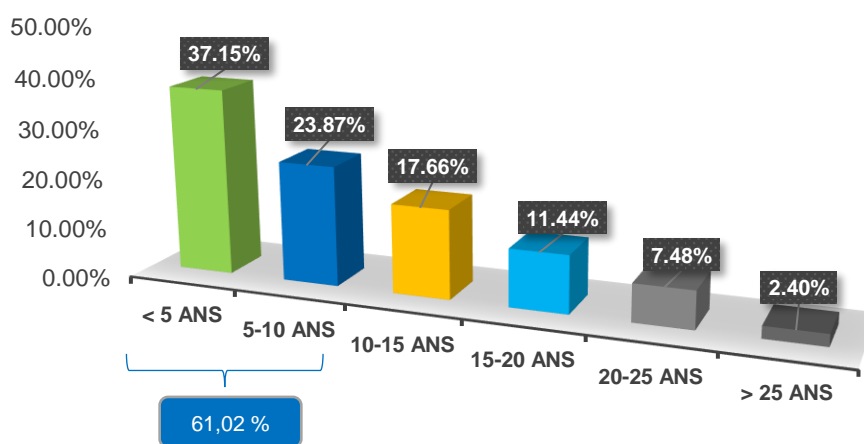
<u>Age</u>	25-35 ans	36-45 ans	46-55 ans	> 55ans	Total
Nombre de participants	191	319	162	36	708
% pour cette enquête	27	45	23	5	100
% de chaque tranche d'âge dans la population IADE en France ⁶⁵	6,2	26,3	31,6	35,9	100

Tableau 7 : Répartition des IADE participants à cette enquête en fonction de l'âge et comparatif avec le nombre d'IADE en France dans les tranches d'âge respectives.

Les jeunes sont une majorité à avoir répondu : ceux qui ont entre **36 et 45 ans** sont les plus nombreux ainsi que les **25-35 ans**. Pourtant, ils ne sont pas la majorité de la population IADE comme on peut le voir dans le tableau 7. A l'inverse, les IADE plus âgés (au-delà de 45 ans) sont sous-représentés. Les plus de 55 ans ne sont que 5% à s'être exprimés alors qu'ils représentent la majorité de la population IADE. Deux hypothèses pourraient expliquer ça :

- ✓ Le mode de diffusion de l'enquête a pu toucher en majorité les plus jeunes IADE
- ✓ Le sujet de la QVT a peut-être davantage intéressé les jeunes IADE.

Ancienneté :



Graphique 8 : Ancienneté des IADE

Les réponses concernant l'ancienneté des participants sont comparables à celles de l'âge. Cela peut s'expliquer par le fait que les IADE obtiennent généralement leur diplôme entre 28 et 35 ans.

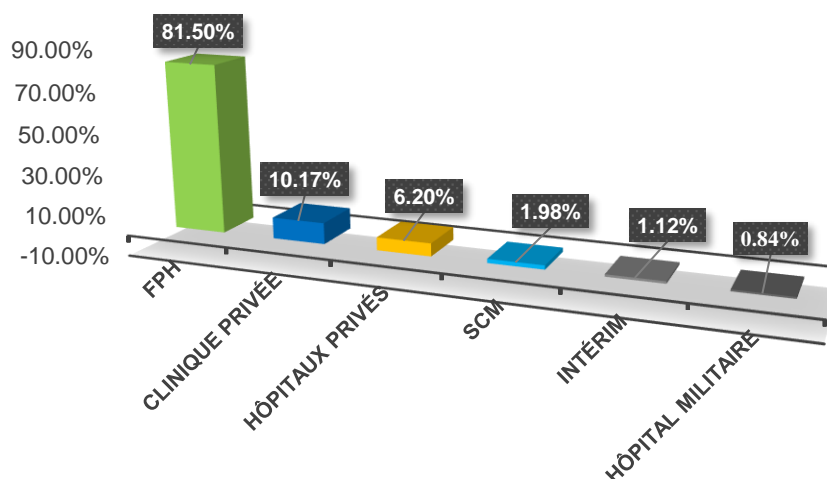
⁶⁵ Statistiques de la DREES: *Effectifs des infirmiers par spécialisation, mode d'exercice global, zone d'activité principale, sexe et tranche d'âge.* <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/>

On constate que les plus jeunes dans la profession sont les plus représentés dans cette enquête et à l'inverse les IADE ayant le plus d'ancienneté (au-delà de 20 ans) représentent un faible taux de répondants. La tranche intermédiaire (10 à 20 ans d'ancienneté) représente 1/3 des participants. Concernant les limites de ce travail, il aurait été intéressant d'avoir une participation équivalente des IADE selon les tranches d'âge. La forte participation des jeunes IADE et beaucoup moins des plus âgés a certainement une influence sur les résultats.

Q3. Secteurs d'activité

Réponses obtenues : 708

Q. Votre employeur : 4 propositions Fonction Publique Hospitalière, clinique privée à but lucratif, hôpital privé à but non lucratif, autre (préciser)

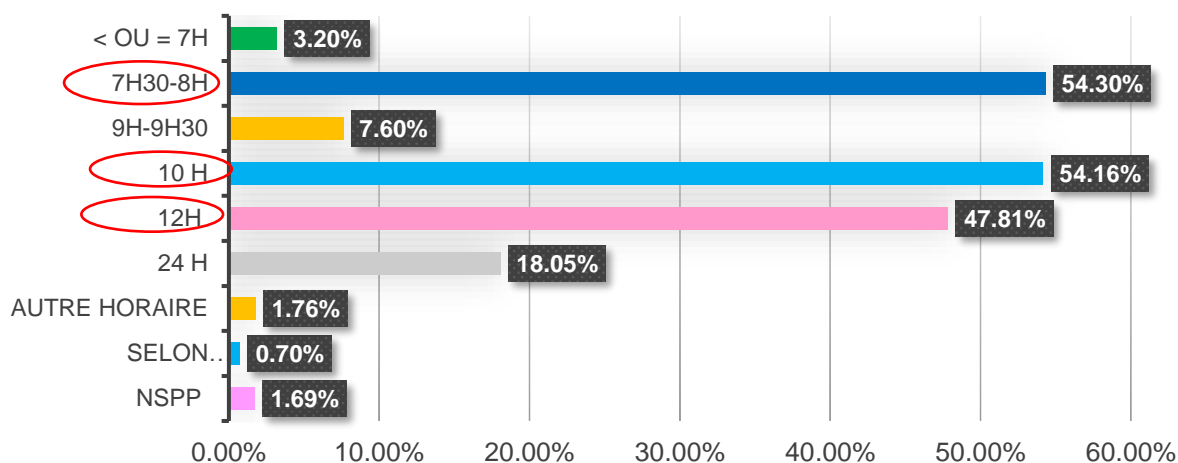


Graphique 9 : employeurs des IADE

Plus de 80 % des IADE qui ont répondu travaillent dans la Fonction Publique Hospitalière (FPH). Cela s'explique par le fait que la FPH est l'employeur majoritaire des IADE (9425 en 2017). Le secteur privé à but lucratif (clinique privée+ société civile de médecins anesthésistes SCM) représente 12 % ce qui est représentatif (Les IADE du secteur privé sont minoritaires dans la population IADE)

Les Hôpitaux Privés à but non lucratif dont les Centres de Lutte Contre le Cancer représentent une faible part des répondants de même que les IADE intérimaires et les militaires.

Q. Horaires de travail : trois propositions : 8h/jour, 10h/jour, 12h/jour, autre (préciser)



Graphique 10 : amplitudes horaires des IADE

L'objectif était de connaître les différentes amplitudes horaires sur lesquelles exercent les IADE (par amplitude s'entend le temps qui s'écoule entre le début et la fin de la journée de travail). Puis, je me suis intéressée au nombre d'horaires différents par IADE car j'ai constaté que de nombreux IADE avaient des horaires multiples.

- **Amplitudes horaire**

Certaines amplitudes ont été rassemblées comme 7h30-8h et 9h-9h30 pour faciliter l'analyse des réponses. On remarque que les amplitudes horaires sont à la fois nombreuses et très différentes allant de petites amplitudes (< ou = à 7h) à de grandes amplitudes supérieures à 12h et jusque 24-48h.

Les trois horaires de travail les plus retrouvés sont : 7h30-8 h, 10h et 12h.

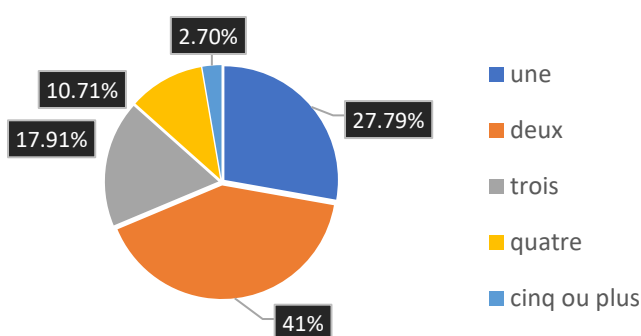
Travailler sur 10 ou 12 h demande à l'IADE de rester vigilant et concentré sur une durée de travail prolongée mais génère plus de repos dans la semaine. La fatigue est plus importante sur les jours de travail. En discutant avec les IADE, j'ai pu constater que certains sont favorables à ce fonctionnement et d'autres non. Il semblerait que ce soit plutôt personnel dépendant. Les IADE que j'ai rencontrés qui travaillent sur 7h30-8h disent apprécier cette amplitude pour leur vie familiale (être présent à la sortie de l'école, prendre le goûter avec les enfants etc.) et d'autres préfèrent cumuler des repos mais travailler plus en amplitude

On remarque que 18 % des IADE répondants effectuent des jours de travail de 24 H. Ces IADE sont pour 98 % du secteur public mais se disent satisfaits de leurs horaires de travail pour 70% (croisement avec la question 7). Une telle amplitude peut être longue et éprouvante et demande des pauses régulières. Le risque d'erreur est aussi majoré. La vigilance est difficile à maintenir. On peut supposer sans certitude qu'il s'agit d'horaire de garde ou astreinte.

Un petit groupe d'IADE a souhaité ne pas répondre à cette question en précisant qu'ils avaient trop d'horaires différents (intitulés NSPP) et une minorité adapte ses horaires au programme opératoire (IADE du secteur privé essentiellement).

J'ai comparé les horaires des IADE selon le secteur d'activité : l'amplitude horaire « 10h » est très répandue que ce soit dans le secteur public ou privé. Les amplitudes 12h et « 7h30-8h » sont aussi retrouvées dans les deux secteurs mais davantage présent dans le secteur public.

- **Nombre d'amplitudes horaires différentes**

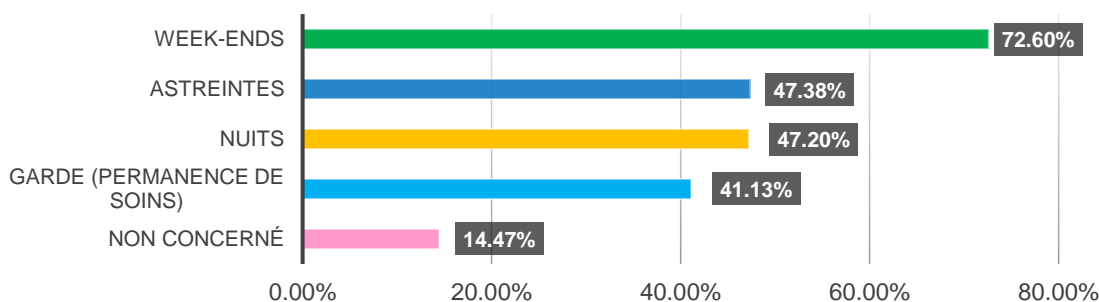


Graphique 11 : nombre d'amplitudes horaires différentes des IADE

La majorité des IADE effectue une ou deux amplitudes horaires différentes ce qui traduit une certaine stabilité dans les horaires. Cependant, **31 % ont trois horaires différents ou plus.** Lorsque qu'il y a beaucoup de variations dans le planning, l'IADE doit faire preuve d'adaptation et doit adapter sa vie privée a ce planning.

Q5. Les « contraintes » de planning (gardes, astreintes, nuits, week-ends)

Q : Concernant votre rythme de travail, faites-vous...? Plusieurs réponses possibles Réponses obtenues : 705



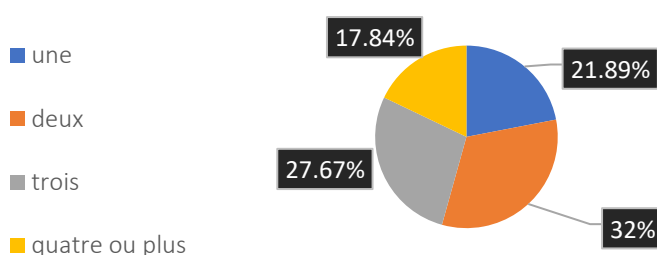
Graphique 12 a : Contraintes de planning des IADE

- **Les contraintes de planning**

La majorité des IADE ont des contraintes liées à leur planning de travail. Seuls 15 % des IADE répondants ont un planning sans « contrainte ». Ces IADE sont majoritairement du secteur privé (70 % des répondants du secteur privé à but lucratif, 16% des IADE des hôpitaux privés non lucratif et seulement 5,50% de ceux de la FPH).

Les IADE qui exercent dans le secteur public et les hôpitaux privés doivent donc pour la majorité effectuer des contraintes de planning. Ceci est en lien avec l'obligation de service d'établir la continuité des soins surtout dans la FPH (chirurgie d'urgence, astreinte, travail de nuit). **Les « week-ends » sont la contrainte planning la plus fréquente.** Astreintes/nuits et permanences de soins ont un score équivalent. Notons que les week-ends peuvent tout à fait correspondre à des gardes, nuits ou astreintes.

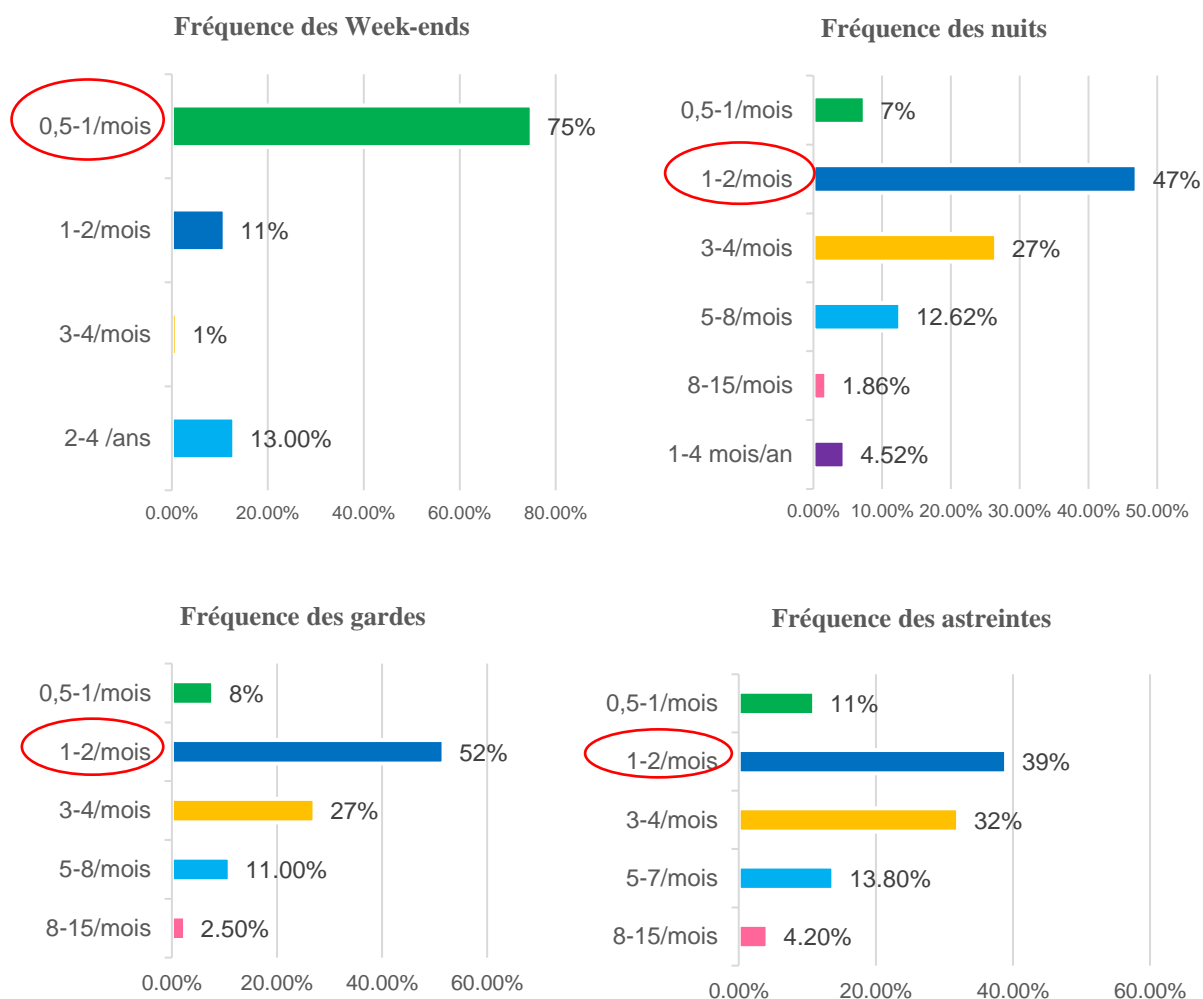
- **Nombre de contraintes par IADE**



Graphique 12 b :
Nombre de contraintes planning
par IADE

J'ai ensuite souhaité connaître le nombre de contraintes par agent (graphique 12 b) : la majorité des IADE a une ou deux contraintes dans son planning mais **45 % ont trois voire quatre contraintes à réaliser.** Ces contraintes peuvent avoir un impact sur la compatibilité vie professionnelle-vie familiale et peuvent générer de la fatigue. Néanmoins, nous allons voir dans la question suivante que ces contraintes sont peu fréquentes.

Q: Merci de préciser la fréquence par mois (nuits...)



Graphique 13 : Fréquence par mois des différentes contraintes de planning des IADE

Il s'agissait d'une question ouverte. J'ai obtenu des réponses très variées et cette question n'a pas été facile à analyser. De plus, de nombreux IADE effectuent ces contraintes par séries. Pour ces réponses, j'ai dû faire un rapport mensuel. Les contraintes sont pour la majorité de l'ordre de :

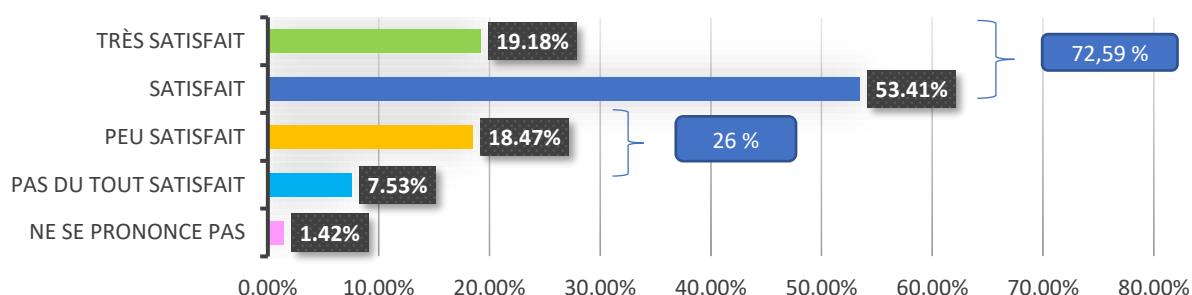
- ✓ **0,5 à 1 week-end par mois** : beaucoup d'IADE travaillent le week-end mais de façon peu fréquente.
- ✓ **1 à 2 nuits par mois.**
- ✓ **1 à 2 permanences de soin (garde) par mois**
- ✓ **1 à 2 astreintes par mois.** Elles sont, pour 30 % des IADE, un peu plus fréquentes mais il existe deux types d'astreintes : sur place et à domicile.

Nous avons vu que les IADE qui ont des contraintes multiples sont nombreux mais il semblerait que la fréquence de ces contraintes soit faible d'autant que les week-ends peuvent aussi correspondre à des gardes/nuits ou astreintes.

Q7 : Satisfaction vis-à-vis des rythmes et horaires de travail

Nombre de réponses : 704

Q. Etes- vous satisfait de votre rythme et horaires de travail ?



Graphique 14 : Satisfaction des IADE par rapport aux rythmes et horaires de travail

Une grande majorité des IADE est **satisfaite ou très satisfaite** des rythmes et horaires de travail ce qui est plutôt positif en matière de QVT en globalité.

Cependant **26 % sont peu ou pas du tout satisfaits**. Il s'agissait d'une question fermée : les IADE non satisfaits ne pouvaient exprimer les raisons de leur mécontentement. Si l'on rapporte les chiffres selon les secteurs d'activité, ils sont une majorité du secteur public : 28.5 % des IADE répondants du secteur public (dont militaires), 22.7 % des IADE des hôpitaux privés, 9.3% des IADE du secteur privé à but lucratif.

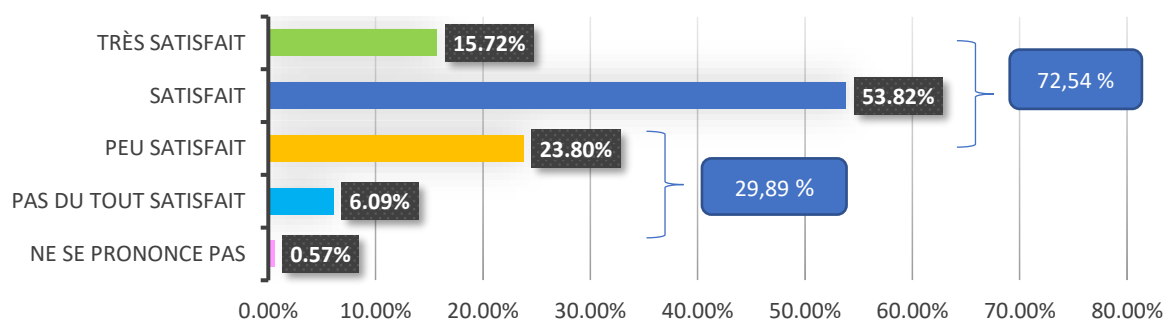
94 % des IADE insatisfaits ont des « contraintes » de planning. En opposition, les **IADE qui n'ont pas de contrainte de planning ont une satisfaction supérieure** (87 % satisfaits ou très satisfaits) **et donnent une moyenne de 6,8/10 à leur QVT ce qui est au-delà de la moyenne globale.** L'absence de contrainte liées au planning pourrait donc se voir comme une plus-value pour la QVT. Elle est cependant difficile à concevoir dans ce métier qui impose une continuité du soin et ne concerne qu'une minorité d'IADE

En croisant les données, on constate que les IADE « pas du tout satisfaits » de leurs horaires donnent une note de **4,1 /10 de moyenne à leur QVT (contre une moyenne générale de 6,3/10)**. La satisfaction vis-à-vis des rythmes et horaires de travail est aussi un facteur impactant le ressenti de l'IADE en matière de QVT.

Q8. Satisfaction vis-à-vis des locaux, de l'environnement

Nombre de réponses : 706

Q. Etes-vous satisfaits de votre environnement de travail ? (les locaux)



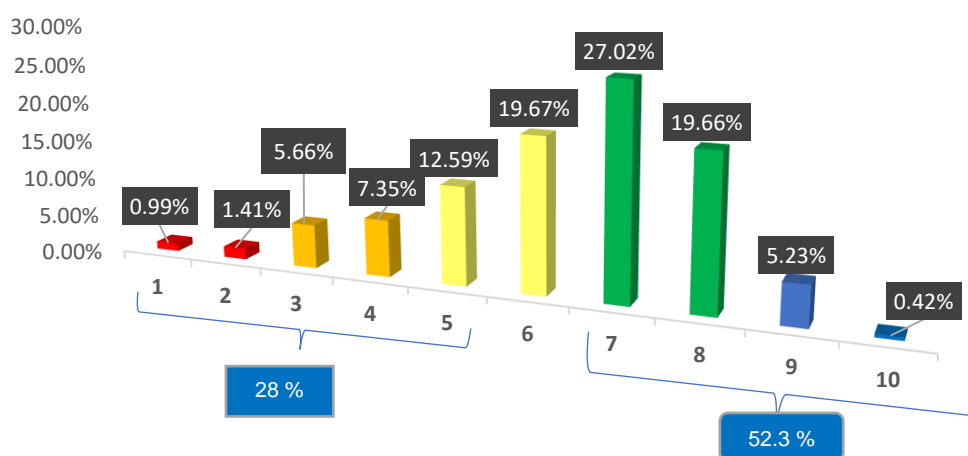
Graphique 15 : Satisfaction des IADE par rapport aux locaux

Les IADE sont **globalement satisfaits de leur environnement de travail** (satisfaits ou très satisfaits). On note une proportion non négligeable d'IADE insatisfaits : presque 30 %.

En rapportant les chiffres selon les secteurs d'activité, il n'y a pas de différence entre les IADE insatisfaits du secteur public et ceux du secteur privé à but lucratif (31 % pour chaque secteur) et un faible nombre des hôpitaux privés (9%). Les IADE des hôpitaux privés ont donc une satisfaction supérieure.

Les IADE « pas du tout satisfaits » de leur environnement de travail donnent une note de 4 /10 à leur QVT contre 6,3 de moyenne générale. On constate donc que la satisfaction vis-à-vis de l'environnement de travail fait partie des critères qui modifient donc de façon importante la QVT des agents.

Q. Donnez une note générale à votre qualité de vie au travail de 1 à 10 (10 =note max)



Graphique 16 : évaluation de la QVT par les IADE (note/10)

Cette question m’a permis de réaliser de nombreux croisements tout au long de cette analyse. La moyenne donnée par les IADE à leur QVT est **de 6.29 /10**. Une petite majorité (52%) donne une note supérieure ou égale à 7/10 à leur QVT ce qui signifie globalement une bonne QVT pour la majorité.

Cependant, presque **30 % des IADE donnent une note inférieure ou égale à 5/10 et 15 % estiment leur QVT médiocre ou faible (note de 1 à 4)**.

J’ai établi le profil de ces IADE qui donnent une note < ou = 5/10 :

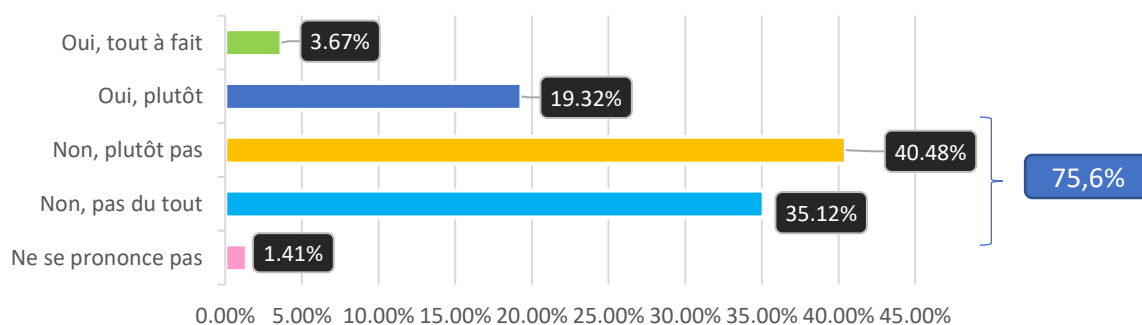
- ✓ Il n’y a pas de grandes différences selon les secteurs d’activité : 30 % des répondants du public, 25 % des hôpitaux privés et 21,6 % du secteur privés lucratif.
- ✓ Au prorata des tranches d’âge, **ce sont des IADE de + de 45 ans majoritairement : ils sont 50 % des répondants de + de 55 ans**, 32 % des 46-55 ans, 26 % des 36-45 ans, 22 % des 25-35 ans.
- ✓ **Ces IADE ont de l’ancienneté** : ils sont 42 % des IADE diplômés depuis 10-20 ans et 41 % des IADE diplômés depuis plus de 20 ans.
- ✓ Parmi les indicateurs QVT prioritaires pour ces IADE, on trouve **l’écoute et prise en compte des professionnel** (en plus de l’ambiance, la reconnaissance, l’organisation) ce qui diffère par rapport aux résultats généraux.

- ✓ **83 % note l'ambiance de travail < ou = à 5/10 ce qui fait le lien entre QVT et ambiance de travail,**
- ✓ **51 % ne sont pas satisfaits de leurs horaires et amplitudes de travail : ce résultat fait le lien comme dans la question 6 entre satisfaction vis-à-vis des horaires et la QVT,**
- ✓ **57 % ne sont pas satisfaits de leur environnement de travail : le lien entre QVT et satisfaction vis-à-vis des locaux vu à la question 7 se retrouve ici aussi.**
- ✓ **89 % ne se sentent pas reconnus financièrement : la reconnaissance financière joue un rôle important comme vu dans le cadre conceptuel**
- ✓ **45 % ont eu un problème psychologique en lien avec le travail.**
- ✓ **50,5 % pense à une reconversion professionnelle de manière régulière ou intensive : la QVT peut effectivement amener une personne à envisager un changement de parcours professionnel.**

Q11. Reconnaissance financière

Nombre de réponses : 709

Q : Votre rémunération vous semble-t-elle à la hauteur de votre qualification et vos responsabilités ?



Graphique 17 : avis des IADE sur leur rémunération

75 % des IADE sont insatisfaits de leur rémunération (plutôt pas ou pas du tout) et estiment qu'elle n'est pas en accord avec le niveau de qualification et de responsabilité. Ces IADE ont pour la majorité entre 35 et 45 ans.

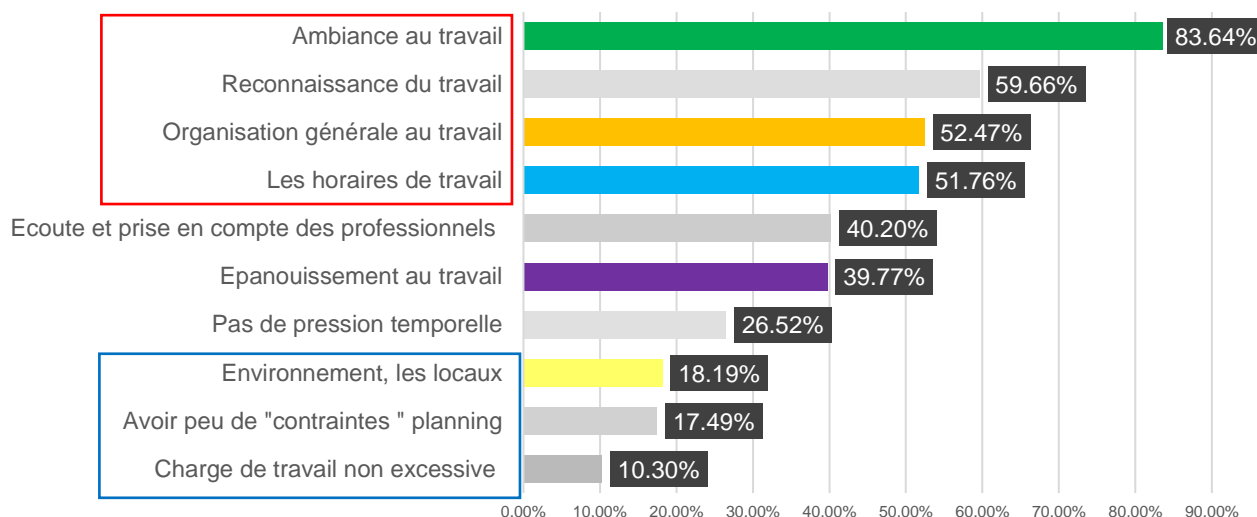
Ils représentent 80 % des IADE répondants du secteur public (dont militaires), 79,5 % des répondants des hôpitaux privés, 55 % des répondants du secteur privé lucratif.

Ces résultats sont en accord avec les revendications des IADE lors des mouvements de grève et des manifestations en matière de reconnaissance salariale. Les IADE ont obtenu le grade Master depuis 2010 mais pas la revalorisation salariale attendue.

Q10. Les indicateurs QVT prioritaires

Nombre de réponses : 709

Q : Cochez 4 critères qui représentent pour vous une priorité en matière de qualité de vie au travail (uniquement 4). Les indicateurs proposés étaient au nombre de 10 et apparaissaient de manière aléatoire grâce au logiciel.



Graphique 18 : Les indicateurs QVT importants pour les IADE

L'indicateur nettement majoritaire est **l'ambiance de travail** puis **la reconnaissance du travail fourni, l'organisation générale au travail et les horaires**.

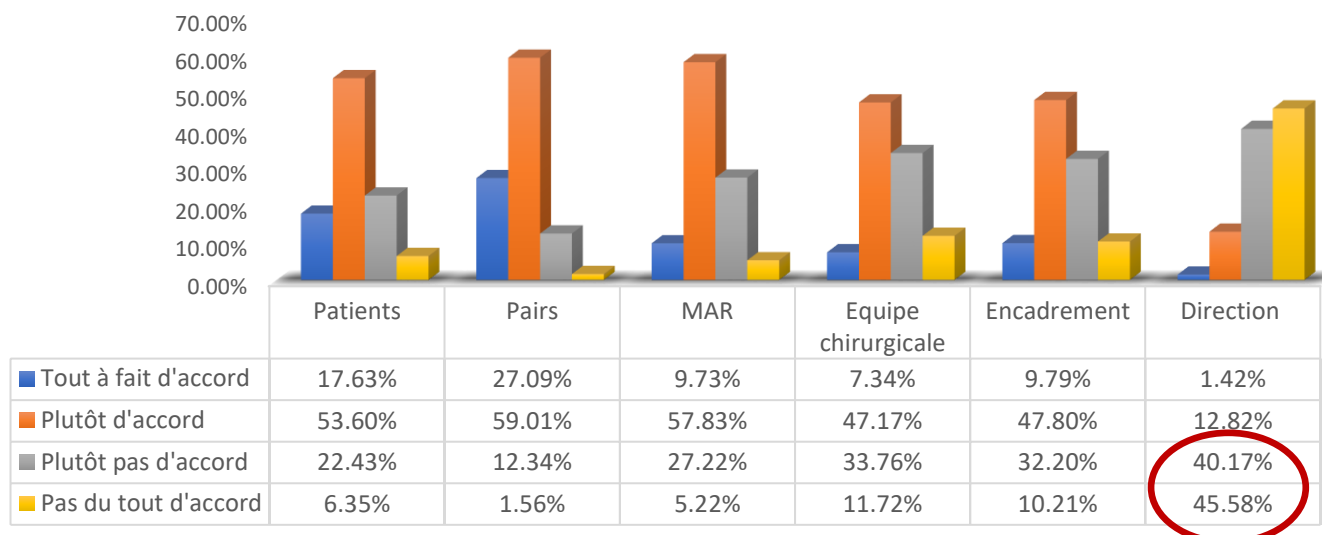
Les trois items les moins retrouvés sont : **la charge de travail, les contraintes planning et l'environnement de travail**. Notons que la prise en compte / écoute des professionnels ainsi que l'épanouissement au travail sont deux indicateurs cochés chacun par **40%** des IADE. Ils ont donc une importance non négligeable même s'ils ne sont pas dans les 4 indicateurs majoritaires.

On a vu dans les questions précédentes que les « contraintes » de planning, ainsi que l'environnement pouvaient influencer sur la QVT de l'IADE mais on remarque cependant que sont deux indicateurs qui n'apparaissent pas comme prioritaires.

Q12. Reconnaissance du travail

Réponses obtenues : 709

Question : Votre travail vous semble-t-il reconnu par les patients ? vos pairs ? les médecins anesthésistes ? les équipes chirurgicales ? l'équipe encadrante ? la direction ?



Graphique 19 : Avis des IADE sur la reconnaissance au travail

Une grande majorité des IADE se sentent reconnus par les patients (71%), leurs pairs (86%) et les MAR (68%). **On note quand même que 32,5% sont négatifs quant à la reconnaissance des MAR.** Ces IADE sont essentiellement des jeunes IADE (moins de 10 ans de Diplôme) et exercent dans le secteur public. Pourtant IADE et MAR forment un binôme de travail et il est important que la relation entre les deux ne soit pas altérée.

Concernant l'équipe chirurgicale, la majorité se sent reconnue (55%) mais une part non négligeable expriment une non reconnaissance (45% en cumulant plutôt pas et pas du tout).

42 % des IADE ne se sentent pas reconnus par l'équipe encadrante. Concernant la Direction, les IADE expriment un net mécontentement en matière de reconnaissance : 86% ne se sentent pas reconnus par les dirigeants de leur établissement.

Le sentiment de reconnaissance est capital pour éviter la démotivation et la perte de l'investissement du professionnel que ce soit de la part des MAR, de l'équipe chirurgicale, de l'équipe encadrante, de la direction. Mais, il semblerait que les IADE ne ressentent pas toujours cette reconnaissance.

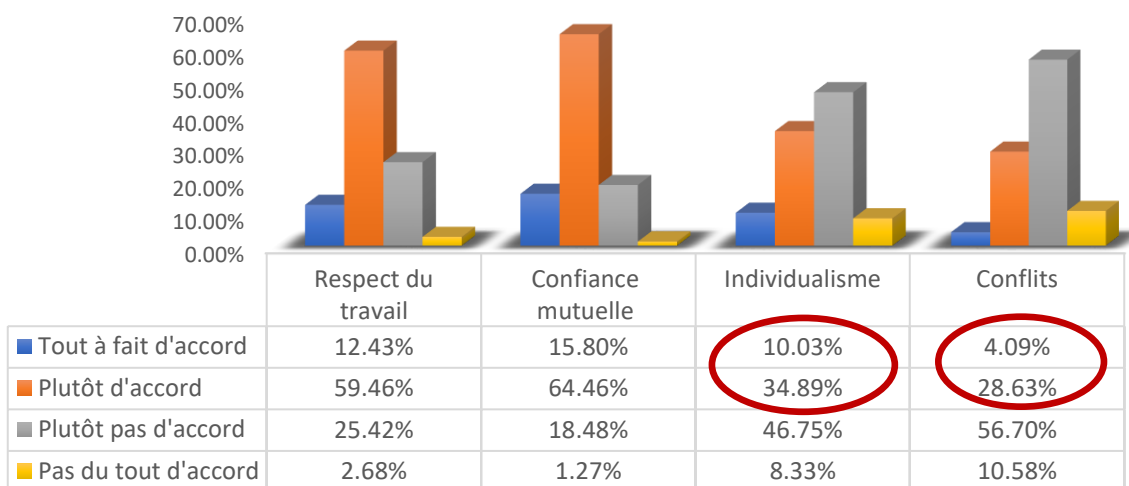
Q13. Le travail en équipe

Réponses obtenues : 709

Q : Vous travaillez en équipe pluridisciplinaire auprès du patient, diriez-vous que... :

4 affirmations étaient proposées :

- ✓ Vous ressentez un respect du travail de chacun,
- ✓ Vous vous sentez en confiance, vous pouvez compter les uns sur les autres,
- ✓ Les membres de l'équipes ont plutôt un comportement individualiste,
- ✓ Les relations entre les membres de l'équipes sont plutôt conflictuelles.



Graphique 20 : Avis des IADE sur le travail en équipe

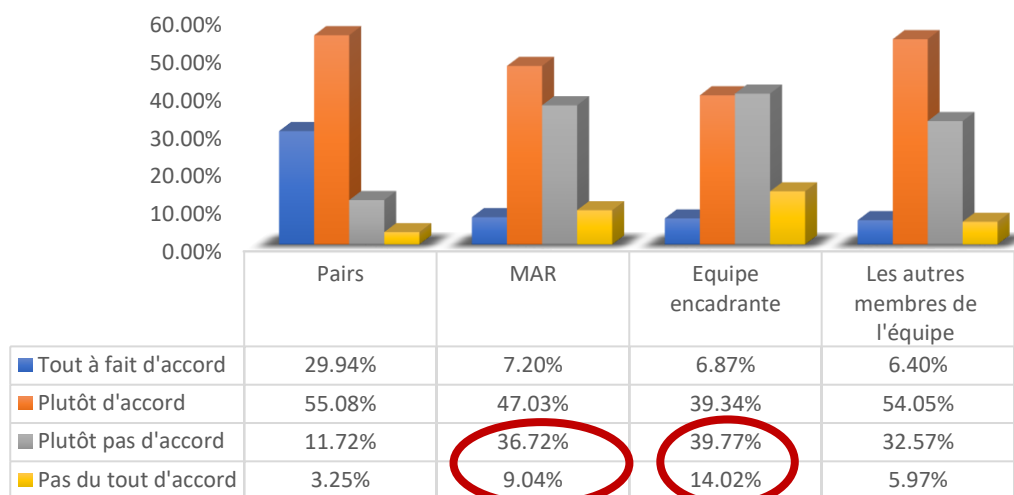
Les IADE ont mis en avant des problèmes de reconnaissance dans la question précédente mais nous constatons ici que la grande majorité des IADE travaillent en confiance dans leur équipe (80%) avec le sentiment que le travail de chacun est respecté (72%). Ces deux sentiments importants ne semblent donc pas être altérés malgré le ressenti d'un manque de reconnaissance.

Même si la majorité ne ressent pas de conflits au sein de leur équipe, **on note néanmoins que 33 % des IADE mettent en avant des conflits interpersonnels et 45 % ressentent l'individualisme des collègues de travail.**

Q14. Le soutien interpersonnel

Réponses obtenues : 708

Q : En cas de difficultés au travail, vous sentez-vous soutenu par vos pairs ? les médecins anesthésistes, l'équipe encadrante ? les autres membres de l'équipe ?



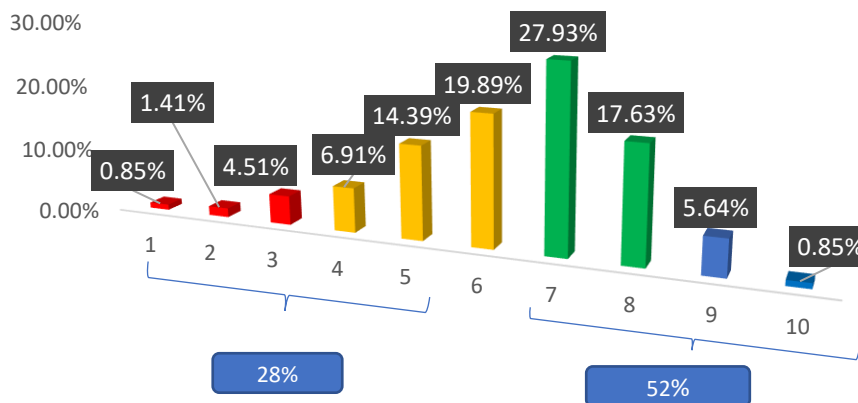
Graphique 21 : Avis des IADE sur le soutien entre les membres de l'équipe

Les IADE se sentent soutenus par leurs pairs pour une très grande majorité (85%) ce qui est très positif. L'individualisme exprimé précédemment ne se ressent pas ici et on constate au contraire une certaine cohésion entre IADE.

Concernant le soutien des médecins anesthésistes la majorité se sent soutenue mais 46% sont pas d'accord ou pas du tout d'accord. Tout comme la reconnaissance précédemment citée, le soutien est important surtout en cas de difficultés : IADE et MAR sont partenaires et doivent pouvoir compter l'un sur l'autre.

La majorité ne se sent pas soutenue par l'équipe encadrante (54 % pas d'accord ou pas du tout d'accord). Cela vient s'ajouter au sentiment de non reconnaissance évoqué juste avant. Il s'agit ici d'un sentiment et pas forcément d'une réalité de la part des cadres encadrants. Il aurait fallu permettre aux IADE de s'exprimer davantage sur ce point ou d'avoir le point de vue des cadres.

L'ambiance à votre travail : donnez une note de 0 à 10 (0 : note minimale, 10 note maximale)



Graphique 22 : Evaluation de l'ambiance au travail par les IADE

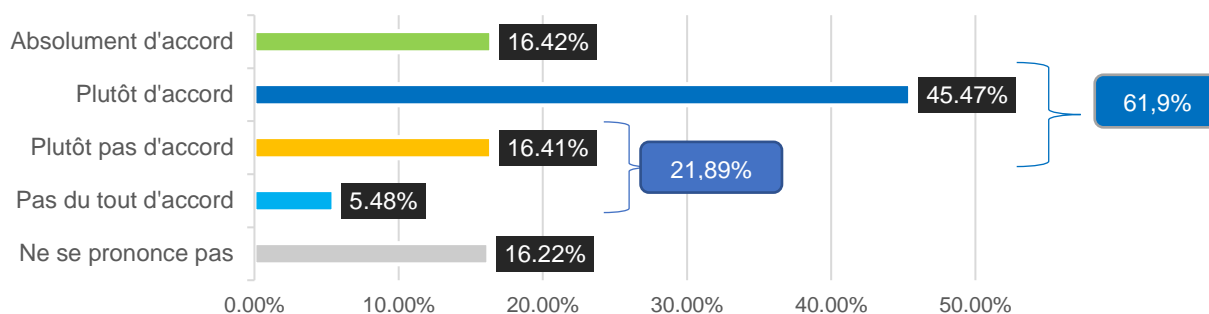
L'ambiance est le critère qui compte le plus pour les IADE en matière de QVT. On remarque des similitudes dans les résultats entre l'évaluation de l'ambiance au travail et l'évaluation de la QVT. Il semble y avoir une certaine corrélation entre QVT et ambiance de travail.

La moyenne donnée à l'ambiance de travail est de **6,32/10**. La majorité des IADE (52%) semble satisfaite de l'ambiance au travail et donne une note supérieure ou égale à 7/10. **On note cependant que presque 30% mettent une note inférieure ou égale à 5/10 ce qui dénote une impression d'ambiance de travail de moyenne voire mauvaise qualité pour ces IADE.**

14 % évoluent dans une mauvaise ambiance (note < ou = à 4/10). Si l'on étudie les secteurs d'activité, les IADE concernés exercent principalement dans le public (15 %) ou dans le secteur privé lucratif (11.5%). Une minorité exerce dans les hôpitaux privés (5.5 %).

Q16. Bénéfice de la polyvalence pour les IADE pour la QVT

Q : Pour les IADE qui travaillent sur plusieurs blocs, diriez-vous que ce fonctionnement est positif pour votre qualité de vie au travail ? Nombre de réponses : 673, réponses analysées : 530 (déduction des non concernés :143)



Graphique 22 : Avis des IADE : bénéfice de la polyvalence sur leur QVT

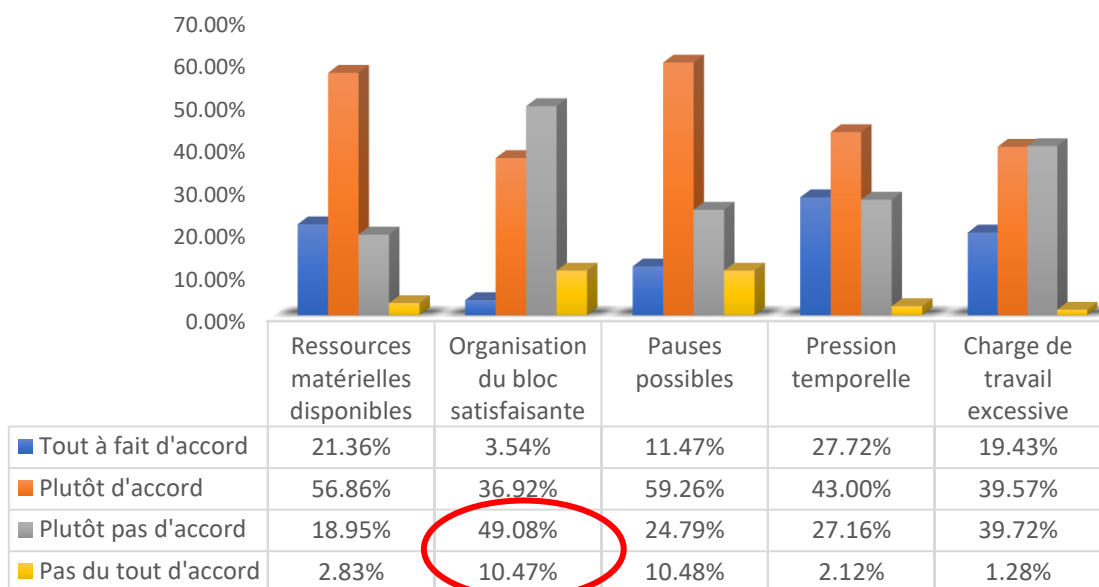
20 % des IADE ont répondu être « non concernés » et travaillent donc sur un seul bloc. Ils n'ont pas été inclus dans le graphique ci-dessus.

La majorité des IADE exerce de façon polyvalente sur plusieurs blocs et pense que ce fonctionnement est positif pour le maintien d'une bonne QVT. La polyvalence peut être un moyen pour les IADE de varier leur activité, de côtoyer des équipes différentes, d'acquérir de nouvelles compétences et d'éviter le phénomène de routine.

22 % ont un avis négatif sur cette question mais il n'était pas possible pour eux d'en expliquer les raisons.

Q. Diriez-vous que... : 5 affirmations étaient proposées :

- ✓ Vous avez les ressources matérielles pour faire du travail de qualité ;
- ✓ L'organisation du bloc vous permet de faire votre travail correctement (pas de dysfonctionnement) ;
- ✓ Vous avez la possibilité de prendre des pauses pendant votre travail ;
- ✓ Vous devez travailler vite, vous avez la pression du temps ;
- ✓ Vous avez très régulièrement une charge de travail excessive.



Graphique 23 : Organisation et réalisation du travail

Les problématiques d'organisation au sein du bloc semblent récurrentes : 59,5 % des IADE en font part. Cet item sera également majoritairement retrouvé à la question 23 qui était une question ouverte permettant aux IADE de s'exprimer. Par contre, la majorité estime avoir les ressources matérielles pour travailler correctement.

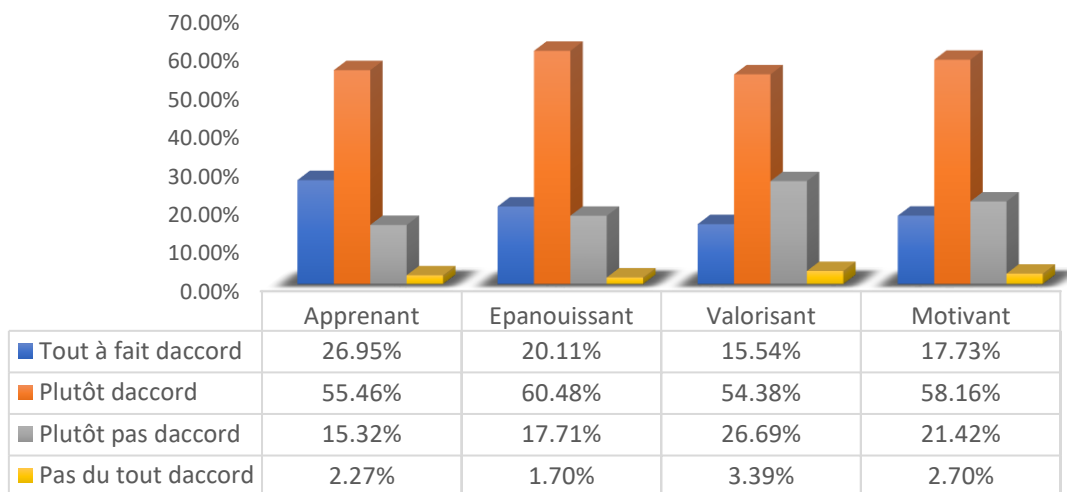
71 % sont d'accord pour dire qu'ils travaillent avec une pression temporelle et 59% ont régulièrement une charge de travail de travail excessive. Nous avons vu dans les indicateurs QVT que cet item n'était pas une priorité pour les IADE mais néanmoins la charge de travail à long terme peut être source d'épuisement tout comme la pression temporelle qui est une source de stress majeure.

On remarque que 35 % des IADE ont des difficultés pour prendre leurs pauses pendant le travail. Ceci est peut-être en lien avec la charge de travail exprimée ci-dessus. Le travail sans interruption peut altérer la QVT des IADE concernés d'autant plus sur des amplitudes horaires longues.

Q18. Contenu du travail IADE et intérêt professionnel

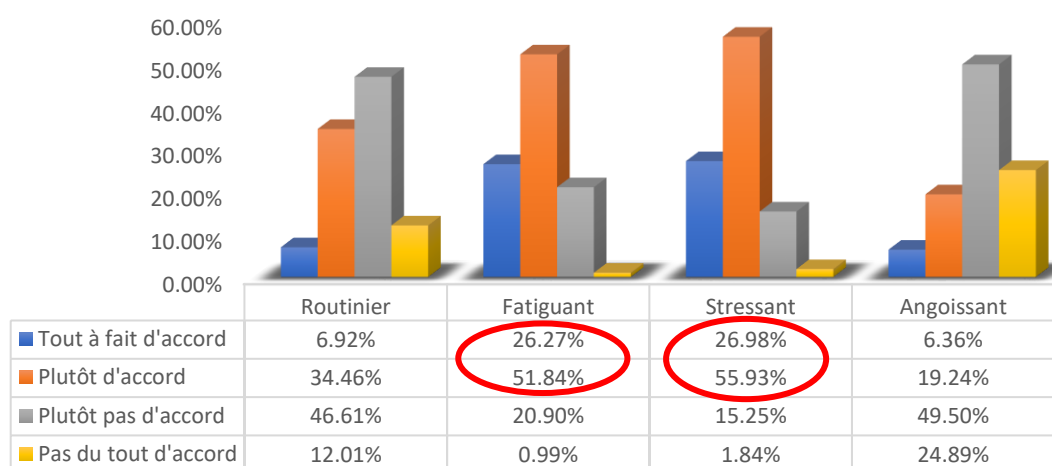
Nombre de réponses : 707

Q : Diriez-vous que votre travail est : Apprenant ? Epanouissant ? Valorisant ? Motivant ? Routinier ? Fatigant ? Stressant ? Angoissant ?



Graphique 24 : contenu du travail et intérêt professionnel

La très grande majorité des IADE estime que leur travail est apprenant, épanouissant, valorisant, motivant. Le métier en lui-même est donc source d'épanouissement pour les IADE. Cependant **30% estiment que leur travail n'est pas valorisant. On pourrait mettre en lien ce chiffre avec le manque de reconnaissance déjà exprimé.** Le sentiment de ne pas être valorisé renvoie à la reconnaissance du professionnel.



Graphique 25 : contenu du travail et intérêt professionnel (2)

Fatigue, stress et angoisse : 83% des IADE estiment leur travail fatigant et stressant. Ce chiffre est très important et rejoint les idées du cadre conceptuel : le travail d'un

IADE est donc générateur de fatigue et de stress. Une petite partie (**26%**) expriment de l'angoisse : l'angoisse est un sentiment fort et au-delà du stress.

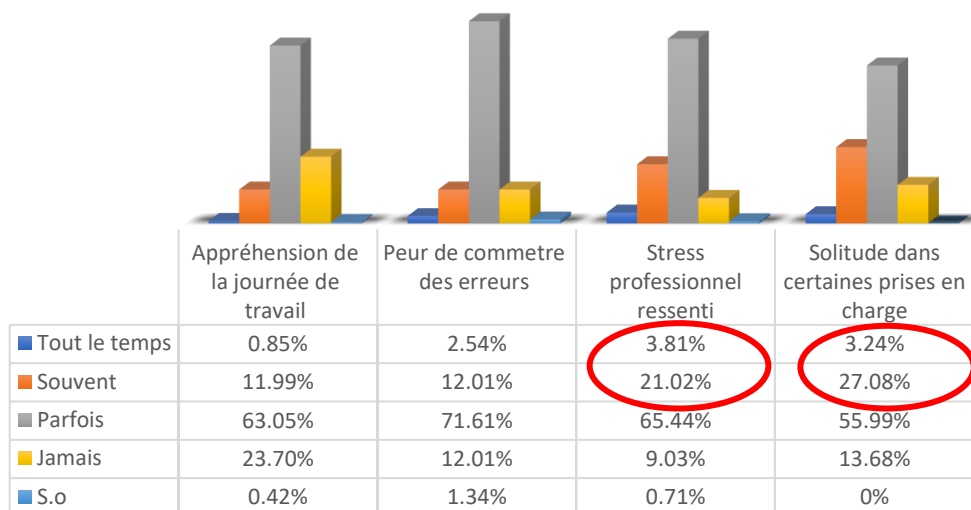
Routine professionnelle : 41 % trouvent leur travail routinier. Ce dernier chiffre n'est certes pas la majorité mais il est conséquent. Cependant, il n'y a pas de conséquences sur la note donnée à la QVT (6.2/10). On constate que ces IADE travaillent surtout dans le secteur privé (55 %). Les IADE du secteur public et ceux des hôpitaux privés sont moins nombreux à évoquer cet aspect routinier : respectivement 39 et 34 %. La routine peut-être associée à l'ennui et peut conduire à la perte de satisfaction. La polyvalence évoquée à la question 15 peut être une solution à apporter ainsi que le développement de compétences parallèles (pratique de l'hypnose, référent pour les étudiants ou dans un domaine particulier, participation à des conférences etc.

Q 19 Le stress ressenti par les IADE

Nombre de réponses : 709

Q.A propos du stress en tant qu'IADE : 4 affirmations étaient proposées

- ✓ Il vous arrive d'appréhender votre journée de travail ;
- ✓ Vous avez peur de commettre des erreurs au décours de vos prises en charge ;
- ✓ Vous ressentez du stress professionnel ;
- ✓ Vous vous sentez seul dans certaines prises en charge.



Graphique 26 : IADE et stress professionnel

Le stress professionnel : Le stress au travail est ressenti par plus de 90 % des IADE (parfois, souvent ou tout le temps) ce qui rejoint les résultats de la question précédente.

Pour la majorité il n'est présent que ponctuellement mais **25% ressentent du stress professionnel de façon récurrente : souvent ou tout le temps**. Ces IADE travaillent davantage dans le secteur public et dans les hôpitaux privés par rapport au secteur privé.

Les résultats montrent que ces IADE sujets au stress professionnel donnent une note QVT inférieure à la moyenne générale (4,2/10) et ressentent davantage de : pression temporelle (82%), charge de travail (80 %), fatigue (95%), angoisse (60 %), solitude (57 %) et appréhension avant le travail (44 %). Cependant, cette enquête ne permet pas de faire un lien entre stress et ancienneté : en effet, il n'y a pas de différence sur ce point entre les IADE ayant de l'ancienneté et les moins expérimentés. Les IADE ayant entre 10 et 15 ans d'ancienneté apparaissent comme les moins stressés (12 %). Pour les autres il n'y a pas de différence (entre 20 et 23 %).

Appréhension de la journée de travail : 13% des IADE appréhendent leur journée de travail souvent ou tout le temps. Il n'y a pas de différence selon les secteurs d'activité. Ces IADE donnent une note de 4.96/10 à leur QVT. En analysant les chiffres, il a été possible de mettre en évidence des liens entre cette appréhension et les relations interpersonnelles : ces IADE mettent en avant des conflits pour 65 % d'entre eux et un individualisme des membres de l'équipe pour 66 %. Ils disent aussi qu'ils ne se sentent pas en confiance dans leur équipe de travail (59%). On peut supposer qu'il y a un lien entre cette appréhension et d'éventuels problèmes dans les relations interpersonnelles. D'autre part, on remarque que 51 % de ces IADE ont peur de commettre des erreurs souvent ou tout le temps. Ce constat nous oriente aussi vers un lien plausible entre cette peur de l'erreur et l'appréhension ressentie.

La peur de commettre des erreurs est présente souvent ou tout le temps pour 14,5% des IADE. L'enquête nous montre que 74 % de ces IADE ressentent également un stress professionnel trois fois plus important que les autres souvent ou tout le temps. La relation entre peur de l'erreur et stress est présente dans les résultats.

La solitude : 30% avouent se sentir seuls dans certaines prises en charge. Il s'agit d'IADE ayant moins de 5 ans d'ancienneté pour la majorité (30 % de ces IADE en proportion). Les IADE ayant une solide expérience (+ de 10 ans) expriment aussi ce sentiment mais sont moins nombreux (13 % de ces IADE). **On pourrait donc penser que l'expérience influence sur le sentiment de solitude lors de certaines prises en charge spécifiques**. Il n'y a pas de différence selon les secteurs d'activité.

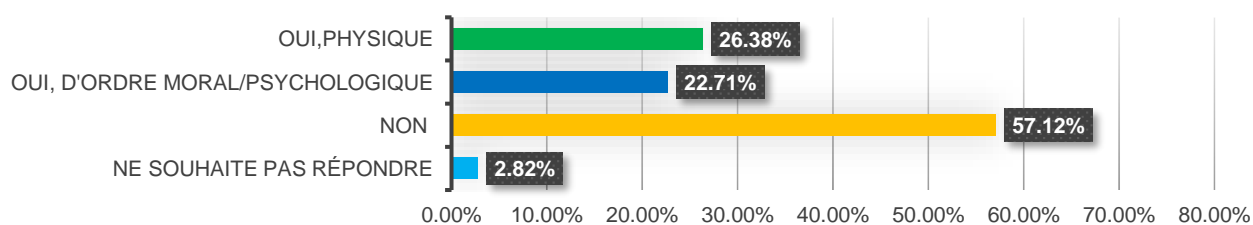
Cette solitude s'accompagne d'un sentiment de non reconnaissance plus important concernant les MAR (52 %), l'équipe chirurgicale (59 %), l'encadrement (61 %) et la Direction (91%).

Elle entraîne aussi une part d'angoisse beaucoup plus importante (43%), un stress plus présent (47 % souvent ou tout le temps) et les IADE appréhendent davantage leur journée de travail (28%). On peut remarquer que les chiffres sont doublés par rapport aux résultats généraux. Il se pourrait donc que certains ressentis négatifs comme ici la solitude influent sur d'autres sentiments et émotions : la reconnaissance, le stress, l'angoisse, l'appréhension etc.

Q 20. Problèmes de santé physiques et/ou psychiques des IADE en lien avec le travail.

Q. Avez-vous déjà eu des problèmes de santé en lien avec votre travail d'IADE ? Nombre de réponses : 709

Plusieurs réponses étaient possibles.



Graphique 27 : Problèmes de santé des IADE liés au travail

Il apparaît dans les résultats que la majorité des IADE répondants n'a jamais eu de problèmes de santé en lien avec son travail ce qui est plutôt positif.

Cependant, 27% des IADE ont déjà eu un problème de santé d'ordre physique en lien avec leur travail et **23% un problème d'ordre psychologique**. Ces deux pourcentages ne peuvent s'additionner car certains ont rencontré les deux types de problèmes au cours de leur carrière. Cette question étant fermée, il n'est pas possible de connaître précisément les problèmes rencontrés.

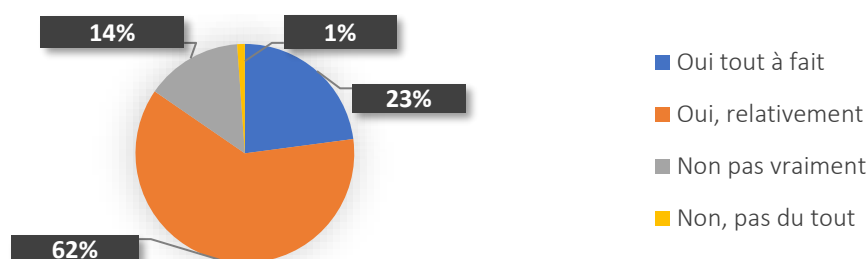
Les IADE qui ont eu un problème d'ordre psychologique sont pour la majorité des IADE de moins de 45 ans (62 %) et sont diplômés depuis moins de 10 ans pour 48 %. Ils sont autant d'IADE du secteur public que privé à but lucratif (avec une faible différence : respectivement 22 et 25 %). Notons que les IADE peuvent avoir changé de lieu d'activité donc les résultats peuvent être biaisés.

Les IADE du secteur privé non lucratif sont peu représentés dans cette question (11 %).

Q 21. Conciliation vie professionnelle et vie familiale/ privée

Nombre de réponses : 707

Q. Votre travail vous permet-il de concilier vie professionnelle et vie familiale/privée ?



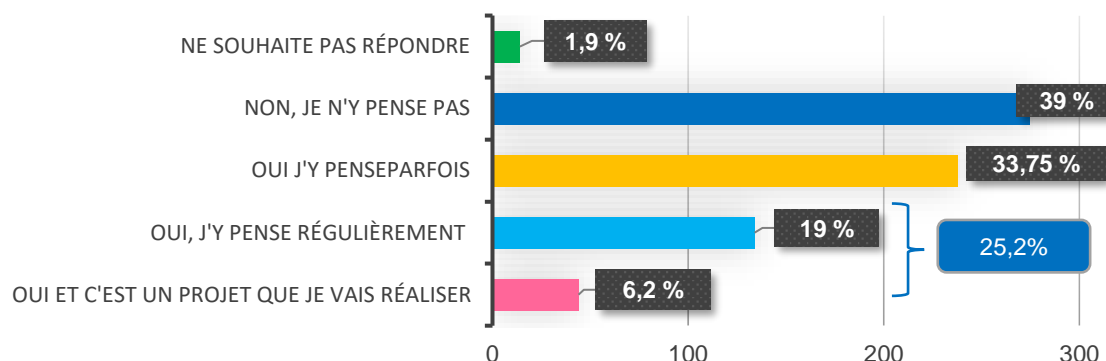
Graphique 28 : Conciliation vie professionnelle et vie familiale

Une grande majorité des IADE parvient à concilier vie professionnelle et vie privée de façon relative ou complètement ce qui est un point important en matière de QVT (malgré les constatations faites concernant le planning et les contraintes).

Une faible part (15%) n'est pas vraiment satisfaite. Voici le profil de ces IADE qui n'arrivent pas à concilier vie personnelle et vie professionnelle :

- ✓ Sexe : 59 % sont des femmes mais la majorité des IADE ayant répondu sont des femmes
- ✓ Age : ils ont moins de 45 ans : majoritairement 35-45 ans (53 %) et 25-35 ans (25 %).
- ✓ Horaires de travail : 63 % en 10 h ,48 % en 12h, 26 % ont des amplitudes de 24h.
- ✓ **55 % effectue trois amplitudes horaires de travail différentes ou plus** : on pourrait penser que la stabilité familiale et l'adaptation sont plus difficiles pour eux.
- ✓ Contraintes de planning :78,5 % effectuent des week-ends, 57 % des astreintes, 51 % des nuits, 47 % des gardes.

Q. Vous arrive-t-il de penser à une reconversion professionnelle ?



Graphique 29 : Projet de reconversion professionnelle chez les IADE

La majorité des IADE ne songe pas à changer de profession ou alors de manière épisodique.

19% des IADE pensent à une reconversion professionnelle de façon régulière et 6 % affirment que ce projet de reconversion est en cours ce qui fait que 1 IADE sur 4 a en tête un projet de reconversion. Le terme reconversion était utilisé ici comme volonté de changement radical de profession mais on peut supposer que ces agents ont envie soit d'une réorientation professionnelle soit d'évoluer dans la profession vers des fonctions de cadre par exemple.

J'ai analysé le profil des IADE qui pensent à une reconversion de manière régulière ou dont le projet est en cours :

- ✓ **Ce sont des jeunes IADE : 32 % sont diplômés depuis moins de 5 ans , 26 % moins de 10 ans ;**
- ✓ Sont majoritairement satisfaits de leurs horaires de travail et des locaux : ces deux critères ne semblent pas influencer leur positionnement ;
- ✓ Donne une note de 5,4/10 en moyenne pour la QVT et 5,5/10 à l'ambiance de travail ;
- ✓ **87,6 % ne se sentent pas reconnus financièrement ;**
- ✓ **Ils estiment leur travail fatigant (89 %), stressant (88,8 %), angoissant (37%). On note que ces trois résultats sont supérieurs aux pourcentages précédemment cités.**

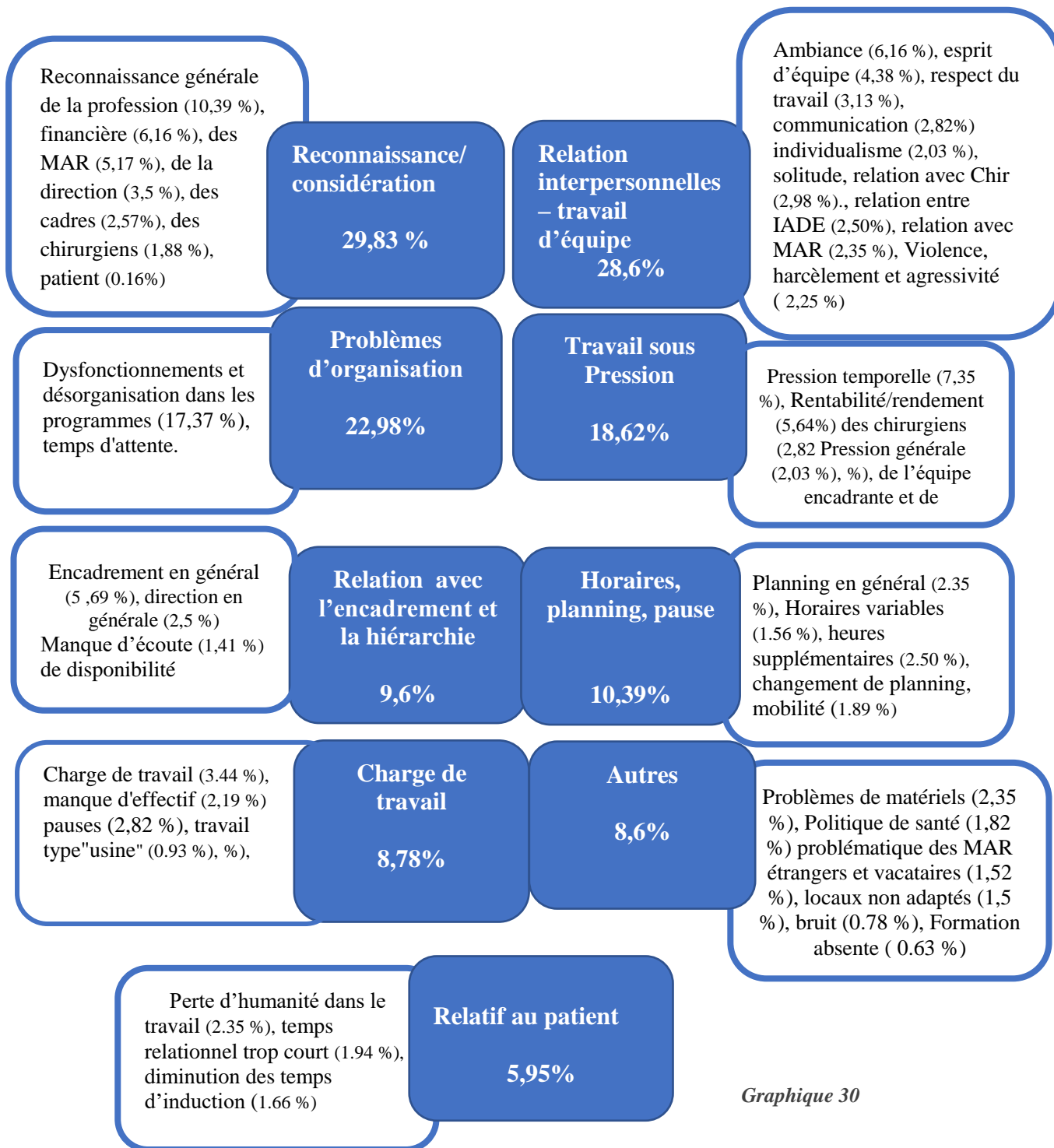
Certains IADE ont exprimé le fait qu'ils prenaient des responsabilités transversales ou développaient d'autres compétences comme par exemple être référent formateur, apprendre la pratique de l'hypnose etc. Ceci leur permet de s'investir en évitant le phénomène de routine.

Q 23. Question ouverte

Nombre de réponses :577

Q. Qu'est-ce que vous ne « supportez » pas au travail et souhaitez voir améliorer ?

Il s'agissait ici d'une question ouverte permettant aux IADE de s'exprimer. 81 % des IADE ont répondu.



Graphique 30

Parole aux IADE : Qu'est-ce que vous ne supportez pas au travail ?

Les réponses ont été extrêmement variées abordant tous les indicateurs QVT. Certains items étaient prédominants et deux grands thèmes ont été retrouvés :

- ✓ **Les problèmes de relation et de communication** entre les membres de l'équipe ainsi que **l'ambiance (30%)**. On retrouve ici l'ambiance déjà mis en avant par les IADE. Les problèmes de relation et de communication concernent l'ensemble de l'équipe et peuvent dégrader l'ambiance de travail.
- ✓ **Les manques de reconnaissance et de considération** sont présents à nouveau à tous niveaux, (**presque 30 %**). **Les mots reconnaissance et considération ont été retrouvés 167 fois soit 29 % des IADE.**

Ensuite viennent les problématiques d'**organisation et de gestion des programmes opératoires, un manque de fluidité, des temps d'attentes** qui viennent perturber le déroulement des journées opératoires et sont un frein à une bonne QVT (23%). L'organisation au bloc était rappellons nous le second critère important pour les IADE (croisement avec la question 10). Le mot organisation a été retrouvé 122 fois soit 21% des IADE.

Le mot « **pression** » est aussi très présent : pression ressentie qu'elle soit générale, temporelle, de la part des chirurgiens, de la hiérarchie.

Les autres domaines abordés ont été **la charge de travail, les horaires de travail**, les problèmes en lien avec l'encadrement ou la hiérarchie. Certains IADE réclament un travail plus « humain » avec un temps d'induction de qualité et respecté dans l'intérêt du patient et de la qualité des soins. Ils dénoncent l'aspect « rentabilité » et « rendement » et certains ont parlé de travail type « usine » ce qui renvoie indirectement à la pression ressentie.

Concernant les problématiques liés à l'encadrement, la majorité des IADE n'a pas développé leur point de vue : ils citent « encadrement » ou alors « compétence de management » sans réellement expliquer leurs reproches.

On remarque que les IADE ne mettent pas en cause les patients. Le cœur de métier n'est pas mis en cause mais l'ensemble des éléments qui viennent se greffer et altèrent le bien être professionnel au quotidien.

4. Synthèse finale

A travers ce mémoire, j'ai souhaité connaître le ressenti des IADE concernant leur QVT quotidienne et leur bien-être professionnel au bloc opératoire en les questionnant sur leur vécu, leurs sentiments parfois même leurs émotions. Indirectement, je me suis demandée dans quelle mesure le métier d'IADE pouvait représenter un risque d'épuisement pour les professionnels.

J'ai obtenu la participation d'un grand nombre d'IADE rendant le panel suffisamment représentatif. J'ai ressenti un certain engouement des professionnels pour mon travail. L'analyse fut dense et non exhaustive en raison du côté complexe et multifactorielle de la QVT mais m'a permis de recueillir de nombreuses informations intéressantes et exploitables.

De façon générale, les résultats montrent des IADE modérément satisfaits de leur QVT (note moyenne 6,3/10). Si l'on regarde les chiffres bruts, on observe une majorité satisfaite mais, cependant 30% des IADE évaluent leur QVT de 0 à 5/10 ce qui pose question. Les critères qui importent en majorité pour les IADE sont l'ambiance de travail pour une très grande majorité puis le sentiment de reconnaissance, l'organisation générale et enfin les horaires. Parmi les critères les moins importants, ils notent la charge de travail, l'environnement et les contraintes de planning.

Plusieurs points émanent des résultats obtenus. Ils font référence aux différents indicateurs de la QVT décrits dans le cadre conceptuel :

- ✓ **La qualité des relations sociales au travail**
- **Interactions et ambiance de travail**

La qualité des relations entre les membres de l'équipe est fondamentale ainsi que l'ambiance de travail. Les interactions sociales influent énormément sur le vécu du travail. L'analyse a montré des problématiques de **conflits** et d'**individualisme** mais **la confiance entre les membres de l'équipe est présente ainsi que le respect du travail de chacun**. Il y a également une cohésion entre les IADE.

L'ambiance de travail est un des critères fondamentaux. Les résultats montrent un lien fort entre la QVT et l'ambiance de travail. Elle est directement imputable aux individus et leurs interactions : les humeurs des uns et des autres, les tensions, les conflits, une communication non adaptée etc.

- **Sentiments de soutien et de reconnaissance**

Ces sentiments sont capitaux pour la personne qui travaille. Ils influent entre autres sur la motivation. Les IADE mettent en évidence **un défaut de reconnaissance globale** vis-à-vis de leur profession : d'un côté le manque de reconnaissance financière qui est très prononcé mais aussi la reconnaissance de la Direction, des encadrants, des MAR et des équipes chirurgicales. Les ¾ des IADE estiment que leur rémunération n'est pas à la hauteur de leurs qualifications et responsabilités. En effet, ils militent depuis des années pour une meilleure reconnaissance de leur profession. Ils y sont parvenus en partie par l'obtention du grade Master en 2010 mais la revalorisation salariale n'a pas été à la hauteur des attentes des IADE.

- **Le binôme IADE/MAR :**

Il semble important qu'il y ait une bonne cohésion entre MAR et IADE pour éviter individualisme et conflits déjà évoqués et maintenir la confiance. Cependant, une part conséquente (30 %) met en défaut la reconnaissance de la part des MAR et 1/3 met en avant une impression de solitude dans certaines prises en charge. L'enquête a permis de montrer que ce sentiment de solitude est associé à un stress plus important, à des sentiments d'angoisse et d'appréhension majorés des IADE concernés. De plus, elle augmente le sentiment de non reconnaissance. L'ensemble de ces facteurs pourraient fragiliser ce binôme et mener d'une part à une démotivation, une insatisfaction et d'autre part à des problèmes d'épuisement. Certains IADE ont abordé la problématique des MAR vacataires. Leur présence ponctuelle peut être vue comme un frein au développement d'un binôme solide.

- **Relations avec l'encadrement et le rôle du cadre :**

Certains ressentis négatifs des IADE vis-à-vis des équipes encadrantes sont exprimés dans les résultats : un manque de soutien (54 %) et un défaut de reconnaissance (42%). Le cadre représente à mon sens une personne ressource. Il peut par ses compétences en management et sa position jouer un rôle dans l'amélioration de la QVT des IADE au bloc opératoire. Il intervient notamment dans les relations interpersonnelles et apporte écoute et soutien lorsque la situation le nécessite. Il a la capacité d'être à la fois la personne tampon qui désamorce les conflits et un leader qui souffle à l'équipe une dynamique et une motivation au travail. Il est le lien entre la hiérarchie supérieure et le terrain. De plus, il peut éventuellement déceler des signes évoquant un mal-être lié au travail et sensibiliser les professionnels à ces problématiques. Les rendez-vous individuels à intervalle régulier peuvent représenter une solution qui permet au cadre de mieux connaître son équipe, de créer des liens, d'écouter, de mettre en évidence certains problèmes et d'accompagner les éventuels projets de formation ou d'évolution de carrière. A ce propos, les chiffres montrent **qu'un IADE sur 4 envisage une reconversion**

professionnelle (y pense régulièrement ou projet en cours). Il est important que ces projets de changement ou d'évolution de carrière soient entendus par les encadrants afin de les aider dans leur démarche. La problématique réside dans les faibles possibilités qui sont offertes aux IADE qui souhaitent évoluer (effet entonnoir de la profession).

Relation avec la direction : Les résultats à ce propos posent également question : une très grande majorité se sent incompris, non reconnue par les instances supérieures. La politique de santé actuelle appliquée représente un non-sens pour les équipes notamment dans le service public hospitalier (application de la T2A, rentabilité etc.). Le terme « maltraitance institutionnelle » a été utilisé entre autres dans les réponses.

✓ **L'organisation au bloc opératoire**

Les **dysfonctionnements dans l'organisation au bloc opératoire sont récurrents**. Ils génèrent un ressenti négatif. Il s'agit par exemple de problèmes liés à l'organisation des programmes opératoires, de gestion des flux de patients, de problèmes de coordination (temps d'attente...) ou la gestion des urgences intercalées sur un programme organisé. La présence d'un régulateur peut améliorer l'organisation dans les blocs quand ceux-ci s'y prêtent. Le rôle du cadre a aussi son importance. Les IADE qui travaillent dans le secteur privé sont moins touchés par ces problèmes d'organisation que ceux qui exercent dans le public (40 % contre 59,5%). Néanmoins les chiffres restent conséquents pour les deux secteurs. Il semblerait que les organisations soient différentes selon les secteurs d'activité.

✓ **Le cœur du métier et épanouissement professionnel**

Une grande majorité se dit épanouie au travail. Le métier d'IADE est apprenant, épanouissant, valorisant et motivant ce qui est très positif pour la QVT. L'IADE trouve donc dans son métier des sources de motivation et d'investissement. On note quand même que 30 % ne se sentent pas valorisés : on peut mettre en lien ce sentiment avec l'impression de non reconnaissance.

Une très grande majorité estime leur profession **fatigante et stressante ce qui rejoint les idées du cadre conceptuel**. 40 % parlent de routine sans pour autant modifier la note QVT. La polyvalence pourrait être une solution à apporter à cet aspect routinier ainsi que le développement de compétences parallèles (pratique de l'hypnose, référent pour les étudiants ou dans un domaine particulier, participation à des conférences etc.). La routine peut mener à l'ennui mais peut aussi, selon les personnes, être rassurante.

Les IADE ont exprimé une **charge de travail, une pression exercée** qu'elle soit de la part des équipes chirurgicales ou de la direction. Certains réclament un travail plus centré sur le patient avec davantage de temps relationnel (surtout le temps de l'induction).

La charge de travail n'est pas une priorité pour les IADE mais elle est source à terme de fatigue. Cela renvoie d'ailleurs aux constatations sur la fatigue et le stress liées au métier d IADE.

✓ **Horaires de travail et organisation personnelle**

La majorité des IADE sont satisfaits de leur rythme et horaires de travail. Les contraintes existent (3 types de contraintes ou + pour 45 %) mais une grande majorité parvient à concilier vie professionnelle et vie personnelle ce qui contribue à améliorer la QVT des IADE. Cela peut s'expliquer par la constatation que ces contraintes sont peu fréquentes. L'enquête montre quand même que lorsque l'IADE est insatisfait par rapport aux horaires et rythme de travail il se produit une altération de la QVT (note 4.1/10 de la part des insatisfaits contre 6.3 en général). Dans le même esprit, les chiffres ont montré que l'absence de contraintes améliorent la QVT des IADE concernés. La réalisation des contraintes sur la base du volontariat quand c'est possible peut être une piste à explorer.

✓ **Stress et risque d'épuisement professionnel**

Concernant le stress professionnel, **¼ des IADE ressent ce stress de manière récurrente et 16 %** sont angoissés. Le stress fait partie intégrante du métier d'IADE. Il faut l'accepter mais le caractère récurrent et surtout l'angoisse posent question. Ces ressentis jouent un rôle majeur dans le développement du syndrome d'épuisement professionnel. Les IADE qui se disent stressés de façon fréquente estime leur QVT à 4.2/10 ce qui est nettement inférieur à la note globale de cette enquête. J'ai pu remarquer à travers les résultats que le stress professionnel s'accompagne d'une majoration de la fatigue, de l'angoisse et l'appréhension en amont du travail. Les IADE qui ont exprimé un stress professionnel ressentent également davantage de pression, de charge de travail et d'impression de solitude.

23 % ont déclaré avoir rencontré un problème d'ordre psychologique en lien avec le travail. Les raisons ne sont pas connues ni la nature des problèmes. L'idéal serait un suivi de ces personnes qui à mon sens sont plus enclins à développer un syndrome d'épuisement professionnel. Celui-ci est bien trop souvent diagnostiqué tardivement. D'ailleurs, notre profession étant à risque, il serait judicieux que chaque IADE et MAR bénéficient d'un entretien annuel avec un personnel de la médecine du travail ou autre personne compétente en matière de dépistage des risques psychosociaux.

Cette enquête a permis de remarquer que la QVT des IADE au bloc opératoire est avant tout liée à des éléments qui gravitent autour du métier : les relations interpersonnelles, l'ambiance de travail, l'organisation au bloc opératoire etc. Il s'agit de facteurs sur lesquels il est possible d'intervenir pour envisager une amélioration.

CONCLUSION

La qualité de vie au travail est une problématique complexe et subjective imbriquant de multiples facteurs. En anesthésie et partout ailleurs, l'épanouissement professionnel ne peut se résumer uniquement à la passion vouée au métier. En effet, un ensemble de choses qui gravitent autour de l'activité perturbent satisfaction et motivation et sont autant de grains de sable qui empêchent les rouages de tourner correctement majorant le stress déjà bien présent de notre profession. Vous l'aurez compris : aimer son travail ne suffit pas !

L'amélioration de la qualité de vie au travail se présente comme un moyen de prévention des risques psychiques liés à l'exercice professionnel et en particulier le syndrome d'épuisement. En anesthésie ce risque est connu mais il reste encore tabou à l'hôpital et les mentalités peinent à évoluer. Pour avoir une chance de s'épanouir, la qualité de vie au travail doit être un objectif porté et partagé par la Direction et la hiérarchie. Le bien être professionnel est la clef de la performance et de l'efficacité dans les soins apportés aux patients. Certains hôpitaux aux Etats-Unis ont tenté de relever le défi : on les nomme « hôpitaux magnétiques » (*Magnet Hospital*). Ils apporteraient aux personnels une qualité de vie professionnelle qui majore à la fois satisfaction, implication, intention de rester, équilibre travail/vie privée et efficacité collective perçue.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- Albert E et al – *Pourquoi j’irai travailler*- Paris, éditions Eyrolles.2011.218 pages.
- Alis D, Dumas M, Poilpot-Rocaboy G. *Risques et souffrance au travail*. Paris. Editions Dunod. 2010. 259 pages.
- Becker L. *L’art de la reconnaissance au travail*. Interéditions.2015 -209 pages.
- Brillet F,Sauviat I, Soufflet E. *Risques psychosociaux et qualité de vie au travail* - Editions Dunod. 2017.
- Carnoui P. Mauranges A. *Burn out à l’hôpital, le Syndrome d’épuisement professionnel*, 5^e editions, Elsevier Masson, 2015. 185 pages.
- Clot Y, *Le travail à coeur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. La Découverte. coll. « Cahiers libres ».2010, 190 pages.
- Colombat Philippe. *Qualité de vie au travail et management participatif*. Editions Lamarre. 2012.
- De Gaulejac Vincent - *Travail, les raisons de la colère*. Paris. Editions du Seuil. Mars 2011. 334 pages.
- Delbrouch M. *Burnout du soignant, le syndrome d’épuisement professionnel*. Editions de BOECK.2008. 280 pages.
- Devigne M et al - *L’absentéisme des personnels soignants à l’hôpital, comprendre et agir*..Presse des Mines. 2014 -156 pages.
- Dolan SL, Gosselin E, Carrière J, Lamoureux G. *Psychologie du travail et comportement organisationnel*. Editeur Gaetan Morin, 484 pages.
- Lefevre B. Povirot M. *Stress et risques psychosociaux au travail : comprendre, prévenir, intervenir*. Elsevier Masson 2011.
- Méda D., Vandramin P. *Réinventer le travail*, Presses universitaires de France, 2013, 272 pages.
- Montreuil E. *Prévenir les risques psychosociaux : Des outils pour agir sur la qualité de vie au travail et préserver la santé en milieu professionnel*. 3e éditions Dunod. 2017.
- Pezé M. *Ils ne mourraient pas tous mais tous étaient frappés, Journal de consultation de la souffrance au travail de 1997 à 2007*. Editions PEARSON. 2013.
- SUTTER P.E, *Promouvoir la santé mentale positive au travail*, Editions Gereso, 2017, 208 pages.

- Valléry G., Bobillier ME. Chaumon, Barangier E et al, *Psychologie du travail et des organisations : 110 notions clefs*. Editions DUNOD. 447 pages.

Articles de revues

- Anact-Aract. *Qualité de Vie au Travail dans les établissements de santé, l'enjeu de qualité des soins*. Travail et Changement n°366, Publication du réseau Anact-Aract pour l'amélioration des conditions de travail- – Janv,Févr,Mars 2017.
- Bonneta F, Dureuil B, *Prévenir le syndrome d'épuisement professionnel en anesthésie-réanimation* Annale Française d'Anesthésie et de Réanimation 30 (2011) 777–778.
- Brami L, Damart D, Kletz F. *Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants*. Revue Management et Avenir. Mars 2013 n°61, page 208.
- P.Canouï, *La souffrance des soignants: un risque humain, des enjeux éthiques*, InfoKara 2003/2, vol 18. Page 101
- Casoinic, enseignant-chercheur en GRH, The Basel School of Business, MBway Strasbourg, *Les comportements des générations Y et Z à l'école et en entreprise*. Revue Economie et Management n° 160, juin 2016, pages 29 à 36.
- Langevin V, Boini S, François M, Riou A, *risques psychosociaux outil d'évaluation : le Maslach Burnout Inventory*, Revue Référence en santé au travail,N°131 Sept 2012, pages 157 à 159
- L'infirmière magazine n° 386 – Soigner les soignants – octobre 2017.
- Line Gueritte, Marie Pierre Dilly. *Gestion du stress et du burn out*. Oxymag Journal d'information professionnel des infirmier(e)s anesthésistes, n°82, juin 2005.
- G.Mion, N.Libert, D.Journois. Facteurs associés au burnout en anesthésie-réanimation. Enquête 2009 de la SFAR. Annales française d'anesthésie et de réanimation, vol 32, n°3, mars 2013, pages 175- 188,
- Neyns V, Carreras O, Cellier JM, *Evaluation et gestion des risques en anesthésie, stratégie mises en place par les médecins anesthésistes*. Le travail humain, vol 73, avril 2010.
- N.Picard, interview de M.Loriol, *A l'hôpital les soignants ne se retrouvent pas dans la vision comptable du soin – 16/01/2017* Le monde.fr.

Sites internet

- Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail : <https://www.anact.fr>
- Haute Autorité de Santé : <https://www.has-sante.fr/>.
- Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes. www.snia.net

Rapport d'études/ revue de littérature

- ✓ Rapport « Gollac », sur le suivi des risques psychosociaux au travail, fait par le collège d'expertise- *mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser* <http://www.aractidf.org/risques-psychosociaux/ressources/mesurer-les-facteurs-psychosociaux-de-risque-au-travail-rapport-gollac>
- ✓ HAS revue de la littérature qualité de vie au travail et qualité des soins, janvier 2016, consultable sur <https://www.has-sante.fr/>.
- ✓ HAS : *Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout*, mars 2017
- ✓ Lorient M. pour l'INJEP (Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire) Le(s) Rapport(s) des jeunes au travail, revue de la littérature 2006-2016, Février 2017, 101 pages.

Textes législatifs, Accords d'entreprises

- Accord National Interprofessionnel du 19 Juin 2013 « Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle » consultable à l'adresse <https://www.anact.fr/node/10206>
- Loi Rebsamen n°2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi, consultable sur le site <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Conférence

- ✓ Gori R. L'appels des appels. *Comment vivre aujourd'hui dans une culture du court terme, Pour une insurrection des consciences*. 31 janvier 2009

Support vidéo

- ✓ Le maire Jérôme, *Burning out, dans le ventre de l'hôpital*. 2017

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe 1 : extrait du manuel de certification V2010 de janvier 2014. Il comprend un critère qui évalue la « **promotion de la qualité de vie au travail** » (chapitre 1 « management de l'établissement »)

Annexe 2 : questionnaire destiné aux IADE.