



Directeur d'enseignement
Professeur Jean-Marc SOULAT



Directeur d'enseignement
Professeur Éric GALAM

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU

Présenté et soutenu publiquement le 25 novembre 2022

Par

Dr Charlotte Pété-Bonneton, médecin du travail

Diagnostic santé-travail chez les soignants de nuit :

**peut-on identifier des contraintes psychosociales et
organisationnelles spécifiques**

permettant de comprendre la pénurie de soignants ?

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Béatrice GUYARD - BOILEAU
- Docteur Bénédicte JULLIAN
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

Année 2022

Table des matières

INTRODUCTION	1
GENERALITES	2
1. Le contexte sociétal.....	2
2. Fonctionnement de l'équipe santé travail	2
3. Concept d'hôpital magnétique.....	3
METHODES	4
1. Elaboration du questionnaire.....	4
3. Organisation des entretiens	5
4. Analyse des réponses et conservation des données.....	6
RESULTATS.....	7
1. Caractéristiques générales de la population.....	7
2. Choix du travail de nuit	9
3. Santé perçue.....	9
3.1. Plaintes neuro-psychiques	9
3.2. Plaintes ostéo-articulaires	10
4. Contraintes psychosociales et organisationnelles	11
4.1. Résultats issus du questionnaires CPO.....	11
4.2. Résultats issus des questions Evrest et complémentaires	13
5. Contraintes physiques	15
DISCUSSION	16
1. Entretiens santé travail et avis d'aptitude.	16
2. Analyse statistique, qualité de recueil des données.....	16
3. Analyse des réponses et de leur commentaire.....	16
3.1. Organisation et communication.....	16
3.2. Rôle du cadre de santé	16
3.3. Effectifs et charge de travail.....	17
3.4. Interruptions fréquentes du travail.....	18
3.5. Relations avec l'équipe médicale	19
3.6. Partage de valeurs.....	20
3.7. Respect des congés.	20
3.8. Gestion des carrières et des compétences	20
3.9. Solitude, insécurité et peur de l'erreur.	20
3.10. Violence.....	21
3.11. Conditions matérielles de travail.....	21
CONCLUSION	23
BIBLIOGRAPHIE.....	26
ANNEXES :.....	27

INTRODUCTION

Nous sommes en 2021 et la crise sanitaire liée au Covid-19 est déjà installée depuis 1 an, devenant la réponse aisée aux maux de tout le système de soin. Pourtant le monde hospitalier ne cesse d'expliquer que cette crise n'est que l'épiphénomène venu déstabiliser un système de soins à bout de souffle depuis des décennies. Partout, l'absentéisme augmente, les difficultés de recrutements médicaux et paramédicaux s'accroissent, des services ferment, des grèves explosent. Un an après le Ségur de la santé, les soignants sont perplexes.

La structure étudiée est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) qui regroupe près de 1000 salariés en CDI autour d'activité de médecine, soins de suites et réadaptation, obstétrique. Les remontées des représentants du personnel en Comité Santé Sécurité et Conditions de Travail (CSSCT) sont assez similaires au bourdonnement national mais régulièrement l'équipe santé-travail est marquée par des alertes sur la situation spécifique des travailleurs de nuit. Ainsi l'une des élues, elle-même soignante de nuit semble ressasser que « les effectifs sont inadaptés », qu'il « n'existe plus de véritable travail en binôme infirmier/ aide-soignant » permettant un travail de qualité. A l'occasion d'un CSSCT à l'automne 2021 la réponse de la directrice de l'établissement interpelle l'équipe santé-travail : *« Il y a aujourd'hui une pénurie de soignants, à l'échelle nationale et particulièrement la nuit. Nous avons augmenté les effectifs infirmiers dans les services qui ont démontré leurs besoins en ressources IDE, justifiés par des actes techniques la nuit. Grâce aux roulantes et aux volontaires qui se sont emparées des demandes sur l'application téléphonique de gestion, nous avons pu assurer de nombreux remplacements. Nous avons valorisé les heures supplémentaires, les nuits exceptionnelles des soignants de jour afin que personne ne soit tenté de faire des vacances ailleurs. Alors maintenant dites-moi comment faire venir les soignants et comment les retenir ou commencez à imaginer avec moi une organisation de soins avec moins d'infirmiers, sachant qu'aujourd'hui l'infirmier est le pilier de l'activité nocturne. »*

Il devient alors urgent de pouvoir confirmer ou non le mal-être des équipes et les répercussions sur leur santé et il devient nécessaire de questionner ces salariés pour comprendre leurs problématiques. C'est pleinement la mission des services de santé aux travail. Habitée des synthèses collectives, l'équipe santé-travail a dû ici modifier sa méthodologie habituelle pour aller à la rencontre d'un personnel peu disponible en journée et qu'il faut peut-être interroger d'une manière spécifique.

L'objectif principal du médecin du travail est d'interroger les salariés pour dresser un diagnostic santé-travail de l'équipe de soignants de nuit permettant d'identifier notamment les contraintes organisationnelles et psychosociales qui leur sont propres. L'objectif secondaire est de proposer des pistes d'actions à la direction et aux membres du CSSCT de la structure pour limiter l'altération de la santé de soignants de nuit et par conséquent le risque de départ (prévention secondaire) et améliorer l'accueil des nouveaux arrivants pour les fidéliser (prévention primaire).

GENERALITES

1. Le contexte sociétal

En 2022, la pénurie de soignants en France est une réalité qui s'affiche de plus en plus dans les médias. Il est difficile d'en comprendre toutes les origines et il serait ambitieux de tenter d'exposer causes et conséquences dans ce travail. Les différentes commissions nationales mises en place ces dernières années peinent à rendre des conclusions.

Le Ségur de la santé mené entre mai et juillet 2020 pouvait-il tout changer ?

La lecture du dossier de presse (1) « Ségur de la santé, les conclusions » paru en juillet 2020, permet d'envisager que les mesures prises seront insuffisantes. L'Etat exprime avoir fait sa part du travail au travers des 33 engagements, 9 milliards d'euros de revalorisation salariale et 19 milliards d'euros d'investissement. Il suggère qu'après l'étape de négociation financière, il reste un travail de réforme en profondeur dont on dit qu'il doit venir des acteurs de terrain. Les sujets à traiter sont complexes : changement de gouvernance des structures de soins, management, fonctionnement, découplage du territoire entre systèmes de ville et hospitalier... Pour accompagner les équipes, le ministère de la santé met alors à disposition le guide (2) « Mieux manager pour mieux soigner » publié en août 2021. Mais est-ce suffisant ? Les équipes des structures de soins ont-elles le temps et les compétences pour procéder aux changements ? Dans ce contexte, les services de santé au travail peuvent-ils aider les structures face à ces chantiers d'ampleur ?

Il semble évident qu'avant d'apporter des solutions, il est nécessaire de faire un diagnostic de la situation, ce qui est du champ de compétences des Services de Prévention et de Santé au Travail (SPST).

2. Fonctionnement de l'équipe santé travail

La structure de soin présentée est assez récente, l'établissement étant issu de la réunion en 2019 de plusieurs établissements vétustes. L'équipe santé-travail (ST) qui appartient à un service inter-entreprises assure ici le suivi de près de 1000 salariés. La participation de l'équipe ST est requise à chacun des CSSCT, véritable espace d'échange entre partenaires sociaux. Les avis des uns et des autres sont parfois très divergents, mais chacun peut s'exprimer avec sincérité.

Dès l'ouverture de la structure, le médecin du travail a mis en place le dispositif de veille Evrest (<http://evrest.istnf.fr/>). Evrest (Evolutions et Relations en Santé au Travail) est un observatoire en santé au travail créé il y a plus de 10 ans par des médecins du travail et des chercheurs. Les médecins volontaires alimentent une base de données nationale en interrogeant une population représentative (salariés nés en octobre) au cours des entretiens santé-travail dits périodiques. Ce dispositif peut être décliné à l'échelle d'une entreprise pour recueillir des indicateurs santé-travail et ainsi passer de l'individuel au collectif. Ces éléments permettent à l'équipe de présenter annuellement un rapport d'activité du service contenant des données de santé et de ressentis des conditions de travail qui éclaire le dialogue social.

Ces conclusions deviennent encore plus précises et plus pertinentes si elles associent synthèse collective des entretiens individuels menés sur un temps court et actions en milieu de travail : études

de poste, visites de locaux etc. On parle alors d'un véritable diagnostic santé-travail. Les entretiens s'appuient sur un questionnaire mettant en évidence les liens santé-travail, le recueil de verbatim illustre les résultats et éclaire les processus en œuvre.

3. Concept d'hôpital magnétique

Il s'agit d'un concept anglo-saxon à l'origine d'un programme de labellisation des hôpitaux américains. L'hôpital « magnétique » ou « aimant » est reconnu pour allier « des résultats sanitaires performants et des conditions de travail jugées favorables par les soignants » comme l'expose Matthieu Sibé, Maître de conférence en science de gestion, dans un chapitre de l'ouvrage collectif « *Stress, burn-out, harcèlement moral : de la souffrance au travail au management qualitatif* » (3). L'idée est de se focaliser sur les dimensions positives d'un contexte hospitalier qui favorisent le désir des soignants (particulièrement les infirmiers) de rester dans l'établissement.

C'est Kramer et Schmalenberg qui précisent les 8 dimensions essentielles qui définissent l'hôpital magnétique :

- une culture centrée sur les besoins du patient
- des soignants experts dans leur art
- un soutien fort de l'institution envers la formation des personnels
- un leadership infirmier de type transactionnel
- un mode de management participatif favorable à l'empowerment des soignants
- un climat relationnel collégial entre les médecins et les soignants
- une autonomie des soignants dans leur sphère de décision clinique
- une gestion des effectifs adéquate, adaptée à la charge de travail et aux besoins du patient

L'ensemble de ces composantes peut se mesurer à l'aide de questionnaires validés comme le « *Nursing Work Index* » (version Aiken & Patrician, 2000) et l'« *Essentials of Magnetism Tool* » (Kramer et Schmalenberg, 2004), en anglais.

Matthieu Sibé synthétise le concept autour de trois valeurs : « la bienveillance vis à vis des patients, le care », « l'autonomie dans un cadre organisé par des normes professionnelles » et la « complémentarité des actions des pouvoirs administratif, médical et soignant visant la responsabilisation et la coopération ».

METHODES

1. Elaboration du questionnaire

Certaines questions d'Evrest offrent plusieurs niveaux de réponse. Par exemple, la question de la reconnaissance s'évalue auprès du patient, des pairs, du cadre de santé et de la direction et la question des moyens regroupe les axes organisationnels, humains et matériels. Au moment de la rédaction du rapport annuel de l'équipe santé-travail, le médecin et l'infirmière constatent que ces questions généralistes restent trop imprécises pour proposer une orientation de plan d'action. Après la première session de cours du DIU « Soigner les soignants » où a été abordé rapidement la question de l'hôpital magnétique, des recherches bibliographiques nous ont permis d'envisager d'avoir recours à un nouvel outil ciblé sur les soignants.

Pour tenter d'aborder autant de contraintes que possible il a été décidé d'accoler des questions issues de plusieurs sources. Ainsi le questionnaire utilisé, dont les deux versions aides-soignants (ASD) et infirmiers (IDE) sont présentés en annexe regroupaient :

- Des items généraux sociodémographiques
- Le questionnaire de diagnostic rapide des niveaux de CPO dans les établissements de soins (5)
- Des questions issues d'Evrest
- Des questions complémentaires rédigées par l'équipe, proposées habituellement aux salariés de la structure en questions complémentaires Evrest
- Le questionnaire de diagnostic rapide des niveaux de TMS dans les établissements de soins (5)
- L'intégralité du volet santé d'Evrest

Questionnaire CPO

Ce questionnaire est une traduction du Nursing work index-extended organization (NWI-EO) dont l'utilisation a été validée en français par la cohorte ORSOSA (4), cohorte épidémiologique nationale conduite en 2006 dans 7 CHU (Grenoble, Bordeaux, Nancy, Toulouse, Limoges, Lille et Strasbourg). Il existe une version aide-soignant et une version infirmier, la variation se faisant sur la relation avec un autre corps de métier : les infirmiers pour aides-soignants, les médecins pour les infirmiers.

Le questionnaire a bien sûr été utilisé sans transformation et présenté en premier pour ne pas subir d'impact éventuel lié à une réflexion sur d'autres questions.

L'analyse du questionnaire consiste à calculer les scores individuels pour chacune des huit dimensions du questionnaire (entre 3,75 et 15 dans chacun des cas) à l'aide des formules puis d'en faire une moyenne à comparer à une valeur seuil. La valeur seuil a été définie comme la valeur du 75^{ème} percentile des scores obtenus lors de l'étude ORSOSA 1.

Si le score obtenu est supérieur au seuil, on parlera d'une unité « en alerte », en tirant les conclusions suivantes :

- Axe 1 : Organisation qui ne permet pas la communication.
- Axe 2 : Manque de support du cadre de santé
- Axe 3 : Effectifs insuffisants pour faire le travail
- Axe 4 : Interruptions fréquentes du travail

- Axe 5 : Mauvaises relations au sein de l'équipe soignante et médicale
- Axe 6 : Manque de partage de valeurs de travail
- Axe 7 : Manque de soutien de l'administration
- Axe 8 : Organisation qui ne permet pas le respect des congés.

Questionnaire TMS

Tout comme le questionnaire CPO, ce questionnaire validé par la cohorte ORSOSA permet de calculer les scores d'alerte sur des dimensions de facteurs de risques de troubles musculo-squelettiques.

- Contraintes de manipulation du malade
- Contraintes de manipulation autour du malade
- Gestes et postures
- Echelle de Borg

Le volet santé d'Evrest

Le volet santé d'Evrest vise l'infraclinique en recherchant des plaintes ou des signes cliniques même faibles sur les 7 derniers jours. En cas de réponse positive, une gêne dans le travail en raison de cette plainte est recherchée, ainsi que des soins en cours (traitement médicamenteux, soins de kinésithérapie, soutien psychologique...)

2. Comparaison Evrest

Afin de se situer, il est parfois présenté des données Evrest issues de l'échantillon national. Dans les établissements de soins, les symptômes de la sphère neuropsychique et les plaintes ostéo-articulaires sont fréquentes et il peut être difficile d'en mesurer la sévérité si l'on compare un établissement de soins à sa branche. En revanche, choisir de présenter les résultats nationaux tous métiers confondus permet de donner du poids à la plainte des soignants en éliminant les préjugés « tout le monde a mal à dos, tout le monde est fatigué, c'est sociétal ». Comme les populations des établissements de soins sont très majoritairement féminines, il est même préférable de proposer une comparaison avec les femmes de la base nationale.

Malgré des effectifs faibles, il a paru assez intéressant de proposer une présentation des données des 65 soignants ASD et IDE de jour, interrogés sur l'année 2021.

Il est important de garder à l'esprit que les comparaisons ne visent qu'à se donner des repères et qu'être mieux qu'ailleurs ne signifie pas forcément être bien.

3. Organisation des entretiens

Le suivi santé-travail des salariés de nuit a évolué depuis le décret de 2016 prévoyant un entretien santé-travail à l'échelle de 3 ans maximum. Concernant les soignants, et en raison d'une exposition professionnelle aux agents biologiques du groupe 3 et 4, ce suivi est renforcé prévoyant une visite médicale tous les 4 ans et un entretien infirmier intercalaire à 2 ans. Malgré ces obligations, les travailleurs de nuit apparaissent moins suivis. Le retard accumulé par la charge des services de santé au travail et la difficulté à convenir d'un rendez-vous en journée avec un personnel nocturne conduit à les oublier.

L'un des critères important à la réalisation d'un diagnostic santé travail étant la temporalité courte des entretiens, il a fallu proposer une action exceptionnelle en termes d'organisation.

Après échange avec les élus et la direction, il a été proposé que les entretiens se déroulent la nuit à partir de 21h30, pour respecter le premier tour de soins, et au sein des services. L'intérêt de venir dans les services est double : il permet au soignant de rester dans son service sans laisser son collègue en situation de travail isolé et il permet au médecin de visualiser les locaux la nuit ainsi que des situations de travail qui enrichissent sa compréhension. Il était également convenu de ne pas fixer de rendez-vous précis pour s'adapter aux contraintes immédiates du soignant et le laisser maître de la durée de son entretien. Le soignant choisissait le lieu de l'échange : le bureau du cadre, la salle de repas, une salle famille...

Le médecin était équipé d'un ordinateur portable pour avoir accès à son logiciel métier contenant les éléments du dossier médical santé-travail informatisé et ainsi tracer l'entretien.

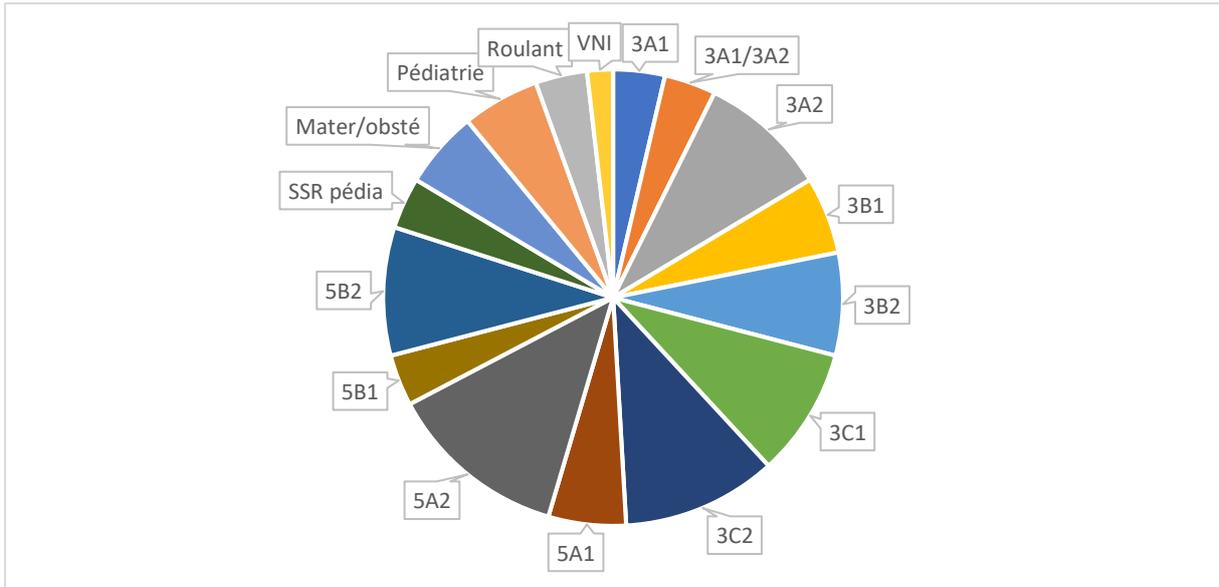
4. Analyse des réponses et conservation des données

A partir du logiciel Excel, les réponses au questionnaire ont été analysées après recueil des données de façon anonyme grâce au numéro de salarié. Aucune analyse statistique n'était prévue : la population est trop petite, il n'y a pas de population de comparaison pour l'ensemble des questions et le mode de recueil des réponses peu souffrir d'un manque de systématisme. L'objectif du questionnaire est de confronter le salarié aux questions pour évoquer de manière systématique de nombreux axes puis de se donner un ordre d'idée de la situation collective. Le chiffre éclaire le propos, permet de graduer les problématiques et les axes de d'actions, ce qui paraît suffisant. Les conclusions ne doivent se concevoir que dans une approche quanti-qualitative.

Les questionnaires papiers comprenant les réponses ont été versés au dossier santé travail de chaque salarié.

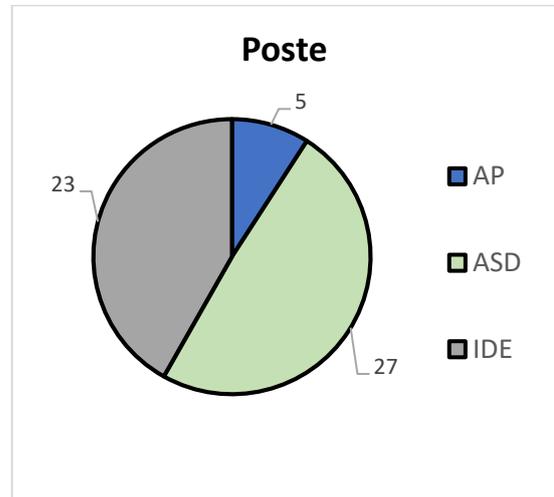
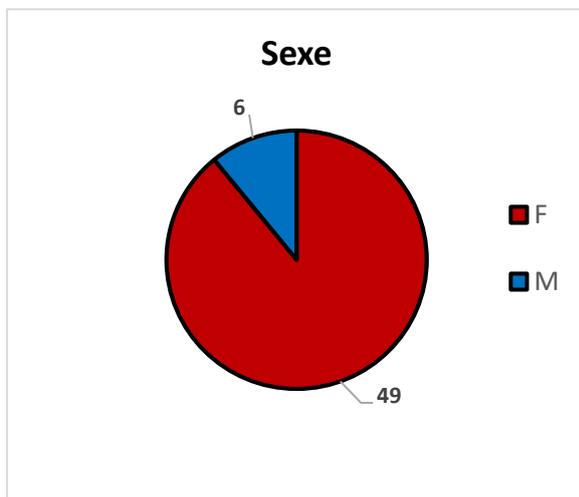
RESULTATS

Entre fin avril et mi-juillet 2022, 55 salariés travaillant de nuit au sein de l'établissement ont été interrogés. Il a été difficile d'obtenir une liste des salariés en CDI et CDD longs de la part des ressources humaines. La liste établie en juillet ne comportait plus que 4 salariés non vus, ceux-ci étant en arrêt maladie ou en congés. On peut donc considérer avoir une population représentative car quasi exhaustive. Aucun service n'a été oublié, même s'ils ne sont pas tous représentés de la même manière, les effectifs de médecine étant plus importants par rapport au SSR et certains services ayant plus recours aux vacataires.

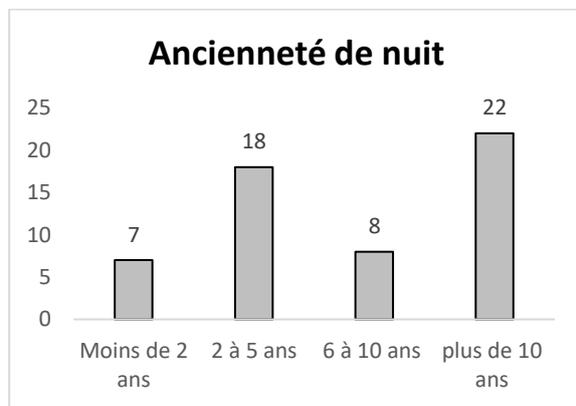
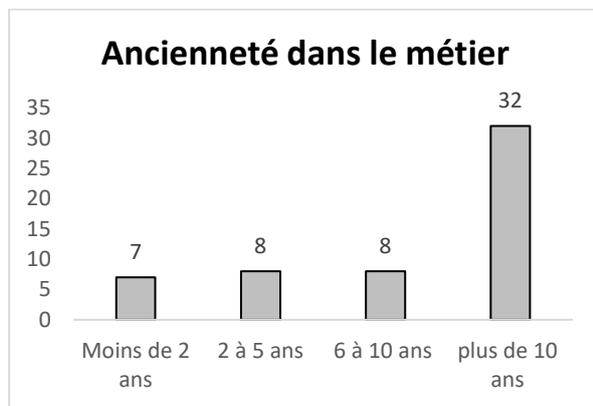
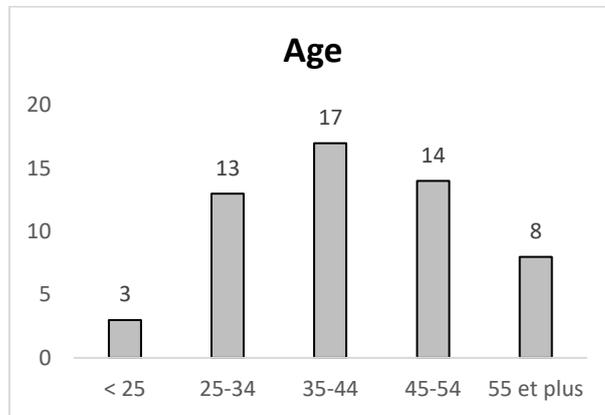


1. Caractéristiques générales de la population

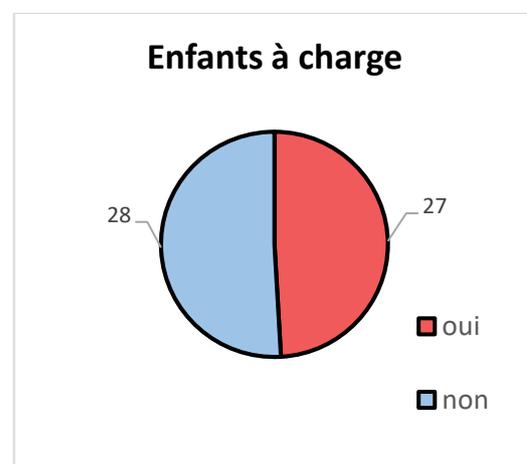
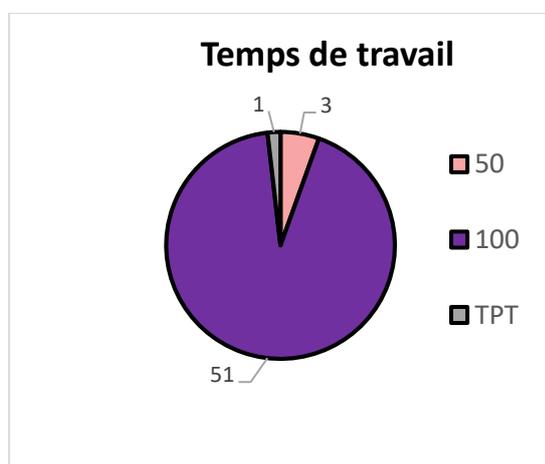
Les graphiques présentés ci-dessous permettent d'identifier les caractéristiques de cette population. Elle est très majoritairement féminine (à 89%) ce qui est habituel pour le milieu de soin. Aussi, pour coller au langage usuel en CSSCT, il est pris parti ici d'utiliser le genre féminin dans le reste de la présentation des résultats. Trois métiers sont représentés : les infirmières diplômées d'État (IDE), les aides-soignantes diplômées d'État (ASD) et les auxiliaires de puériculture (AP).



La pyramide des âges est assez bien distribuée et on note une ancienneté assez importante : près de 60% des soignantes ont plus de 10 ans d'expérience dans leur métier. Leur ancienneté sur ce rythme de travail est également important puisque 72% de ces soignantes exerce de nuit depuis plus de 6 ans.



Elles ont changé de poste dans les 2 dernières années pour 40% d'entre elles. Il peut s'agir d'une arrivée sur l'établissement, d'un changement de service ou également d'un changement de temps de travail. Pour 4 salariées, ce changement était en lien avec un motif médical : 3 sont passées à 50% (complété par une invalidité 1^{ère} catégorie pour 2 d'entre elles), la quatrième ayant dû être changée de service pour mettre fin à un conflit interpersonnel avec une collègue. Le temps partiel reste ainsi très minoritaire dans cette population. Une seule salariée était actuellement en temps partiel thérapeutique (TPT).



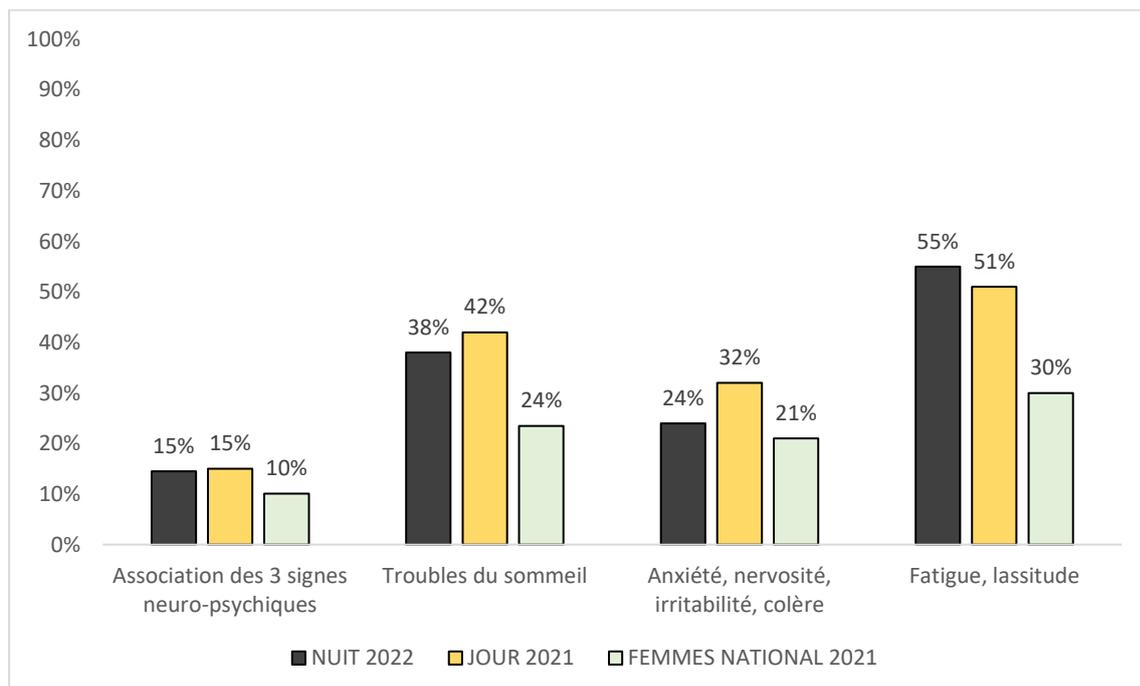
2. Choix du travail de nuit

Interrogées sur les éléments de motivation à ce choix de poste de nuit, elles retiennent essentiellement la question de la conciliation avec la vie personnelle et notamment la contrainte de garde des enfants ainsi qu'une meilleure relation avec les patients. On comprend même souvent que c'est la situation familiale qui a initié le changement de rythme de travail et que c'est la relation avec le patient qui conduit à poursuivre, quand bien même les enfants ne seraient désormais plus à la maison.

Rythme plus physiologique	31%
Opportunité de CDI	18%
Conciliation garde des enfants	56%
Meilleur salaire	29%
Meilleures conditions de travail	24%
Meilleures relations avec les patients	53%

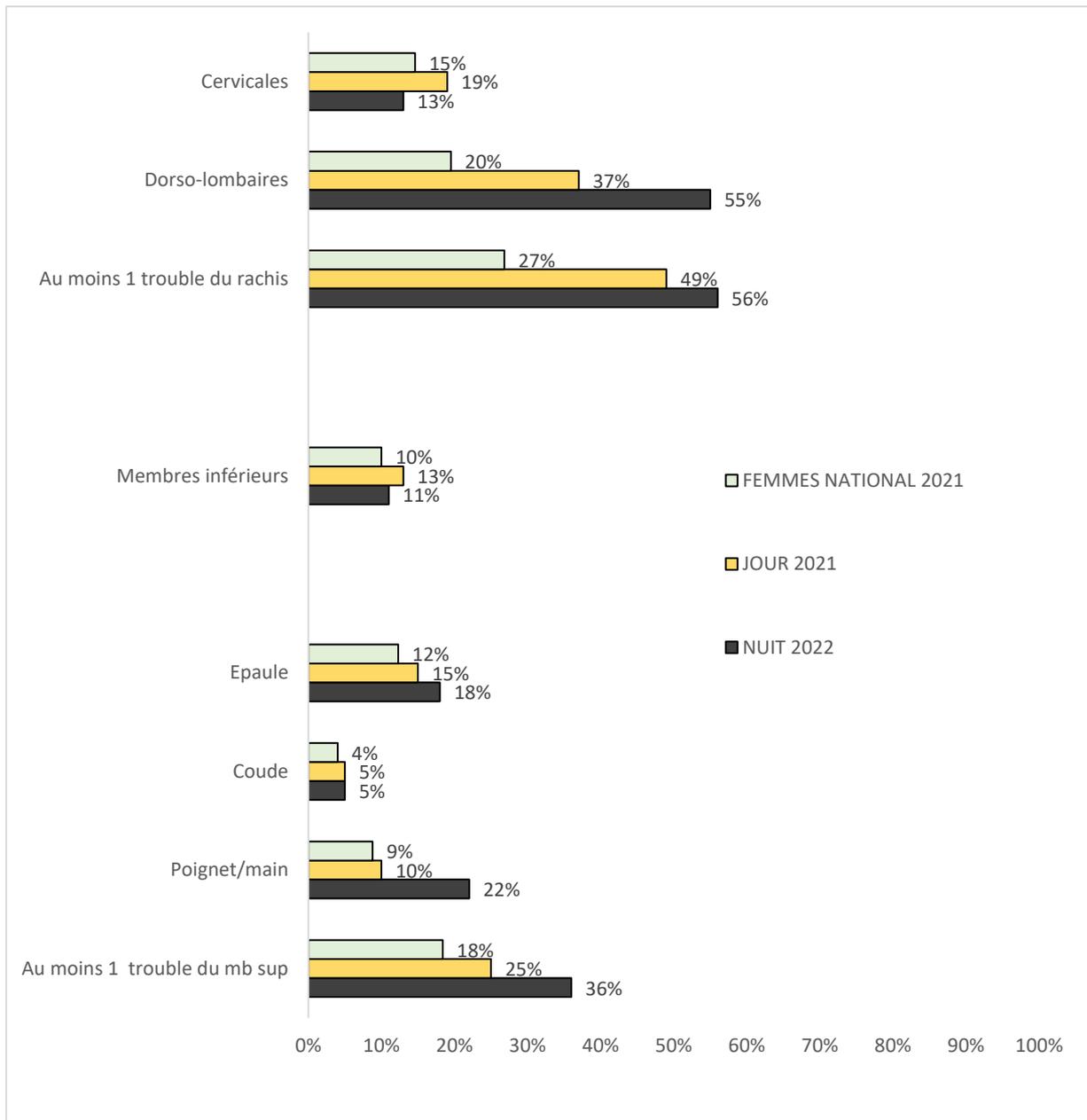
3. Santé perçue

3.1. Plaintes neuro-psychiques



On constate une fatigue qui concerne près d'un salarié sur deux. On retrouve des troubles du sommeil mais pas de manière explosive si l'on se donne pour référence les soignants de jour. Il semble que la typologie des troubles du sommeil soit assez différente que ceux décrit en journée. Les salariées évoquent un sommeil trop court plus qu'un sommeil de mauvaise qualité (perturbé par des mauvais rêves ou une cogitation anxieuse). Concernant la fatigue, elles semblent la décrire plus particulièrement à la troisième nuit travaillée comme étant le cumul du décalage d'horaire et surtout de la charge physique de 3 nuits en 12 heures. Parmi les salariés rapportant des troubles du sommeil, seulement 6 ont recours à des traitements pour tenter de parer au problème. Il s'agit essentiellement de mélatonine et de plantes. Le recours au psychotropes n'est qu'exceptionnel.

3.2. Plaintes ostéo-articulaires



Les plaintes ostéo-articulaires apparaissent très fréquentes. Pour les membres supérieurs, on retient des syndromes du canal carpien, des tendinites de De Quervain, des doigts à ressaut, des épicondylites et bien sur des tendinites de la coiffe des rotateurs. Ces pathologies entraînent fréquemment une gêne dans le travail mais ce sont les plaintes du rachis lombaires qui poussent le plus à consulter et à recourir à des soins. 22% des soignantes de l'équipe de nuit ont eu recours à des antalgiques ou des soins de kinésithérapie dans les 7 derniers jours pour une douleur dorso-lombaire.

4. Contraintes psychosociales et organisationnelles

4.1. Résultats issus du questionnaires CPO

Pour rappel, l'enquête ORSOSA a fixé un seuil d'alerte pour chacun des axes, qui diffère parfois entre le groupe IDE et le groupe ASD. La moyenne des scores du groupe est comparée avec cette valeur seuil.

Tableau de synthèse des scores individuels pour chaque axe chez les infirmières

	ORGANISATION	CADRE	EFFECTIFS	INTERRUPTIONS	RELATIONS	VALEURS	ADMINISTRATION	CONGES
IDE 1	12,75		11,25	13,75	8,75	3,75	13,125	9,375
IDE 2	4,5	3,75	3,75	6,25	8,75	7,5	5,625	3,75
IDE 3	12	10	13,125	12,5	12,5	11,25	11,25	7,5
IDE 4	8,25	7,5	11,25	11,25	7,5	7,5	9,375	7,5
IDE 5	9	3,75	11,25	12,5	3,75	11,25	7,5	9,375
IDE 6	6	3,75	5,625	11,25	8,75	3,75	3,75	3,75
IDE 7	8,25	7,5	11,25	11,25	8,75	9,375	9,375	11,25
IDE 8	9	7,5	7,5	10	11,25	7,5	7,5	9,375
IDE 9	9	3,75	11,25	11,25	6,25	3,75	15	11,25
IDE 10	10,5	7,5	11,25	15	7,5	7,5	15	9,375
IDE 11	12,75	13,75	15	15	15	7,5	15	7,5
IDE 12	9	5	11,25	10	11,25	7,5	11,25	7,5
IDE 13	5,25	8,75	11,25	11,25	6,25	3,75	5,625	7,5
IDE 14	8,25		11,25	12,5	10	13,125	7,5	5,625
IDE 15	12		11,25	13,75	11,25	9,375	7,5	7,5
IDE 16	9,75	15	9,375	11,25	11,25	11,25	11,25	5,625
IDE 17	6	5	5,625	5	10	7,5	11,25	3,75
IDE 18	9,75	8,75	11,25	10	12,5	7,5	11,25	7,5
IDE 19	9	7,5	15	10	6,25	7,5	11,25	11,25
IDE 20	8,25	5	15	11,25	7,5	9,375	7,5	7,5
IDE 21	3,75	1,25	3,75	11,25		3,75	9,375	3,75
IDE 22	9	5	7,5	8,75	10	7,5	15	9,375
IDE 23	8,25	7,5	11,25	15	6,25	7,5	9,375	7,5

Tableau de synthèse des résultats collectifs chez les infirmières

	ORGANISATION	CADRE	EFFECTIFS	INTERRUPTIONS	RELATIONS	VALEURS	ADMINISTRATION	CONGES
Moyenne	8,71	6,88	10,27	11,30	9,15	7,66	10,03	7,58
Seuil	9,97	9,43	11,25	7,50	8,75	9,24	13,31	10,42
Alerte	NON	NON	NON	OUI	OUI	NON	NON	NON

Sur la simple comparaison entre moyenne et valeur seuil, on retient une alerte pour les IDE sur les axes « interruptions de tâches » et « relations avec les médecins ». Néanmoins, même si la moyenne pour l'axe « effectifs » est inférieure à la valeur seuil, on est interpellé par un grand nombre de scores individuels supérieurs à cette limite. Il semble judicieux de l'interpréter comme un point de vigilance sérieux.

Tableau de synthèse des scores individuels pour chaque axe chez les aides-soignantes et auxiliaires

	ORGA	CADRE	EFFECTIFS	INTERRUPTIONS	RELATIONS	VALEURS	ADMIN	CONGES
ASD/AP 1			13,125	11,25	8,75	15	15	7,5
ASD/AP 2		7,5	11,25	7,5	5	7,5	7,5	
ASD/AP 3	8,25		11,25	12,5	5	5,625	7,5	5,625
ASD/AP 4	7,5		9,375	10	7,5		9,375	5,625
ASD/AP 5	8,25	6,25	13,125	13,75	3,75	5,625	9,375	9,375
ASD/AP 6	10,5	7,5	9,375	6,25	6,25	3,75	9,375	5,625
ASD/AP 7	7,5	12,5	7,5	11,25	7,5	5,625	13,125	5,625
ASD/AP 8	7,5		7,5	8,75	6,25	7,5	9,375	7,5
ASD/AP 9	8,25	7,5	9,375	12,5	8,75	9,375	7,5	5,625
ASD/AP 10	8,25	7,5	9,375	11,25	3,75	3,75	7,5	3,75
ASD/AP 11	10,5		15	12,5		5,625	7,5	9,375
ASD/AP 12	8,25		11,25	10	10	7,5	11,25	9,375
ASD/AP 13	8,25	6,25	7,5	10	6,25	7,5	7,5	7,5
ASD/AP 14	8,25	11,25	15	8,75	5	7,5	9,375	7,5
ASD/AP 15	10,5	3,75	11,25	12,5	3,75	7,5	15	9,375
ASD/AP 16	9,75	8,75	11,25	10	10	11,25	11,25	9,375
ASD/AP 17	9		11,25	11,25	6,25	9,375	9,375	11,25
ASD/AP 18	9,75	12,5	11,25	12,5	7,5	11,25	15	3,75
ASD/AP 19	9	7,5	11,25	11,25	8,75	7,5	7,5	3,75
ASD/AP 20	5,25	13,75	11,25	15	6,25	3,75	1,875	15
ASD/AP 21	9	6,25	7,5	11,25	6,25	7,5	7,5	7,5
ASD/AP 22	7,5		3,75	8,75	3,75	7,5	7,5	11,25
ASD/AP 23	8,25	3,75	11,25	10		3,75	3,75	9,375
ASD/AP 24	6	5	11,25	15	3,75	9,375	5,625	5,625
ASD/AP 25	6	3,75	11,25	11,25	3,75	3,75	11,25	5,625
ASD/AP 26	4,5	7,5	15	10	8,75	11,25	3,75	9,375
ASD/AP 27	9	7,5	11,25	12,5	7,5	7,5	7,5	5,625
ASD/AP 28	5,25	7,5	15	15	5	7,5	15	11,25
ASD/AP 29	6,75	2,5	11,25	13,75	5	7,5	11,25	9,375
ASD/AP 30	9	11,25	11,25	11,25	7,5	7,5	7,5	7,5
ASD/AP 31	6	3,75	15	12,5	3,75	11,25	9,375	5,625
ASD/AP 32	9,75	13,75	11,25	11,25	8,75	9,375	9,375	5,625

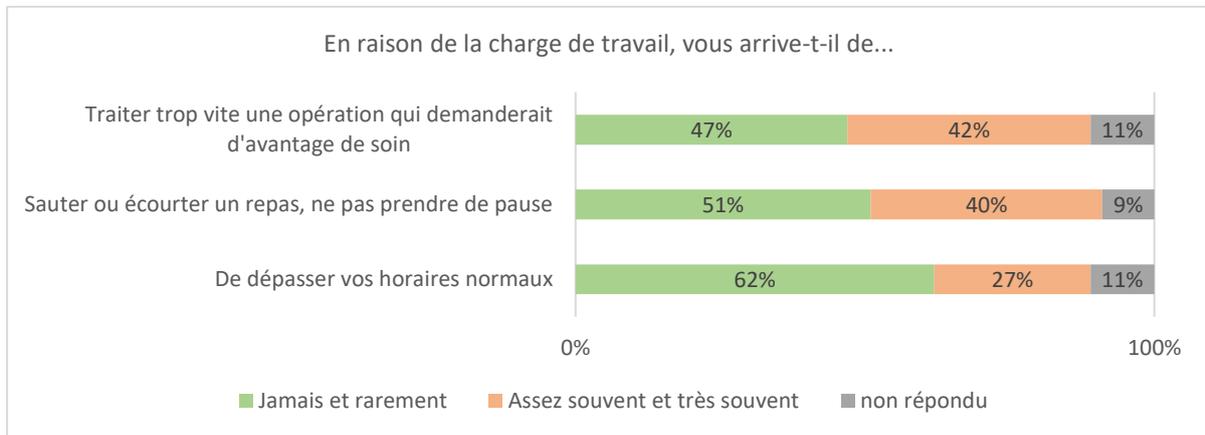
Tableau de synthèse des résultats collectifs chez les aides-soignantes et auxiliaires

	ORGANISATION	CADRE	EFFECTIFS	INTERRUPTIONS	RELATIONS	VALEURS	ADMINISTRATION	CONGES
Moyenne	8,05	7,71	11,02	11,29	6,33	7,62	9,08	7,62
Seuil	9,37	9,5	12	8,28	8,4	9,37	12,86	10,37
Alerte	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	NON	NON

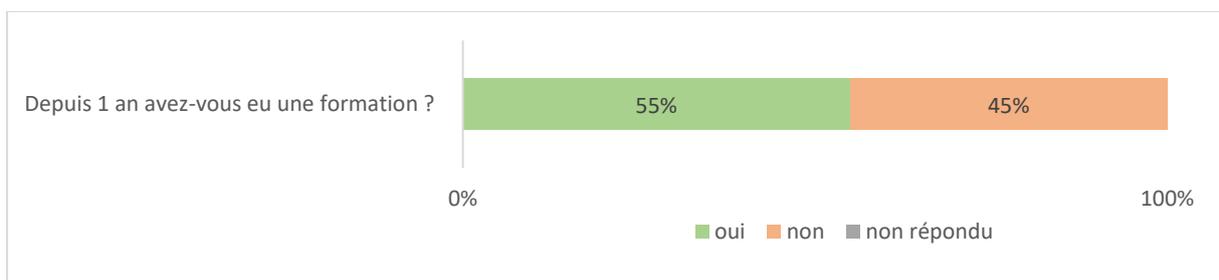
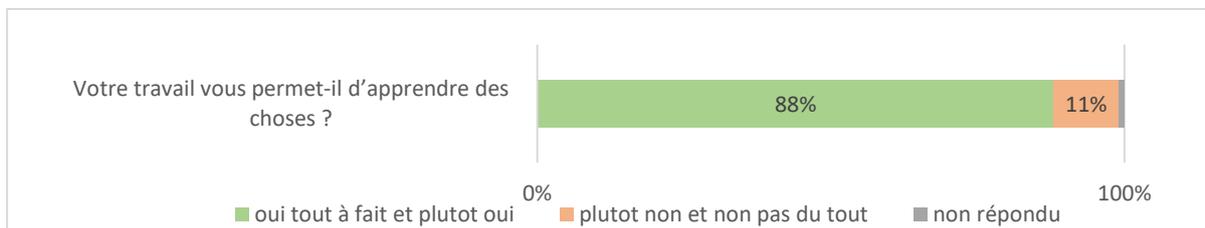
Concernant les ASD, le constat présente une similitude avec une alerte sur l'axe « interruption de tâches », mais on est surtout interpellé par les données manquantes. En effet, 8 ASD sur 32 ont refusé de se prononcer sur les questions impliquant les cadres de santé. Elles se sentaient tellement peu concernées par ce lien hiérarchique qu'elles ne souhaitaient pas risquer de transmettre un message

faussement rassurant ou au contraire éventuellement compromettant pour les cadres des services. Cette réticence s'est retrouvée chez les IDE mais après échange, elles ont plus facilement accepté de trancher ces questions.

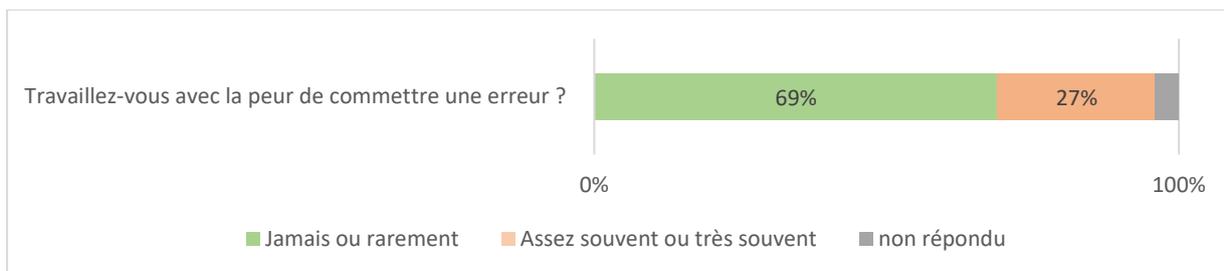
4.2. Résultats issus des questions Evrest et complémentaires



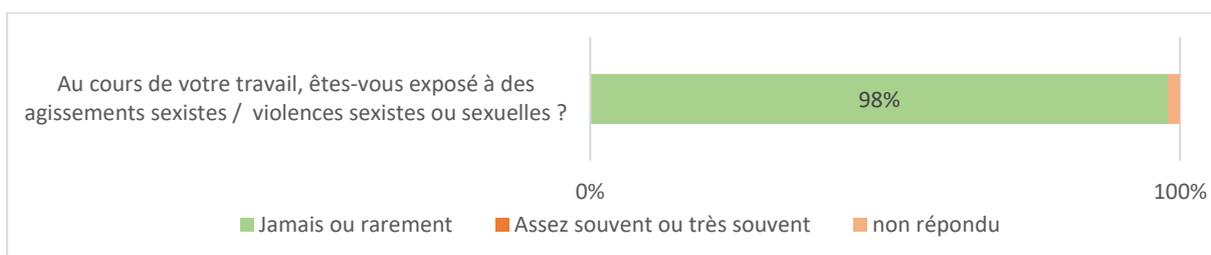
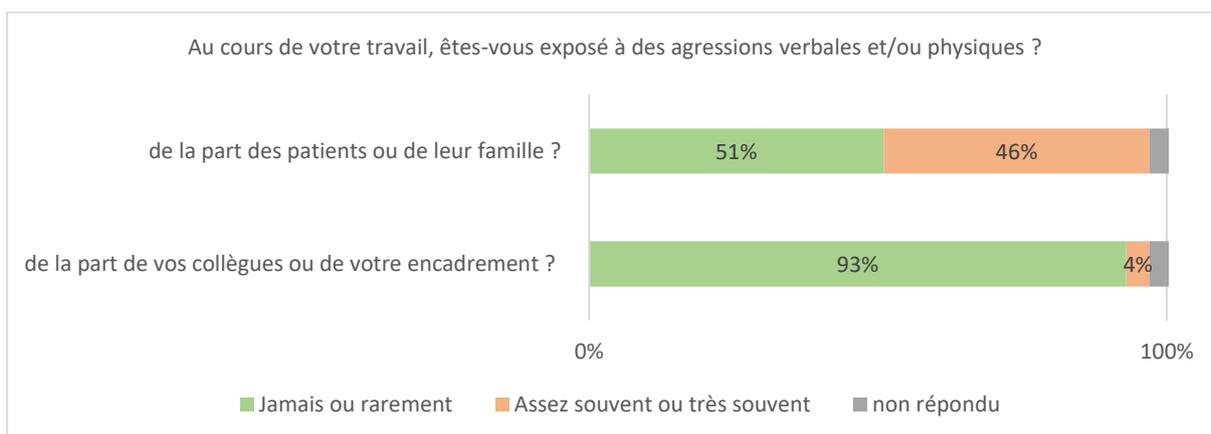
Alors que spontanément les soignants de nuit disent avoir plus temps auprès des patients qu'en journée, on constate qu'ils sont encore 42% à traiter trop vite une opération qui demanderait d'avantage de soin. On retrouve un pourcentage identique en journée. De la même façon, on peut être surpris que 40% des soignants de nuit écourte leur pause alors qu'ils ne sont que 24% en journée.



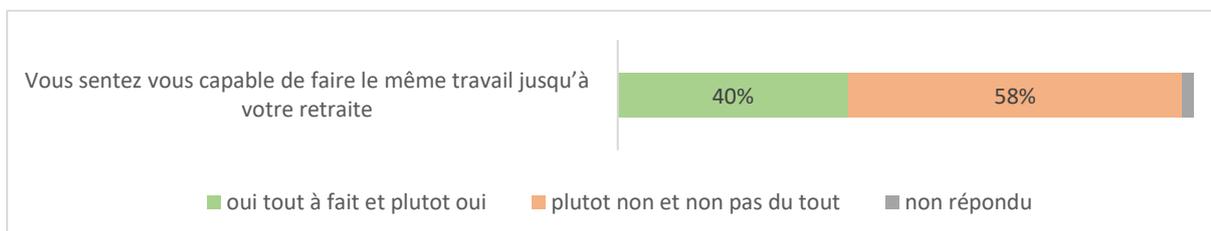
Les salariées ont noté que la crise sanitaire a suspendu de nombreuses formations.



La peur de l'erreur concerne plutôt les infirmières. Le pourcentage est identique en journée (28%).



Concernant la violence, celle émanant des patients et des familles apparaît forte la nuit. Elle apparaissait fréquente pour seulement 32% des soignants de jour. Les soignants font pourtant la part des choses entre une agressivité physique et/ou verbale liée à une pathologie (confusion, démence) et des actes « volontaires ». Ils considèrent que la violence, avec sa composante volontaire, est en augmentation dans le milieu du soin.



On retrouve la même proportion de réponse négative qu'en journée (60%). 28 salariées parmi les 32 qui ont répondu « non » évoque la soutenabilité physique du poste et le rythme usant. 10 salariés évoquent la charge émotionnelle du métier.

5. Contraintes physiques

Les soignantes ont eu du mal à se projeter sur les formulations du questionnaire contraintes TMS en termes de cotations sur l'ensemble d'un poste, tant sur le nombre de fois que sur le temps total.

Au moment de l'analyse, il a été constaté qu'une question fut oubliée lors de la création du questionnaire. Ainsi, le calcul d'un score sur les contraintes de manipulation autour du malade est impossible.

Pour les ASD et AP, la moyenne des scores concernant les contraintes liées à la manipulation du malade est de 6,44 pour un seuil d'alerte à 8,65. Concernant les gestes et postures, le score moyen est à 8,76 pour un seuil d'alerte à 8,14. L'échelle de Borg sur 10 retient un score moyen de 6,9 pour ce groupe. 20 salariées parmi les 32 ont entouré un score supérieur ou égal à 7/10 ce qui correspond à effort physique dit « dur ».

Pour les IDE, la moyenne des scores concernant les contraintes liées à la manipulation du malade est de 6,74 pour un seuil d'alerte à 6,15. Concernant les gestes et postures, le score moyen est à 7,95 pour un seuil d'alerte à 6,85. L'échelle de Borg sur 10 retient un score moyen à 6,4 pour ce groupe. 11 salariées parmi les 23 ont entouré un score supérieur ou égal à 7/10 qui correspond à effort physique dit « dur ».

On retient donc que selon les soignantes, les contraintes physiques de manutentions, de gestes et de postures ne sont pas anecdotiques. Le score de Borg le reflète bien.

DISCUSSION

1. Entretiens santé travail et avis d'aptitude.

Certains pourront être étonnés de la méthode : des visites médicales dans les services ? Sans examen clinique complet ? C'était la première remarque des soignants, très vite estompée. Les deux axes cliniques qui pourraient entraver l'aptitude sont la sphère neuro-psychique et la sphère locomotrice. L'entretien permet d'explorer précisément le premier axe et un examen locomoteur peut parfaitement être réalisé en tenue de travail au sein d'un service. Aller à la rencontre d'un soignant en pleine activité, le voir circuler dans son service, pousser les importantes portes coupe-feu et choisir un siège pour tenter de s'installer confortablement est riche d'informations. Si nécessaire, une seconde consultation dans d'autres circonstances restait possible, ce qui a été le cas pour deux personnes. Des résultats d'examens complémentaires ou carnet de vaccinations ont pu être transmis au médecin du travail dans un second temps.

2. Analyse statistique, qualité de recueil des données.

Le questionnaire est ici utilisé comme un outil qui permet d'aborder de façon systématique un certain nombre d'axes de réflexion sur les conditions de travail. L'enjeu de ces entretiens est bien d'avoir un temps d'échange sur le travail et la santé : cocher des cases n'étant pas une finalité en soi. Ainsi, certains entretiens ont pu s'attarder sur une thématique ou une autre sans que le médecin puisse « contraindre » le salarié au remplissage de l'intégralité du questionnaire. Il y a donc en analyse finale un certain nombre de réponses manquantes. Les chiffres présentés n'ont pour objectif que de se donner un ordre d'idée des réponses, aucune analyse statistique poussée n'était prévue et n'a été réalisée, les questions de puissance et de biais éventuels doivent être écartées.

3. Analyse des réponses et de leur commentaire.

3.1. Organisation et communication

Les questions sur l'organisation qui permet la communication ont amenés fréquemment la question de la relève. Elle est souvent décrite comme trop courte, mais également comme « peu pertinente » et « mal organisée ». Certains soignants déplorent des transmissions pleines de détails mais qui semblent passer à côté de l'essentiel et se demandent s'il ne serait pas utile de prévoir des formations à des relèves synthétiques et pertinentes. Face à la charge de travail aux horaires de prises de poste, certains déplorent des adaptations conduisent à des demies relèves ou des relèves successives qui risquent de modifier l'information. Si les aides-soignantes apprécient d'avoir des informations pratiques de leurs homologues, elles insistent pour ne pas être écartées des éléments plus techniques, plus médicaux qui impactent leurs soins et parfois leurs risques professionnels (consignes biologiques et traitements dangereux).

3.2. Rôle du cadre de santé

Il serait abusif de rapporter que l'ensemble des cadres de la structure abandonne les équipes de nuit. Plusieurs services témoignent d'une véritable présence, certains cadres décalant de temps en temps leur fin de poste. Cette présence est parfois plus distante à travers des appels et des mails mais dont le fond et la forme de l'échange répondent aux attentes du soignant. On retient néanmoins que les soignants de nuits refusent souvent de se prononcer sur leur relation avec leur cadre ou son

fonctionnement vis-à-vis des équipes et des médecins puisqu'ils disent ne pas le connaître ou trop peu. Il existe un réel sentiment d'abandon qui génère un sentiment d'appartenance à une « équipe de nuit » et renforce le clivage avec « l'équipe de jour ». En découle directement, la non-participation aux projets de service.

Verbatim

Le soignant : « *La cadre ? Je n'ai pas envie de l'enfoncer, je ne souhaite pas répondre, peut être que l'équipe de jour en est satisfaite, mais moi je ne la connais tout simplement pas.* »

Le médecin : « *Est-ce un problème ?* »

Le soignant : « *Ça me donne le sentiment que je ne fais pas partie de ce service* »

« *C'est plus facile pour moi parce que je connais bien la cadre du service d'en face où j'ai été de jour pendant longtemps, alors je n'hésite pas à la solliciter elle si besoin* »

Le soignant : « *Elle est top R.* » (NdR, le soignant désigne une assistante de la direction des soins infirmiers en charge des plannings ASD)

Le médecin : « *Mais c'est pas votre cadre...Elle est même pas cadre.* »

Le soignant : « *Et bien il me semble pourtant que c'est la seule personne qui prend vraiment soin de nous.* »

« *Je suis nouvelle, ça fait 6 mois que je suis là, personne ne m'a téléphoné pour prendre de mes nouvelles* »

3.3. Effectifs et charge de travail

a. La patientèle qui change

La patientèle n'est plus la même qu'il y a 20 ans. Les raisons sont multiples. On peut évoquer des éléments démographiques comme le vieillissement de la population, la sédentarisation et l'augmentation du surpoids et de l'obésité ainsi que l'évolution du système de soin (développement de l'ambulatoire, réduction du nombre de lits d'hospitalisation) qui pousse à une sélection de patients plus graves. On entend constamment les soignants mesurer leur charge en nombre de « toilettes totales » reflétant le plus bas niveau d'autonomie d'un patient.

Les soignants notent que les patients hospitalisés pour Covid sont régulièrement en situation d'obésité et que la part de patientèle gériatrique ne fait que s'accroître dans l'ensemble des services. Il existe d'ailleurs un sentiment de non reconnaissance des actes médicaux et infirmiers de cette prise en charge gériatrique. Une infirmière d'un service SSR évoque avec un néologisme ces patients « *inséssérissables* » (qui ne relèvent pas vraiment du SSR tellement ils ont des problèmes médicaux à gérer).

b. Gestion des effectifs

Les soignants ont majoritairement l'impression que la direction comprend leur difficulté et ils notent des éléments réels pour tenter de limiter le manque de soignants : outil Hublo® (application téléphonique) pour plus de réactivité, prime pour les IDE, renfort, augmentation des effectifs. Pourtant ils ne comprennent pas toujours la répartition des renforts. Alors qu'ils témoignent régulièrement du

caractère imprévisible de la charge de travail, les soignants attendent de l'administration une gestion d'effectifs presque divinatoire. On peut par contre accepter la remarque qui consiste à dire que si un renfort a été positionné en journée à la demande de l'équipe de jour alors prévoir un renfort la nuit appartient au bon sens. Les soignants de nuit ont l'impression que cette décision n'est pas systématiquement prise.

c. Travail non quantifiable

A l'instar des soignants de jour, les soignants de nuit déplorent une recherche de quantification de leurs actes et de leur productivité comme si la qualité d'une prise en charge se jugeait au regard d'un nombre de moyens déployés plutôt qu'au résultat. C'est un sentiment général qui est sûrement plus en lien avec le fonctionnement des services de soins (tarification à l'acte) qu'avec des directives d'établissement. Ainsi, les soignants de nuit pensent que les situations « bruyantes » qui ont conduit à solliciter un interne, un médecin ou un cadre et ont engendré des prescriptions et des actes sont qualifiées de travail normal. *« On a l'impression que pour eux [en référence à la direction], si on n'a pas galéré on a pas travaillé ».*

d. Travail équitable

Les soignants de nuit ont le sentiment qu'on cherche toujours à les occuper et si possible autant que les soignants de jour. Pourtant il leur semble qu'à pénibilité différente, le travail doit être équitable plus qu'égalitaire. Travailler de nuit même quand c'est choisi et qu'on n'envisage plus de retravailler de jour reste une contrainte : vie sociale perturbée, risques pour la santé, altération irréversible du sommeil... Ils ont conscience des limites de leur corps et décrivent les baisses de vigilance de milieu de nuit. Il leur paraît donc normal d'avoir des temps calmes, des temps de répit et même pourquoi pas une part d'inactivité qui serait finalement le témoin d'une mission accomplie : *« moi je pense que j'ai bien fait mon travail si le matin le patient se réveille reposé parce qu'il a dormi ».*

e. Charge de travail irrégulière

L'ensemble des soignants de nuit interrogé expose bien ce phénomène d'irrégularité de charge avec une pression temporelle et psychologique très forte durant les tours de soins qui ont tendance à devenir de plus en plus longs parce qu'il est important de les faire « bien ». La réussite du premier tour semble conditionner le reste de la nuit : prise en charge de l'anxiété et de la douleur, installation dans le lit... *« On ne peut pas lisser notre travail sur la nuit, il est nécessairement en dents de scie »*

3.4. Interruptions fréquentes du travail

Scène de vie dans le service

On arrive dans la salle de soins, il est 1h du matin. Une interne semble affairée à remplir un dossier, des documents. Au sol, une aide-soignante sur un matelas. Lorsqu'on indique qu'on cherche l'infirmière C, l'aide-soignante répond que cette infirmière est actuellement bien occupée par le décès inattendu d'un patient et qu'elle n'aura pas de temps à nous accorder. L'aide-soignante est vacataire. Quand l'infirmière surgit, on s'excuse promettant qu'on reviendra un autre jour. Elle s'approche pour nous expliquer la situation : ce décès n'était pas attendu ce soir d'autant qu'elle a eu des soucis avec une perfusion qui la mise en retard.

Faut-il continuer de l'écouter parce qu'elle exprime des choses et cherche peut-être du soutien ? Faut-il s'éclipser pour ne pas la pénaliser plus dans le déroulement de sa nuit ? Pourquoi sa collègue aide-soignante est au sol, en repos quand l'infirmière et l'interne s'agitent autour d'un cadavre ?

Scène de vie dans le service

On pousse la lourde porte coupe-feu de la gériatrie. Dans la chambre juste à gauche, une soignante tient la main d'une dame lui dit : « je ne veux pas être là, je vous embête, je vous dérange ». Ce à quoi évidemment la soignante répond par la négative. Deux chambres plus loin sur la droite, un patient qui était installé assis au bord de son lit, vient de basculer vers l'arrière. Sa nuque butte sur la barrière du lit, il a probablement mal, il crie au secours. Une soignante intervient, elle tourne autour du lit plusieurs fois pour trouver la meilleure technique pour le relever. Elle n'appelle pas sa collègue à la rescousse. Les deux soignantes sont occupées quand surgit hors de la nuit au milieu du couloir, une mamie déambulant en chemise d'hôpital., La soignante tout en redressant le monsieur lui lance « Mme X, retournez dans votre chambre, j'arrive ! ». Plus loin dans le service, on entend d'autres appels, gémissements voire cris.

3.5. Relations avec l'équipe médicale

Les soignants de nuit ne sont pas des veilleurs et se demandent comment faire comprendre aux médecins prescripteurs les besoins spécifiques des patients la nuit. Centrés sur les besoins primaires, les soignants de nuit sont les gardiens du sommeil de leurs patients. Ainsi, assurer le sommeil devient un soin et les soignants de nuit savent combien il peut être difficile de tomber dans les bras de Morphée à l'hôpital. Perte de repères, stress psychique lié à la pathologie, douleur, administration nocturne de traitement, va et vient des soignants dans les couloirs, appels ou hurlements des autres patients, sont autant de source de fragmentation du sommeil voire de véritable insomnie. Ainsi, les soignants de nuit demandent, « quémament » comme ils disent, assez rapidement une thérapeutique médicamenteuse pour le sommeil. S'ils comprennent l'évolution des pratiques médicales et la tentative de diminution des médicaments, ils supportent mal l'idée de devoir attendre la preuve par l'exemple pour obtenir un traitement après 3 nuits difficiles. Cette position médicale qui semble se refuser à prescrire de façon systématique des traitements en « si besoin » apparaît aux soignants comme la non reconnaissance de leur expérience passée et de leur expertise immédiate. Ils n'ont pas pour ambition d'assommer sans réfléchir mais bien de soulager si nécessaire. Quand la situation devient ingérable et qu'elle entraîne un risque pour le patient et le soignant (risque de chute notamment), les soignants sollicitent les internes de garde mais ont encore le sentiment de devoir « supplier ». En l'absence de lien direct avec les médecins, ils doivent confier leur ressenti aux collègues de jour au moment de la relève, qui transmettront ou non la remarque. Ils ont donc la sensation que leur impact sur la prise en charge thérapeutique globale est limitée ;

Il est par ailleurs étonnant de constater que certains soignants ne connaissent pas les médecins du service. Ils évoquent le fait qu'il est difficile de prendre en charge un patient et le conseiller sans savoir ce que le médecin lui a dit et comment il le lui a dit.

3.6. Partage de valeurs

Les aides-soignants notent un changement de conception du travail en équipe avec les infirmiers : il leur semble que les « petites jeunes » auraient plus tendance à travailler en solo sur leurs soins techniques, se détournant de leur participation au nursing. Cependant, on comprend que l'aspect générationnel est plus en lien avec l'année d'obtention du diplôme qu'avec l'âge du soignant. Ce postulat est encore à modérer par la carrière professionnelle globale du jeune diplômé. On note ainsi que des IDE fraîchement diplômés mais ayant une expérience d'aide-soignant participent bien plus volontiers aux tâches communément attribuées à cette fonction. En retour, les jeunes IDE évoquent l'impact des interruptions de tâches fréquentes liées aux demandes d'aides des ASD. Ils disent ne pas pouvoir se libérer constamment probablement pour rester concentrer sur leurs tâches. Est-ce symptomatique d'un changement dans l'enseignement et la conception du métier d'IDE ou est-ce le reflet de la surcharge et du mal-être des IDE ?

3.7. Respect des congés.

a. Respect du repos

Les soignants sont satisfaits de l'application téléphonique Hublo permettant la recherche de remplaçant ou renfort. Personne n'est rappelé sur ses congés. Cela semble très protecteur. Le point négatif est celui des formations qui sont systématiquement proposée en journée. Même si elles sont prévues à l'avance et qu'elles comptent comme du temps de travail, leur organisation en journée est vécue comme non respectueuse de l'organisation globale d'un travailleur de nuit.

b. Sur-responsabilisation des titulaires

Quelques soignants, souvent très anciens, ont évoqué la contrainte suivante : les titulaires ASD et IDE d'un même service ne peuvent pas prendre leurs congés en même temps. Ainsi, certains soignants identifient que devenir vacataire serait une meilleure situation : choix des jours travaillés, possibilité de décliner un remplacement dans un service lourd ou dont l'ambiance est délétère. A travers ces propos on peut s'inquiéter d'assister à une ubérisation du soin. On pourrait voir demain un réseau de soignants connectés à Hublo qui prendrait des « courses » selon qu'ils la jugent rentable, acceptable, intéressante... Cette situation paraît contradictoire avec l'inconfort exprimé à travailler avec des vacataires qui ne connaissent pas les services

3.8. Gestion des carrières et des compétences

La majeure partie des salariés a pu réaliser une formation dans l'année. Les autres ont décliné cette opportunité. Les formations sont perçues comme intéressantes et utiles mais il s'agit souvent d'une nouvelle contrainte : les formations ont lieu exclusivement en journée.

En revanche, les soignants déplorent le manque de formation spécifique à certains services afin d'envisager des changements, d'appréhender avec plus de facilité des renforts dans d'autres services et de limiter les difficultés pour les nouveaux arrivants.

3.9. Solitude, insécurité et peur de l'erreur.

Si la peur de l'erreur dans la réalisation des soins concerne tous les soignants, une peur spécifique apparaît pour le personnel de nuit : celle d'être inquiété directement pour des situations qui ne

relèvent pas purement du soin. Ainsi, les soignants évoquent le non-respect par les patients et leur entourage du règlement de l'établissement : visites très tardives, sortie du service au milieu de la nuit, consommation de produits psychoactifs...

« Vous savez, on est très seul la nuit ».

Voilà la phrase qui revient le plus souvent dans la bouche des soignants. On est seul physiquement, on est seul psychologiquement. De là, vient la question de la sécurité des personnes : impression physique d'être isolé, difficulté de recours aux agents de sûreté mais également celle de l'insécurité du soin : impossibilité de revalider avec le médecin en temps réel et peur de l'erreur sur des baisses de vigilance.

Verbatim

Une IDE chevronnée, 50 ans, de nuit depuis 2 ans.

J'adore cette autonomie que j'ai dans mon organisation, dans le temps que je veux consacrer à chaque patient, mais le revers de la médaille c'est cette responsabilité, cette chape de pression psychologique et cette solitude dans la prise de décisions. Le travail infirmier en équipe me manque terriblement.

Une IDE novice, diplômée depuis un an, premier poste

Je voulais faire cette spécialité précisément et la nuit. Au moment de mon arrivée, il n'y avait pas de poste disponible donc j'ai pris le poste de jour. Ça a duré un mois et finalement c'est une bonne chose : je connais les filles de jour, je connais ma cadre et le médecin alors je me sens plus à l'aise dans mes transmissions.

3.10. Violence

Entre soignants, la violence apparaît moindre qu'en journée, peut être en lien avec l'absence de management. Cette réponse contraste avec la connaissance que l'on a de situations conflictuelles ayant nécessité des remaniements d'équipes et même des changements d'affectation. Est-ce une forme de déni, de protection de l'équipe de nuit?

La violence évoquée émane souvent des patients et surtout de leur entourage. Lorsque la famille n'a pas pu avoir accès au médecin en journée, elle attend une réponse des soignants de nuit à ses questions. S'ils ne sont pas à même de répondre, cela génère de l'insatisfaction.

3.11. Conditions matérielles de travail

L'inconfort génère un sentiment de non reconnaissance. Dans les salles de soins, les différents sièges proposés ont sûrement plus été choisis par soucis d'encombrement et de mobilité que pour leur confort : on note surtout la présence de tabourets. Cette remarque s'applique à l'ensemble des professionnels amenés à travailler dans les salles de soins.

Pour le personnel de nuit, aucun dispositif spécifique n'est proposé. Certains professionnels utilisent un transat personnel quand la majorité décline un fauteuil de chambre patient Certains soignants ont recours à l'installation de matelas ce qui est un sujet d'agacement des partenaires sociaux en CSSCT. Si l'on entend le caractère inacceptable évoqué par la direction, il faut néanmoins en tirer la conclusion d'un besoin réel de s'installer confortablement pendant les temps creux.

Certains soignants ont également évoqué la prise en otage de casiers de service pour les effets personnels des soignants de jours. *« Ils mettent leur café sous cadenas, et nous on ne peut plus sécuriser nos affaires. C'est comme si on était chez eux. C'est aussi notre lieu de travail, on y passe autant de temps. »*

Enfin, on note une ambiance générale des locaux non adaptée au travail de nuit. La lumière trop forte des salles de soins, la présence des détecteurs de mouvement qui fragmente les temps d'éclairage, l'absence de lumière douce dans les chambres qui poussent les soignants à utiliser leur téléphone portable comme baladeuse.

« Rien n'est pensé pour nous »

Scène de vie

Il est minuit, Monsieur X, aide-soignant envisageait un temps de pause après son tour. C'était sans compter sur sa collègue du service d'en face qui vient lui demander de l'aide. Elle doit descendre un patient à la chambre funéraire. Elle est plutôt menue et elle redoute de se faire mal alors spontanément elle cherche de l'aide et plus naturellement auprès d'un homme. La procédure prévoit que pour descendre un corps, il faut faire appel à l'aide-soignant des urgences, mais tout le monde a perdu l'habitude de le solliciter, on sait bien qu'il a suffisamment à faire dans son service.

A la chambre funéraire, un chariot en métal est disponible pour descendre le défunt. Il a le mérite d'être peu encombrant mais il roule très mal, et surtout il est stocké au sous-sol, alors les soignants préfèrent brancarder en lit directement. C'est encombrant, on a à peine la place dans l'ascenseur. Une fois dans la chambre funéraire, il faut transférer le patient sur un second chariot spécialement conçu pour glisser le corps dans la case de la chambre froide. Le transfert est délicat, la distance contrainte entre lit et chariot est importante, il n'y a pas de planche de transfert. La crainte de la soignante concerne la suite de l'action : il faut positionner le chariot dans des rails pour glisser le corps dans sa loge. A hauteur d'homme, avec un peu de contorsion, on peut voir si on est bien dans les rails, mais le stockage le plus haut est probablement à 2 mètres et génère l'angoisse de voir le cadavre basculer sur le soignant.

Le transfert s'est bien passé. Les soignants se soutiennent et racontent avec complicité qu'ils se connaissent depuis 20 ans. M X est bienveillant, mais une fois sa collègue disparue dans son service, il évoque « parce que je suis un homme, je dois en faire plus que les autres ». Il a 50 ans et consomme occasionnellement des antalgiques pour des lombalgies.

CONCLUSION

A l'écoute de l'émission de France Culture « Entendez vous l'écho » (6), consacrée à l'économie de la nuit en février 2020 on peut envisager quelques hypothèses concernant la situation actuelle. Marc Loriot (sociologue, directeur de recherche CNRS à l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne) évoque des éléments de compréhension concernant la charge de travail des équipes de soins comme le développement de l'ambulatoire et la réduction des durées de séjours qui conduisent à avoir dans les lits des patients toujours en phase aigüe requérant des soins jour et nuit mais aussi le vieillissement de la population qui rend la patientèle plus lourde car polyopathologique et plus dépendante. Ce sociologue retient des caractéristiques au travail de nuit dans le milieu du soin qui aggravent les contraintes déjà perçues en journée : des effectifs soignants réduits, un manque de hiérarchie, une plus faible présence médicale, des patients plus anxieux. Selon lui, ces contraintes font que le soignant de nuit doit être un travailleur expérimenté, encore plus débrouillard qu'un soignant de jour. Les conséquences positives en sont l'autonomie et le soutien fort entre collègues, particulièrement apprécié des soignants expérimentés. Dans cette même émission, la deuxième invitée Béatrice Barthe (ergonome, maîtresse de conférences à l'université de Toulouse, Présidente de la Société d'Ergonomie de Langue Française) confirme l'importance des capacités d'anticipation des soignants de nuit qui doivent gérer des besoins spécifiques de patients en l'absence de fonctions support et face à une baisse de vigilance inévitable. Elle met en avant une pression temporelle plus importante qu'en journée et une pression de l'erreur omniprésente tant les conséquences seraient plus importantes que si cette même erreur survenait en journée. Les éléments discutés avec les soignants de la structure vont parfaitement dans ce sens.

Ainsi, on pourrait envisager qu'un recrutement pérenne sur un poste de nuit, pour être réussi, nécessite des précautions particulières de sélection et d'accompagnement. Le soignant de nuit n'est pas un soignant de jour.

Que peut-on conclure pour cette structure en termes de politique RH au travers de ces témoignages de soignants de nuit et des échanges entre partenaires sociaux au sein du CSSCT?

Les efforts de l'administration pour des recrutements en CDI apparaissent sérieux et des augmentations d'effectifs ont été validés dans les services de médecine. De plus, on constate la présence d'une équipe de roulantes volontaires qui intervient en premier niveau de remplacement, puis une équipe de vacataires fidélisées et en troisième ligne seulement des renforts ponctuels parmi les équipes fixes sur la base du volontariat. Ce sont des éléments favorables au bien-être des soignants.

Malgré tout, les soignants de nuit se sentent plutôt abandonnés une fois recrutés et sont même parfois blessés que personne ne s'enquiert de leur bonne intégration. L'absence de cadre la nuit et les effectifs réduits limitent l'accompagnement personnalisé et le tutorat. Devant la difficulté à recruter des cadres de nuit, le choix de la direction est de sensibiliser les cadres à l'objectif de prise en charge des patients et à leur parcours le jour comme la nuit. Cette conception d'une équipe de soin unique semble bonne, sous réserve de prendre en compte les besoins spécifiques du patient la nuit et les moyens dont dispose l'équipe pour y répondre. La sensibilisation des cadres et des médecins aux besoins spécifiques des travailleurs de nuit peut participer à diminuer leur sentiment de non reconnaissance et le clivage avec l'équipe de jour. Il est terriblement dommage de constater que certains soignants ne connaissent pas les médecins de leur service et ne bénéficient pas des avantages des soignants de jour. En effet,

en journée certains médecins font participer les soignants à des annonces, dispensent des cours sur les grandes pathologies du service et les thérapeutiques nouvelles et créent ainsi un climat de bien-être dans leur service.

Le débat social le prouve : il existe bel et bien une politique d'amélioration des conditions de travail. Cependant dans une grosse structure aux métiers et services multiples, les solutions générales sont peu adaptées. Ce travail révèle qu'il faut des diagnostics de terrain ciblés et que les équipes peuvent exprimer des besoins et des idées. Par exemple, l'équipe de nuit demande des conditions matérielles adaptées à ses besoins. Il semble donc important de former l'encadrement à l'animation de groupes de travail, service ou métier, pour faire émerger des projets de services qui améliorent la prise en charge du patient et les conditions de travail des soignants.

En octobre 2022, les éléments de ce travail ont été présentés au CSSCT en proposant deux axes de prévention :

1) Sécuriser les arrivants

- Améliorer la connaissance de l'établissement et du service
 - ✓ Journée d'accueil / livret d'accueil
 - ✓ Livret d'accueil du service avec trombinoscope, présentation des médecins.
 - ✓ Stage étudiant
- Renforcer les liens avec l'équipe de jour
 - ✓ Proposer une prise de poste temporaire en journée
 - ✓ Proposer une alternance jour/nuit temporaire
- Sécuriser les prises en charge
 - ✓ Protocoles clairs et accessibles (médicaux et administratifs)
- Valider l'intégration
 - ✓ Prendre des nouvelles régulières du soignant les premiers mois

2) Soutenir les carrières

- Lutter contre la perte de compétences
 - ✓ Former régulièrement aux gestes techniques (ex: chimio, transfusion)
 - ✓ Proposer des changements de service périodiques
- Repérer l'épuisement professionnel
 - ✓ Réaliser des entretiens professionnels réguliers (à des horaires adaptés)
 - ✓ Communiquer plus clairement autour des formations IDE pour les ASD
 - ✓ Prendre des nouvelles après des arrêts/congés longs
 - ✓ Prévenir l'usure physique:
 - Améliorer les équipements de travail et de repos
 - Ajuster des effectifs avec des indicateurs (de charge en soins infirmiers)
- Renforcer le sens du travail autour du patient
 - ✓ Améliorer les relèves
 - ✓ Confirmer le rôle du cadre dans le dialogue avec les médecins pour impacter les prises en charge

Pour le médecin, ce travail a permis d'objectiver la perception d'une charge physique intense, de confirmer des conditions de travail engendrant une pénibilité physique via des observations de situation de travail et de constater une forte prévalence de troubles musculo-squelettiques. On constate en contradiction peu d'aménagements de poste ou d'inaptitude. On peut se demander s'il n'y a pas eu dans les départs évoqués par les représentants du personnel, des « abandons » pour cause médicale de salariés qui n'ont pas eu recours au service de santé au travail. L'inaptitude d'une soignante en fin de carrière dans un état d'épuisement professionnel qui inquiétait de longue date son médecin traitant en est l'exemple. Elle a été surprise de voir arriver le médecin du travail, seulement quelques jours avant un entretien auprès du directeur des soins infirmiers au cours duquel elle pensait annoncer sa démission. Elle n'avait pas envisagé de solliciter le médecin du travail. L'équipe santé-travail poursuit ses efforts pour offrir aux soignants de nuit le même suivi et les mêmes aides qu'aux soignants de jour.

Même si les axes abordés dans le questionnaire CPO sont très pertinents, il paraît difficile d'utiliser ce dispositif en routine : plus long qu'Evrest à remplir, moins aisé à saisir et analyser et ne s'applique qu'aux soignants. Evrest, par son caractère généraliste et adapté à tous les métiers, reste un excellent outil de veille santé-travail et de diagnostic à l'échelle d'une entreprise.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère des solidarités et de la Santé. Dossier de presse- conclusion du Ségur de la Santé, 2020
2. Ministère des solidarités et de la Santé. Guide élaboré par le Pr Olivier Claris, avec le concours de la FHF et des conférences hospitalières de directeurs et de présidents de CME. Mieux manager pour mieux soigner. Août 2021
3. Sibé M, Alis D. L'hôpital magnétique : un hôpital « aimant » qui favorise performance et bien-être au travail. Ouvrage collectif « Stress, burn-out, harcèlement moral : de la souffrance au travail au management qualitatif », collection Psychothérapies, Dunod, Paris, 2016
4. Pavillet J, Askri A. et l'équipe de recherche ORSOSA (R de Gaudemaris, T Lang, A Sobaszek, S Caroly et A Descatha). Méthodologie ORSOSA, de la recherche à la prévention des CPO et TMS en établissement de soins. Actualisation janvier 2013
<http://www.orsosa.fr/public/docs/Method-ORSOSA.pdf>
5. Equipe de recherche ORSOSA. Note explicative questionnaire de diagnostic rapide des niveaux de CPO et TMS en établissement de soins.
<http://www.orsosa.fr/public/docs/Questionnaires-et-annexes.pdf>
6. Radio France Culture. Entendez-vous l'écho, série économie de la santé, épisode 2/4 Travailler à contretemps, février 2020.
<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/entendez-vous-l-eco/travailler-a-contre-temps-7928979>

Autres non citées dans le texte :

- Langevin V, Boini S, François M, Riou A. Questionnaire contraintes psychosociales et organisationnelles (CPO). Références en santé au travail, INRS, mars 2014
<https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%2037>
- Soliveres A-P. La nuit et l'institution, un mépris partagé. Gérontologie et société, 2006/1 (vol. 29 / n° 116), pages 95 à 107
- Shaikh A. What's up doc ? D'une nuit à l'autre, de moins en moins d'infirmiers à l'hôpital... et pour cause. Mai 2022

ANNEXES :

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE AIDE-SOIGNANT/ AUXILIAIRE DE PUERICULTURE DE NUIT

NOM		Service	
PRENOM		Poste	
Enfants		Temps de travail	

1. Quelle est votre ancienneté dans votre métier?

Moins de 2 ans 2 à 5 ans 6 à 10 ans plus de 10 ans

2. Depuis combien de temps travaillez-vous de nuit?

Moins de 2 ans 2 à 5 ans 6 à 10 ans plus de 10 ans

3. Depuis 2 ans avez-vous changé de travail ou de poste ? oui non

Si oui, est-ce pour raison médicale oui non

4. Parmi les items suivants, quelles sont vos motivations à travailler la nuit (plusieurs choix possibles)

- Rythme plus physiologique (couche tard)
- Opportunité de CDI
- Conciliation garde des enfants
- Meilleur salaire
- Meilleures conditions de travail
- Meilleures relations avec les patients

					
		Fortement d'accord	D'accord	En désaccord	Fortement en désaccord
5.	A quel point êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ? Au sein de l'unité dans laquelle vous travaillez actuellement...				
5-1	Les aides-soignants et les infirmiers ont de bonnes relations de travail				
5-2	Le cadre de santé apporte son soutien aux aides-soignants				
5-3	Vous disposez d'assez de temps et d'occasions pour discuter des problèmes de soins des patients avec les autres aides-soignants				
5-4	Il y a suffisamment aides-soignants dans l'équipe pour garantir aux patients une bonne qualité de soins				
5-5	Le cadre de santé est un bon chef d'équipe, un bon manager				
5-6	Le personnel est en nombre suffisant pour faire le travail				
5-7	Il y a beaucoup de travail d'équipe (coordination) entre aides-soignants et les infirmiers				
5-8	Le cadre de santé apporte son soutien aux aides-soignants lors des prises de décision, même en cas de conflit avec un médecin				
5-9	Il y a des moments où les aides-soignants et les infirmiers travaillent ensemble				
5-10	Vous êtes souvent interrompu-e au cours des tâches que vous accomplissez: sonnette, téléphone, demande d'aide...				
5-11	Il y a fréquemment des incidents qui viennent déranger la réalisation de votre travail				
5-12	Les tâches annexes que vous avez à faire gênent votre travail de soignant				
5-13	Il y a rarement des rappels sur les vacances ou RTT				
5-14	Il n'y a pas de difficulté à choisir des jours de vacances				
5-15	Il y a suffisamment de temps de chevauchement pour assurer les transmissions lors de la relève				
5-16	Il y a suffisamment de temps pour organiser le travail en équipe				
5-17	Il est possible de discuter en équipe des difficultés d'ordre psychologique rencontrées dans votre relation de soin avec les malades				
5-18	Vous êtes consulté-e lors de l'élaboration de projet de service				
5-19	L'équipe partage les mêmes valeurs éthiques				
5-20	L'équipe partage le même sens de l'excellence du travail				
5-21	L'administration a conscience des difficultés actuelles d'exercice du métier				
5-22	L'administration se donne les moyens d'améliorer la situation des soignants				

6. En raison de la charge de travail, vous arrive-t-il :

- De dépasser vos horaires normaux Jamais rarement assez souvent très souvent
- Sauter ou écourter un repas, ne pas prendre de pause Jamais rarement assez souvent très souvent
- Traiter trop vite une opération qui demanderait d'avantage de soin : Jamais rarement assez souvent très souvent

7. Votre travail vous permet-il d'apprendre des choses ?

- Oui tout à fait plutôt oui plutôt non Non pas du tout

8. Depuis 1 an avez-vous eu une formation ? oui non
Laquelle ?

9. Travaillez-vous avec la peur de commettre une erreur ?

- Jamais rarement assez souvent très souvent

10. Au cours de votre travail, êtes-vous exposé à des agressions verbales et/ou physiques ?

- de la part de vos collègues ou de votre encadrement ? Jamais rarement assez souvent très souvent
- de la part des patients ou de leur famille ? Jamais rarement assez souvent très souvent

11. Au cours de votre travail, êtes-vous exposé à des agissements sexistes / violences sexistes ou sexuelles ?

- Jamais rarement assez souvent très souvent

12. Vous sentez vous capable de faire le même travail jusqu'à votre retraite ?

- Oui tout à fait plutôt oui plutôt non Non pas du tout

13. Si non, pourquoi ?

- Charge émotionnelle du métier
- Soutenabilité physique du poste et rythme usants (nuit, 12h)
- Conciliation vie personnelle (rythme)
- Autre

14. Avez-vous des occasions festives de cohésion d'équipe (gouter, anniv...) ?

- oui non

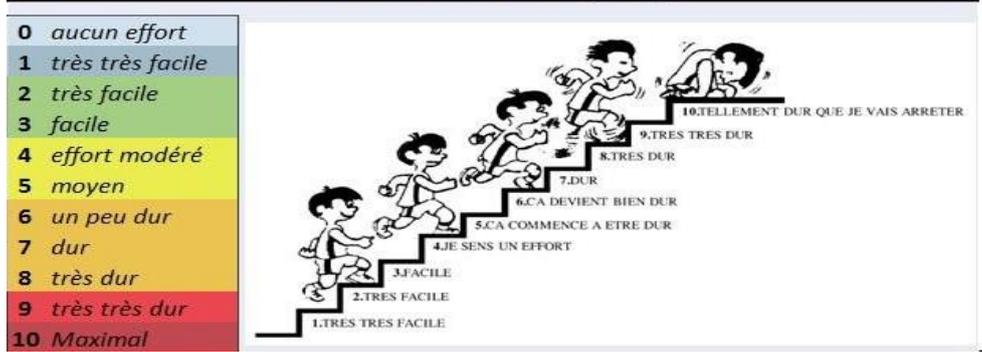
CONTRAINTES PHYSIQUES

Au cours d'une nuit combien de fois vous arrive-t-il de...	Jamais	1 à 5 fois	6 à 10 fois	11 à 20 fois	plus de 20 fois
Rehausser un patient (lit, fauteuil)					
Transférer un patient (ou le relever du sol)					
Retourner un patient (toilette, prévention escarres...)					
Faire la réfection du lit					
Pousser ou tirer un chariot					
Pousser ou tirer un lit ou brancard					

Au cours d'une nuit, quel temps passez vous...	Jamais	moins de 2h	2 à 4h	plus de 4h
A faire des gestes répétitifs (préparation traitement, nursing...)				
Penché en avant ou sur le coté				
A maintenir une position inconfortable (de plusieurs minutes)				
A porter une charge de plus de 25 kg				
Avec les bras écartés du corps ou en l'air				
Avec les poignets en torsions				

Quel est le niveau d'effort d'une nuit de travail?

ECHELLE DE BORG (0-10)



SANTE et MODE DE VIE

Tabac

Activité physique

Trajet domicile travail long ou pénibles :

Etat de santé actuel

Poids : ___ kg Taille : ___ cm

		Plaintes ou signes cliniques au cours des 7 derniers j	Est-ce une gêne dans le travail ?	Traitement ou autre soin	(Colonne libre, facultatif)
Cardio-respiratoire					
RAS <input type="checkbox"/>	- appareil respiratoire	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- appareil cardio-vasculaire	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- HTA	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
Neuro-psychique					
RAS <input type="checkbox"/>	- fatigue, lassitude	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- anxiété, nervosité, irritabilité	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- troubles du sommeil	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	Digestif	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
Ostéo-articulaire					
RAS <input type="checkbox"/>	- épaule	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- coude	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- poignet / main	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- membres inférieurs	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- vertèbres cervicales	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- vertèbres dorso-lombaires	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	Dermatologie	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	Troubles de l'audition	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _

ANNEXE 2 : Variation questionnaire CPO pour les IDE

					
		Fortement d'accord	D'accord	En désaccord	Fortement en désaccord
5.	A quel point êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ? Au sein de l'unité dans laquelle vous travaillez actuellement...				
5-1	Les médecins et les infirmiers ont de bonnes relations de travail				
5-2	Le cadre de santé apporte son soutien aux infirmiers				
5-3	Vous disposez d'assez de temps et d'occasions pour discuter des problèmes de soins des patients avec les autres infirmiers				
5-4	Il y a suffisamment d'infirmiers dans l'équipe pour garantir aux patients une bonne qualité de soins				
5-5	Le cadre de santé est un bon chef d'équipe, un bon manager				
5-6	Le personnel est en nombre suffisant pour faire le travail				
5-7	Il y a beaucoup de travail d'équipe (coordination) entre infirmiers et médecins				
5-8	Le cadre de santé apporte son soutien aux infirmiers lors des prises de décision, même en cas de conflit avec un médecin				
5-9	Il y a des moments où les infirmiers et les médecins travaillent ensemble				
5-10	Vous êtes souvent interrompu-e au cours des tâches que vous accomplissez: sonnette, téléphone, demande d'aide...				
5-11	Il y a fréquemment des incidents qui viennent déranger la réalisation de votre travail				
5-12	Les tâches annexes que vous avez à faire gênent votre travail de soignant				
5-13	Il y a rarement des rappels sur les vacances ou RTT				
5-14	Il n'y a pas de difficulté à choisir des jours de vacances				
5-15	Il y a suffisamment de temps de chevauchement pour assurer les transmissions lors de la relève				
5-16	Il y a suffisamment de temps pour organiser le travail en équipe				
5-17	Il est possible de discuter en équipe des difficultés d'ordre psychologique rencontrées dans votre relation de soin avec les malades				
5-18	Vous êtes consulté-e lors de l'élaboration de projet de service				
5-19	L'équipe partage les mêmes valeurs éthiques				
5-20	L'équipe partage le même sens de l'excellence du travail				
5-21	L'administration a conscience des difficultés actuelles d'exercice du métier				
5-22	L'administration se donne les moyens d'améliorer la situation des soignants				

RESUME

Contexte : Depuis la crise sanitaire Covid-19, la pénurie de soignants semble s'aggraver et pour de nombreuses structures particulièrement sur les postes de nuit.

Objectifs : L'objectif du médecin du travail est de dresser un diagnostic santé-travail de l'équipe de soignants de nuit permettant notamment d'identifier les contraintes psychosociales et organisationnelles qui leur sont propres.

Méthodes : Au moyen d'entretiens entrant dans le cadre des visites réglementaires en santé-travail, le médecin a recueilli les ressentis des salariés de nuit sur leurs conditions de travail et leur santé. Réalisés la nuit au sein des services d'un établissement de soin, les entretiens ont été guidés par un questionnaire associant le diagnostic rapide des niveaux de contraintes psychosociales et organisationnelles (CPO) et troubles musculo-squelettiques (TMS) et des éléments d'Evrest. La présence sur le terrain permettait l'observation complémentaire de situations de travail.

Résultats : Les 55 entretiens confirment les spécificités du travail de nuit. Entre grande autonomie et forte cohésion d'équipe, on identifie la solitude des soignants coupés du lien avec les médecins et éloignés des cadres de santé, qui portent de lourdes responsabilités. L'activité très irrégulière dans la nuit et d'une nuit à l'autre, entre intensité des tours, interruptions de tâches fréquentes et temps de répit de moins en moins fréquents est vécue comme « dure » d'un point de vue physique pour une majorité de salariés. La fatigue ainsi que les TMS du rachis et des membres supérieurs objectivés confirment cette pénibilité ressentie.

Conclusion : L'association de CPO et d'une charge physique qui s'intensifie peut expliquer le départ des soignants aguerris, en milieu de carrière. Les caractéristiques organisationnelles spécifiques peuvent expliquer les difficultés rencontrées par les soignants en sortie de diplôme, particulièrement les infirmiers. Ces conclusions semblent offrir deux grands axes de prévention de la désertification de la nuit : ajustement des effectifs et amélioration du confort pour réduire la pénibilité physique, accompagnement professionnel des jeunes diplômés et maintien des compétences.