

La santé des infirmières françaises

Chantal HORELLOU-LAFARGE,
CRESPPA-GTM
Chargée de recherche, CNRS,
Paris, France

SOMMAIRE

La médecine du travail est née en France après la Première Guerre mondiale et progressivement l'éventail des maladies et des accidents du travail s'est élargi. Aujourd'hui, la collectivité se soucie du bien-être au travail, et raisonne en terme de santé au travail. Les grandes enquêtes cernent non seulement l'état de santé physique mais aussi l'état de santé psychologique des salariés. Les infirmières sont particulièrement une population à risque du fait de leurs conditions de travail souvent morbides et du fait qu'elles soient des femmes. Parce qu'elles sont femmes, elles seraient ontologiquement vouées à se dévouer à autrui sans que cela ne leur coûte. La reconnaissance de leur activité est passée par une lutte commune pour être considérées comme des professionnelles du soin. Mais la reconnaissance professionnelle se mesure avant tout à l'aune des actes techniques et leur travail de compassion, d'accompagnement parce qu'il est non quantifiable est jugé comme superflu dans un monde de rentabilité.

Mots-clés: Femmes, santé, infirmière, travail, genre

INTRODUCTION

La définition et la connaissance de l'état de santé des salariés relèvent à la fois de la mobilisation des forces sociales, économiques et politiques et des avancées de la science médicale. La médecine du travail est née en France après la Première Guerre mondiale et progressivement l'éventail des maladies et des accidents du travail s'est élargi. Il ne s'agit plus seulement de réparer ou d'indemniser le travailleur, mais de prévenir les risques et d'envisager au-delà de la maladie, la santé au travail. Aujourd'hui on assiste à de nouvelles approches en terme de prévention, de rapports de genre et le salarié est appelé à contribuer à la définition de son état de santé.

La santé des travailleurs mobilise différentes disciplines telles que l'ergonomie, la sociologie, la médecine, l'épidémiologie, la psychologie. Il s'agit de connaître précisément en quoi consiste l'activité, comment elle est pratiquée, dans quel environnement tant physique que psychologique, comment elle est ressentie par le salarié. Nous allons voir dans une première partie comment les infirmières ont dû s'imposer, non plus comme des femmes œuvrant par vocation du fait de leurs caractéristiques féminines, mais comme de véritables professionnelles devant remplir des tâches précises et assumer certaines responsabilités, et donc soumises à certains risques pour la santé. Dans une seconde partie, nous cernerons l'état de santé des infirmières. Connaître l'état de santé des infirmières nécessite à la fois de les situer dans les grandes enquêtes sur la santé des travailleurs, de consulter des enquêtes consacrées à des formes particulières du travail qui concernent entre autres les infirmières comme le travail de nuit, les horaires décalés, les expositions à des produits nocifs, les efforts physiques à répétition. Enfin de prendre en compte les enquêtes consacrées spécifiquement au personnel soignant et aux infirmières. Dans la troisième partie, nous rechercherons en quoi cet état de santé constaté dépend non seulement du travail effectué mais aussi du fait qu'il est exercé par des femmes dans un cadre de rapports sociaux de sexe.

LE MÉTIER D'INFIRMIÈRE S'EST PROGRESSIVEMENT CONSTITUÉ POUR PASSER D'UNE VOCATION FÉMININE À L'EXERCICE D'UNE PROFESSION AVEC DES COMPÉTENCES SPÉCIFIQUES

Aujourd'hui, la place des infirmières dans le système de santé découle de l'histoire de la profession¹. Les premières infirmières ont été des religieuses dont l'Église attendait chasteté et obéissance, elles étaient soumises à la hiérarchie masculine et devaient être toujours disponibles. Les hommes étaient censés guérir tandis que les femmes prodiguaient des soins qu'elles avaient l'habitude de faire naturellement pour leur entourage.

Progressivement la profession s'est constituée en tant que telle. En 1922 est créé le diplôme d'État d'infirmière donnant ainsi une reconnaissance officielle à leur activité. À partir de la Seconde Guerre mondiale, l'apparition de nouveaux traitements (dont l'antibiothérapie), de nouvelles techniques de soins et d'examen (injections intraveineuses, sondes, examens sanguins) a conduit à une certaine autonomisation des infirmières vis-à-vis des médecins qui ne pouvaient pas assumer tous ces gestes. C'est en 1946 qu'apparaît

¹ D. Sénotier (1992). Cent ans d'évolution de la profession, in D. Kergoat, F. Imbert, H. Le Doaré, D. Sénotier, *Les infirmières et leur coordination 1988-1989*, éd. Lamarre.

une définition de l'infirmière² : « est considéré comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement, soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par les médecins. »³. Il faut attendre les années soixante pour que les infirmières ne soient plus assimilées à des « saintes laïques ». Le tandem qu'elles formaient avec le médecin se modifie à l'image du couple familial. Les infirmières ne sont plus célibataires, elles ont une vie privée et familiale en dehors de leur vie professionnelle. Face aux médecins elles osent s'imposer, refusent d'être fantasmatiquement cataloguées selon quelques stéréotypes auxquels elles étaient toujours renvoyées : maternante, excitante, castratrice et perverse⁴, stéréotypes qui atténuent la véritable nature de leur activité.

En mai 1978, la loi attribue un rôle propre à l'infirmière. Celui-ci est scindé en deux parties : le rôle prescrit par le corps médical et le rôle propre qui correspond à l'autonomie, la capacité de jugement et l'initiative de l'infirmière : « Est considéré comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne, qui en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien l'application du rôle propre qui lui est dévolu ». Il faut attendre 1981 pour que le décret d'application sorte.

La coordination infirmière qui s'est formée de mars à septembre 1988 est le premier mouvement auto-organisé hors syndicat, il réclame la reconnaissance de la profession. Cette coordination a pour but de dépasser les clivages syndicaux (moins de 5% des infirmières sont syndiquées) et de mobiliser les non-syndiqués avec la volonté d'obtenir une prise en compte des problèmes spécifiques de la profession. Danièle Kergoat⁵ montre comment cette profession, parce qu'elle était essentiellement féminisée, a été considérée comme relevant de la vocation, nécessitant des qualités dites féminines plus qu'une réelle qualification professionnelle. Elle présente le cheminement suivi par les femmes de la coordination pour faire reconnaître leur qualification. Il leur a fallu « asseoir la profession dans le champ du rapport salarial avant de pouvoir dans un second temps penser en terme de qualification ». Quitter le champ du féminin pour entrer dans celui du professionnel nécessitait que soit clairement distinguées la vie professionnelle et la vie privée.

Par la suite, plusieurs décrets vont élargir le contenu du rôle propre. Ces décrets vont mettre en avant l'autonomie de l'infirmière et son pendant : la responsabilité. Elle doit analyser la situation que vit le patient, déterminer les objectifs à atteindre et les moyens de les atteindre, elle décide de ce qu'il faut faire, comment le faire et le réalise. Cette démarche doit s'inscrire dans une relation étroite avec le malade et sa famille, en tenant compte de leur situation sociale, économique, etc. Il s'agit donc d'effectuer des actes techniques en intégrant une dimension humaine et appropriée à chacun. Un décret de mars 1993 stipule que l'infirmière « peut élaborer des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Elle est responsable de l'élaboration, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers ». Elle a l'obligation de produire un écrit pour élaborer le dossier

² En 1945, la Sécurité sociale a eu du mal à définir et tarifier les actes des infirmières libérales.

³ Loi du 8 avril 1946 du Code de la Santé Publique, livre IV, titre II, art. L473

⁴ M.-C. Limame, Revue de la littérature sur la dimension du genre et professions de soins, snpst.org/.../dimensiondugenreetprofessionsdesoin.doc

⁵ D. Kergoat (1992). *Ouvrières et infirmières, deux rapports à la qualification*, in D. Kergoat, F. Imbert, H. Le Doaré, D. Sénotier, *Les infirmières et leur coordination 1988-1989*, Paris, éd. Lamarre.

et l'obligation d'exiger du médecin un écrit sur sa prescription. L'écrit va permettre de mettre en mot des actes non plus seulement techniques mais aussi le travail « invisible » ou le rôle « propre » de l'infirmière comme l'écoute, l'aide au malade et à sa famille.

Progressivement, la profession s'est constituée en tant que telle, et cela s'est concrétisé par la création d'un ordre infirmier et d'une licence universitaire en soins infirmiers, d'un transfert de compétences. Le passage du statut d'auxiliaire du médecin à celui de professionnelle de la santé a nécessité la valorisation du rôle propre de l'infirmière et d'un savoir spécifique. Cette affirmation d'une réelle compétence professionnelle éloigne les infirmières de ce que Hughes⁶ appelle le « sale boulot ». Celui-ci se retrouve aux mains des personnels dont la définition de l'activité reste floue. Plus les tâches à effectuer sont techniques, plus le problème de leur répartition se pose et quand une profession est amenée à déléguer des tâches elle délègue les plus accessoires, les plus sales, les plus fatigantes, ou les plus lourdes psychiquement.

A.-M. Arborio⁷ dans sa thèse a repris cette notion de sale boulot à propos des tâches des aides-soignantes. Ainsi la prise de température qui a été une tâche « noble » lors de l'invention du thermomètre au début de XXe siècle en se banalisant est devenue du ressort des infirmières, puis des aides-soignantes. Il en est de même pour la prise de tension passée des mains des infirmières à celles des aides-soignantes depuis la création d'un diplôme d'État d'aide-soignante. La répartition de l'exercice du « sale boulot » se fait selon l'ordre hiérarchique à l'hôpital : les médecins sont protégés, les infirmières sont concernées mais elles délèguent aux aides-soignantes qui sont en contact avec les déchets corporels et les souillures. Elles se déchargent de celles-ci sur les agents de service. Les infirmières ont une définition précise de leurs tâches, les aides-soignantes un peu moins et les agents de service font ce que les autres ne font pas.

Il faut attendre le 25 novembre 2008 avec l'élection du premier Conseil national infirmier pour que la profession devienne autonome avec la naissance de l'Ordre infirmier et l'intégration des études dans le cursus Licence Master Doctorat. La France est le dix-neuvième pays de l'Union européenne à se doter d'un ordre infirmier. La nouvelle instance ordinale compte 52 conseillers titulaires élus qui représenteront près de 500 000 infirmières. Bien que les infirmières soient en grande majorité des femmes, ces conseillers sont à 50% des hommes.

Le 6 décembre 2008, à Nantes, est organisée la première journée nationale de la responsabilité infirmière, la profession est en pleine mutation. La reconnaissance de nouvelles pratiques et d'un droit de prescription pose la question des responsabilités tant au civil qu'au pénal. Elle souhaite une clarification sur les compétences infirmières, leurs droits et devoirs mais aussi des risques associés à leurs pratiques. Il arrive qu'elles se retrouvent seules dans des situations délicates, obligées de prendre des décisions qui ne sont pas de leur ressort, ce qui explique qu'elles désirent que soient définies clairement les responsabilités qui leur incombent.

⁶ E. C. Hughes (1996). *Le regard sociologique. Essais choisis*, Textes rassemblés et présentés par J.-C. Chapoulie, éd. EHESS, Paris.

⁷ A.-M. Arborio (2001). *Les aides-soignantes à l'hôpital : un travail invisible*. Paris, Éd. Syrios.

L'infirmière est autonome dans ses capacités, ses actes, elle reste cependant tributaire du médecin quant aux décisions à prendre, et en France, il n'existe aucune possibilité de passage de la qualification d'infirmière à celle de médecin.

La reconnaissance de la spécificité du travail de l'infirmière à travers un savoir-faire et une autonomie de décision a pour conséquence la possibilité de faire entrer celui-ci dans des protocoles de soins, d'introduire une notion de management et la possibilité d'une comptabilité de l'activité infirmière. Dès lors apparaît le risque de faire entrer la totalité du travail dans une politique d'évaluation marchande dans un esprit coûts-avantages. Ce fait a pour conséquence d'ignorer le travail invisible, que l'on considère comme ontologiquement féminin, de l'effacer des évaluations du travail et donc de le faire disparaître au profit de seuls actes techniques. Mais, revendiquer que ce travail soit reconnu, risque d'aboutir à le placer dans la sphère marchande, et, par là même le dénaturer ou le minimiser.

En France, en 2006 on compte 469000 infirmiers. Leur effectif a été multiplié par 2,8 depuis 1975. 55% exercent dans un établissement public, 17% dans un établissement privé, 14% ont une activité libérale, 3% exercent dans des établissements pour personnes âgées⁸. La proportion de femmes est relativement stable : 85 % en 2006. Comme dans les autres pays européens l'âge moyen augmente au fil des années : de 34 ans en 1983, il est passé à 42 ans en 2002. La durée moyenne cotisée au moment du départ à la retraite est de 28 ans pour les infirmiers et de 33 ans pour les cadres. Les âges de départ la retraite sont différents selon le secteur d'exercice : 60 ans dans le privé, 55 ans dans le public⁹. C'est une des professions les plus soumises à des horaires atypiques : 36% travaillent par cycle et pour 32% d'entre elles selon des horaires irréguliers.¹⁰ Près de 22% des infirmiers travaillent à temps partiel dans des établissements de santé. La proportion de personnel infirmier en horaire fixe de nuit est estimée à 20%¹¹.

L'ÉTAT DE SANTÉ DU PERSONNEL SOIGNANT :

La santé des infirmières est bien étudiée en France pour plusieurs raisons :

- Le nombre d'infirmières a tendance à diminuer, il y a une pénurie réellement problématique et l'on constate une volonté de quitter la profession en raison de la pénibilité de l'emploi
- Les pouvoirs publics considèrent que le travail d'un personnel en mauvais état de santé peut avoir de graves conséquences sur l'état de santé des malades dont il a la charge.

⁸ D. Sicart (2006). Les professions de santé au 1^{er} janvier 2006. *Document de travail, Série statistiques*, Drees, No. 97, mai.

⁹ « Les effectifs, l'activité et la répartition des professionnels de santé : Démographie actuelle de la profession d'infirmier et évolution passée », Rapport 2004 de l'ONDPS. Tome 3, Éd. *La documentation française*, 2004

¹⁰ P. Bouffartigue et J. Bouteiller (2003). *Jongleuses en blouse blanche : La mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières*, communication aux IXes journées de sociologie du travail, 27-28 nov.

¹¹ « Les effectifs, l'activité et la répartition des professionnels de santé : Démographie actuelle de la profession d'infirmier et évolution passée », Rapport 2004 de l'ONDPS. Tome 3, Éd. *La documentation française*, 2004.

On peut considérer que ces personnes soigneraient mieux, de façon plus efficace si elles étaient en meilleure santé et elles seraient plus stables à leur poste.

Les facteurs de risques sont liés aux trois fonctions distinctes que les infirmières ont à remplir : des actes techniques et d'hygiène en relation avec le corps d'autrui, un travail relationnel avec le patient et sa famille, enfin un travail d'organisation, d'administration et de transmission d'informations. Ces trois fonctions s'entrecroisent dans la journée, obligeant à interrompre sans cesse une tâche pour une autre de nature différente : passer d'un soin à un acte technique en urgence ou à un acte administratif donne l'impression d'un travail haché, non satisfaisant et générateur de fatigue nerveuse. Enfin ces fonctions doivent être remplies 24h sur 24, ce qui exige de la part des infirmières la capacité d'effectuer un travail de nuit ou un travail posté. Elles ne sont pas valorisées de la même façon par le personnel, les médecins et la hiérarchie. Les actes techniques et d'hygiène sont à la fois les plus visibles et les plus simples à décrire d'autant qu'ils sont reconnus comme faisant partie du travail soignant. Ce qui n'est pas le cas de tout le travail relationnel qui reste encore considéré comme « naturel » de la part d'une femme.

Les professionnels de santé sont soumis à trois sortes de risques spécifiques répertoriés en trois grandes catégories :

- Les risques biologiques : contact avec des agents infectieux, des maladies infectieuses, des agents anticancéreux.
- Les risques physiques : manutentions manuelles et postures pénibles, exposition à des rayonnements ionisants, chimiques, usage de produits d'entretien, d'agents de stérilisation et désinfectants, de médicaments, de gaz anesthésiques.
- Les risques psychosociaux : travail psychologiquement éprouvant, touchant à des problèmes éthiques, travail par équipe, travail posté et travail de nuit, violences des patients et du public.

Parmi le personnel soignant, les infirmières sont celles qui se sentent le plus exposées aux risques du métier tant sur le plan mental que physique. Cela en raison de la place charnière qu'elles occupent entre les aides-soignantes et les médecins. Les médecins déclarent plus de contraintes mentales et les aides-soignantes plus de contraintes physiques.

Plus l'emploi est défini, plus il est facile de déterminer les facteurs de risques et l'évaluation de l'état de santé. L'amélioration de celui-ci exige plusieurs approches. Il est nécessaire de développer une approche individualisée afin de connaître les conditions physiques et psychiques du travail et le ressenti de la personne lié notamment à son âge ou à son sexe. Il faut aussi se pencher sur les conditions d'organisation du travail en étudiant le fonctionnement du groupe qui peut être, en tant que tel, pathogène. Enfin il faut tenir compte de la dimension éthique du travail et comprendre la relation à l'autre, la capacité de résistance et la faculté de trouver la « bonne distance » avec le malade et sa souffrance, du sens particulier du travail thérapeutique.

Évaluer les risques et leur impact nécessite de connaître les conditions de travail

Dans ce contexte, plusieurs enquêtes en France et en Europe vont permettre de mieux connaître l'évolution des conditions de travail et la façon dont celles-ci sont ressenties par le personnel soignant. Ces enquêtes insistent sur des aspects différents des conditions de travail et des risques qui en découlent.

La conception de l'enquête COTAES permet de comparer ses résultats à ceux des enquêtes précédentes, et de suivre ainsi l'évolution de ces conditions de travail depuis 1998.

L'enquête ESTEV s'interroge sur l'impact des conditions de travail sur le vieillissement. Bien qu'elle ne soit pas spécifiquement centrée sur le personnel soignant, elle permet cependant d'éclairer la relation entre vieillissement et conditions de travail. L'enquête internationale PRESST-NEXT, très complète sur toutes les conditions de travail hospitalier et leur ressenti, permet de préciser et nourrir la notion de burn-out. Enfin la dernière des enquêtes SUMER, évalue les expositions aux risques professionnels de 95% des salariés français, ce qui permet de situer le personnel soignant parmi ceux-ci.

D'autres enquêtes, plus qualitatives se penchent soit sur des catégories spécifiques de personnel, ou des services hospitaliers, soit sur des risques particuliers comme la violence ou le travail de nuit.

L'importance d'un regard sur l'évolution des conditions de travail :

Grâce à l'enquête COTAES, on constate qu'en une quinzaine d'années, les conditions de travail ont eu tendance à se durcir et à peser d'autant plus sur la santé du personnel soignant.

L'enquête COTAES « Conditions et organisation du travail des actifs dans les établissements de santé »¹² réalisée en 2003 par la DREES auprès d'un échantillon de 5.000 salariés des établissements de santé (publics ou privés) permet de dresser un panorama des conditions de travail perçues par les actifs hospitaliers et de les comparer avec celles déclarées en 1998 par l'ensemble des actifs occupés dans l'enquête « conditions de travail de la DARES ».

Les variables retenues concernent :

- Les caractéristiques de la personne : sexe, âge, nombre d'enfants, statut de l'emploi, durée du travail, profession, ancienneté, diplôme le plus élevé.
- Le travail : mobilité durant les trois dernières années, fonction exercée, responsabilité hiérarchique, contact avec le public, transmission des consignes, utilisation de l'informatique, rythme de travail, règlement des incidents et des tensions, contraintes physiques, biologiques, chimiques, risques d'accidents, organisation du collectif de travail.
- Les horaires, les gardes, les permanences et astreintes, la réduction du temps de travail.

Depuis 1998, les soignants estiment que l'exécution de leur travail requiert des efforts d'attention toujours plus exigeants. La nécessité d'appliquer strictement les consignes pour faire correctement son travail s'est accentuée en cinq ans. Ce sentiment est renforcé en raison de l'utilisation croissante de l'informatique qui nécessite de lire des informations

¹² R. Le Lan (2004). Les conditions de travail perçues par les professionnels de santé. *Études et résultats*, No. 335, août.

écrites en petits caractères, de la multiplication des appareils miniaturisés, et de l'impression d'une technicité croissante des tâches à effectuer. Les infirmières estiment aussi plus souvent qu'auparavant manquer de temps pour faire correctement leur travail.

- Le pourcentage d'infirmières respirant ou étant en contact avec des toxiques (50,2%), ou des produits allergisants (79,9%), soumises à des radiations (31,1%), et des risques de blessures avec du matériel contaminé (87%) n'a cessé d'augmenter avec les années.

- Les efforts physiques sont plus fréquemment signalés. La proportion des infirmières déclarant devoir rester debout de façon prolongée (85,3%), et porter des charges lourdes (76,2%) reste la même depuis 1998, par contre la proportion de personnel déclarant marcher beaucoup et souvent (82,6%), effectuer des mouvements douloureux et fatigants (77,3%) a augmenté depuis 1998.

En ce qui concerne les contraintes physiques, les enquêtes Sumer¹³ montrent que le personnel soignant est particulièrement exposé par rapport aux salariés en général en ce qui concerne les contraintes posturales et articulaires, la manutention manuelle de charges, la position debout et le piétinement. Selon Estry-Béhart, par jour la posture debout est de six heures et plus pour 83% des aides-soignantes et 69% des infirmières. L'auteure estime que les infirmières peuvent marcher jusqu'à 18 km par jour¹⁴.

Les enquêtes SUMER (surveillance médicale des risques) 1994 et 2003.

Enquêtes, copilotées par la Dares et la DGT (Inspection médicale du travail), décrivent les contraintes organisationnelles, les expositions professionnelles de type physique, biologique et chimique auxquelles sont soumis les salariés. L'enquête de 2003 a été étendue aux hôpitaux publics, EDF-GDF, la poste, la SNCF et Air-France.

Par rapport à 1994, le questionnaire posé par un médecin a été enrichi sur le thème de l'organisation du travail. Un auto questionnaire a été proposé à un salarié sur deux tiré au sort et répondant. Il porte sur la perception qu'il a de son travail et sur le lien qu'il fait entre son travail et sa santé.

- De nombreuses études ont été consacrées aux troubles musculo-squelettiques résultant d'un travail répétitif.¹⁵ Ils ont été reconnus maladie professionnelle seulement en 2003 alors qu'ils représentent 70% des maladies reconnues par la Sécurité Sociale. Comme les maladies cardiovasculaires, on estime que ces troubles peuvent être dus à des contraintes d'ordre psychologique.

Les lombalgies sont les troubles musculo-squelettiques les plus courants et les plus coûteux pour la collectivité. La profession d'infirmière est une des professions les plus atteintes par les TMS, et dans la profession ce sont les femmes qui sont le plus concernées parce que ce sont elles qui sont chargées de la manutention des patients (transfert d'un brancard au lit, retourner le patient pour la toilette ou le traitement d'escarres) plusieurs fois

¹³ *Les expositions aux risques professionnels par famille professionnelle* Résultats SUMER 2003, Document d'études de la DARES, n°121, décembre 2006.

¹⁴ Enquête PRESST-NEXT, M. Estry-Béhart, J-F. Caillard, O. Le Nézet, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 2004-2005.

¹⁵ Notamment les travaux de l'ANACT (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail), de l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles).

dans une journée alors que les hommes sont plutôt dans les salles d'opération ou en soins intensifs. Les infirmières sont donc particulièrement touchées et force est de constater que les outils de prévention sont encore largement insuffisants. Une étude canadienne¹⁶ a été menée auprès du personnel des services d'orthopédie et de soins intensifs pour connaître les améliorations qu'il souhaiterait pour prévenir ces lombalgies. Elle constate que la charge physique que supportent les infirmières dépend du service dans lequel elles exercent. Plusieurs propositions de prévention sont suggérées comme du matériel d'aide à la manutention des malades, une formation aux gestes et postures à prendre, des chambres plus grandes, la possibilité de constituer des binômes pour l'entraide entre les infirmières.

L'enquête Sumer met également en évidence l'importance du pourcentage du personnel soignant, notamment les infirmières, soumis à des risques biologiques (94,7%) et chimiques (71,1%) par rapport aux salariés français.

- Progressivement s'est mise en place une lutte contre les maladies nosocomiales en vue de protéger les malades et le personnel. Une intéressante étude¹⁷ constate la segmentation entre les risques pour les malades et ceux pour le personnel. Les premiers sont largement médiatisés au contraire des seconds. Elle constate également qu'en matière d'hygiène, le geste de lavage de mains est fait avant un contact avec le malade et très peu après ce contact. L'expression de la nécessité d'une auto-protection dans un environnement de travail perçu comme pathogène est en contradiction avec les travaux sur la représentation des risques et leur fonction défensive. La prise en compte du risque dépend de plusieurs facteurs, le service par exemple ou la pathologie, les auteurs soulignant que le fait d'être ou non une femme d'être enceinte et/ou d'avoir de jeunes enfants a une incidence sur l'appréhension du risque infectieux. Cette vulnérabilité individuelle est associée chez les femmes à la porosité des représentations entre le secteur professionnel et la sphère privée.

- En ce qui concerne l'environnement du travail (sécurité, insalubrité, bruit, locaux mal adaptés, température, travail à la lumière artificielle et risques infectieux), on constate une disparité selon les établissements. C'est dans les hôpitaux publics que le personnel signale le plus souvent des problèmes de cette nature. C'est aussi dans ces structures qu'elles sont le plus nombreuses à se plaindre de locaux mal adaptés (56%)¹⁸.

- Les rythmes et les délais à respecter sont perçus de façon croissante. En 2003, 48% des personnels hospitaliers déclarent avoir un rythme de travail imposé par des normes de production ou des délais à respecter en moins d'une heure contre 24% en 1998. Plus d'une infirmière sur deux doit répondre toujours ou souvent à une demande dans un délai de 5 minutes. 28% des infirmières et 27% des aides-soignantes déclarent être toujours obligées de se dépêcher. En 2003, 41% des personnels estimaient ne pas avoir assez de temps pour effectuer correctement leur travail contre 32% en 1998. Elles constatent aussi une augmentation des contraintes liées à l'obligation fréquente d'interrompre une activité en cours pour répondre au

¹⁶ *Journal of Advanced Nursing*, juillet 2006, vol. 55 in <http://www.infirmiers.com>, 22 04 09.

¹⁷ D. Carricaburu, D. Lhuillier, V. Merle, (2008). Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l'hôpital. *Santé publique*, 2008/0, No. 20, 57-67.

¹⁸ Mais, en revanche, 36,7% d'entre elles disposent de crèches.

téléphone, à une demande d'aide de collègues, un appel des patients, une recherche de matériel¹⁹.

- Les conditions psychologiques ont un poids important sur le ressenti du travail. Ainsi, le personnel (dont 98% d'infirmières) a un sentiment de responsabilité très présent, il redoute en cas d'erreurs professionnelles des conséquences graves sur la qualité du service. 86% des infirmières évoquent les conséquences potentiellement graves de telles erreurs pour la sécurité des personnes.

30% des infirmières ont des salariés sous leur autorité sur les aspects organisationnels ou techniques comme la répartition du travail, l'évaluation de l'activité, l'organisation des horaires, et, si le pourcentage de personnel déclarant avoir des tensions avec les supérieurs hiérarchiques reste stable, 59% des infirmières déclarent recevoir des ordres ou des consignes contradictoires²⁰.

R. Le Lan et D. Baubeau²¹ mettent en lien ces charges avec l'autonomie dans le travail, les marges de manœuvre et la possibilité d'obtenir un soutien des membres du collectif. En 2003, 60% des infirmières hospitalières déclaraient devoir respecter et appliquer strictement des consignes et des protocoles pour faire correctement leur travail. Seules 17% des infirmières déclarent pouvoir modifier tout le temps l'ordre de leurs tâches. 40% disent ne pas pouvoir faire varier les délais. Les 2/3 disent être aidées par la hiérarchie pour la résolution de tâches compliquées, et 95% peuvent compter sur l'aide des collègues en cas de travail délicat, mais 57% déclarent ne pas disposer de collègues en nombre suffisant pour faire correctement leur travail.

Cependant, dans l'ensemble, le nombre de soignants ayant le sentiment de vivre des moments très positifs dans leur relation avec les patients l'emporte sur celui des soignants déclarant vivre des situations très pénibles. Mais ce sont les infirmières et les aides-soignantes qui, parmi les soignants, sont les plus nombreuses à signaler des situations très pénibles à vivre.

Toutes ces situations de travail ne sont pas ressenties de la même façon par tous et certaines études ont pris en compte le fait que, si les conditions de travail ont un impact sur la santé, cet impact varie selon les particularités des individus notamment selon l'âge du salarié. L'enquête ESTEV a été initiée en vue de mettre à jour l'effet combiné de l'âge et des conditions de travail sur la santé.

Les conditions de travail et le vieillissement : l'importance de l'histoire professionnelle

L'impact des conditions de travail sur la santé des travailleurs ne doit pas se mesurer à un seul moment de la vie professionnelle, mais doit être considéré sur la durée de vie professionnelle. On constate ces dernières années, une élévation rapide de la moyenne d'âge du personnel hospitalier. Cette élévation est due non à un fort vieillissement du

¹⁹ Sources : enquêtes Conditions et organisation à l'hôpital 2003 et Conditions de travail 1998

²⁰ Sources : enquêtes Conditions et organisation à l'hôpital 2003 et Conditions de travail 1998.

²¹ R. Le Lan et D. Baubeau (2004). Les conditions de travail perçues par les professionnels de santé. *Études et résultats*, DREES, août, No. 335.

personnel mais à une concentration de la population autour des tranches d'âges intermédiaires 35-49 ans, et une diminution rapide des jeunes effectifs²².

Face à l'insuffisance des connaissances concernant l'influence des facteurs professionnels sur le vieillissement, l'enquête ESTEV (Enquête Santé Travail Et Vieillesse) a été entreprise à l'initiative de médecins du travail avec le concours d'épidémiologistes, d'ergonomes et de gérontologues.

L'enquête ESTEV porte sur des cohortes de salariés masculins et féminins (21,378), nés une des quatre années suivantes : 1938, 1943, 1948 ou 1953 en vue de mettre en évidence les phénomènes d'usure, et les effets à moyen et long terme des conditions de travail sur l'état de santé. Ces cohortes sont tirées au sort dans les listes exhaustives, pour les années de naissance correspondantes, des salariés surveillés par 390 médecins du travail. Il ne s'agit pas d'une représentation de la population française, seul le critère de l'âge a été retenu. Pour équilibrer l'échantillon final dans le découpage âge/sexe, un coefficient correcteur selon l'âge a été appliqué. Pour chaque salarié trois questionnaires étaient à remplir par le salarié avec l'assistance du médecin du travail: le premier sur les conditions de travail actuelles et passées, l'autre sur les pénibilités et leurs évolutions avec l'âge. Un second questionnaire court sur les conditions de vie, des items sur l'autoévaluation de la santé, rempli par le salarié seul. Le troisième questionnaire concernait l'examen médical, un inventaire des pathologies, des résultats d'examens fonctionnels, l'état des appareils locomoteurs, la vision, l'audition, quelques mesures anthropométriques.

L'enquête ESTEV a été affinée par l'enquête VISAT (vieillesse, santé, travail) 1996-2001-2006. Dans cette enquête la santé est étendue à des états infra pathologiques et à la santé subjective. Elle portait attention aux « petits troubles » qui peuvent induire ou accroître la sensation de pénibilité au travail, altérer les performances, et augmenter le risque en matière de sécurité et être annonciateurs de problèmes graves. Il s'agissait de renouveler l'enquête ESTEV en élargissant l'étude aux dimensions psychologiques dans les composantes perceptives, cognitives, affectives et psychosociales, mais en excluant la population hors champ de la médecine du travail, donc les hôpitaux publics.

Si le personnel hospitalier n'est pas dans le champ de l'enquête, les résultats permettent cependant de préciser les effets de certaines situations de travail vécues par les soignants comme le travail de nuit, les travaux répétitifs sous contrainte de temps selon l'âge et le sexe sur la santé.

L'enquête a montré que plus les salariés avançaient en âge, plus les exigences du travail leur semblaient importantes. Cependant, certaines difficultés paraissent modérément liées à l'âge : le maintien en position assise, l'exposition au bruit, au froid, à la chaleur, aux intempéries, et pour certaines atteintes psychologiques comme des interruptions fréquentes, l'exigence du public, de même que pour les contraintes d'horaires comme pour le travail le week-end. Une autre catégorie de difficultés varie peu entre 37 et 47 ans, mais augmente significativement à partir de 52 ans : rester longtemps debout, avoir des postures inconfortables, des astreintes psychophysiologiques comme la nécessité d'une attention constante et l'obligation de se dépêcher. En ce qui concerne le travail de nuit, l'enquête montre que les années passées en postes avec équipes de nuit se traduisent ensuite par une plus grande intolérance vis-à-vis de ces conditions, et ce particulièrement chez les plus âgés. Enfin, chez les femmes particulièrement, le travail répétitif et sous contrainte de

²² F. Douguet (2003). Le vieillissement des personnels hospitaliers : les effets de l'âge sur la relation soignant-soigné. *Gérontologie et société*, No. 104 2003/1.

temps par le passé les rend plus fragiles lorsqu'elles doivent « se dépêcher » dans leur travail actuel. Cette étude montre que les caractéristiques d'un travail ne prennent sens que si on prend en considération l'histoire professionnelle passée de la personne, ses inflexions et ses traces.²³

L'évolution qui voit le personnel rester plus longtemps en postes, l'augmentation de l'âge des malades et leur turn-over plus rapide ont pour conséquences une accentuation de la densité de l'activité.

Des travaux plus qualitatifs²⁴ centrés sur le personnel soignant montrent que le personnel quadragénaire et quinquagénaire estime mieux travailler en vieillissant. L'expérience accumulée au fil des ans améliore les gestes techniques mais aussi l'aspect relationnel avec les malades et les médecins. De même, les capacités d'organisation du travail sont augmentées avec l'expérience. Les infirmières et les aides-soignantes disent que leur aptitude à communiquer s'est accrue au long de leur carrière. D'abord attirées par les aspects techniques du métier, l'âge venant, elles se dirigent plus volontiers vers des services plus « relationnels ». La politique de l'hôpital en matière de gestion du personnel est de suivre un modèle selon lequel le personnel jeune est orienté vers des services dits « actifs » (réanimation, urgences...), les plus âgés vers des services « doux » ou « lents » (gériatrie, consultations externes...) dans lesquels il y a peu de manipulation de malades et peu de travail physique pénible. P. Davezies²⁵ estime que la répartition du personnel hospitalier en fonction de l'âge est un bon indicateur de pénibilité du travail.

Une enquête menée par O. Gonon et coll. (2004)²⁶ dans un grand hôpital et un CHU régional montre qu'il n'y a pas de différences significatives entre les services « jeunes », « intermédiaires » et « âgés » en ce qui concerne les horaires répartis en 2 fois 8h²⁷. Par contre les unités « jeunes » (58% des infirmières ont au plus 40 ans) ou « intermédiaires » (les infirmières ayant au plus 40 ans sont entre 56,8% et 100%) sont concernées par le travail en 3 fois 8 heures, peu dans la catégorie « âgée » (100% ont plus de 40 ans). L'exigence psychique liée à l'état du patient, l'imprévisibilité du travail, ainsi que les horaires en 3 fois 8 heures sont plus importants dans les services « jeunes » suivis par les services « intermédiaires » puis par les unités « âgées ».

Les infirmières sont contraintes à des tâches lourdes dès leurs débuts professionnels. Les « unités plus jeunes » (forte proportion de salariées jeunes) cumulent de nombreuses contraintes dont des horaires alternants ou nocturnes, les unités de soins, les unités plus âgées, sont moins contraignantes et plutôt considérées comme des situations d'accueil pour les soignants fragilisés. Cela signifie que les personnels travaillant dans des unités de soins sont fortement soumis à des contraintes dès leur entrée dans la profession, ce qui peut

²³ S. Volkoff, A. Laville, M.C. Maillard (1992). Âges et travail : contraintes, sélection et difficultés chez les 40-50 ans. Une analyse de l'enquête ESTEV. *Travail et emploi en Midi-Pyrénées*, Vol. 4, No. 54.

²⁴ F. Douguet (2003). Le vieillissement des personnels hospitaliers : les effets de l'âge sur la relation soignant-soigné. *Gérontologie et société*, No. 104, 2003/1

²⁵ P. Davezies et coll. (1998). *Vieillesse du personnel hospitalier et prévention de l'usure au travail*, Rapport de recherche réalisé pour la Direction des hôpitaux.

²⁶ O. Gonon, C. Delgoulet, J.-C. Marquié (2004). Âge, contraintes de travail et changements de postes : le cas des infirmières. *Le travail humain*, 2004/2, vol.67, PUF.

²⁷ En 2 fois 8 heures le travail d'une infirmière peut être soit de 6h du matin à 14h, soit de 14h à 22h selon le planning, elle ne travaille jamais la nuit, par contre en 3 fois 8 heures elle peut aussi travailler de 22 h à 6 h.

contribuer à plus ou moins long terme à une fragilisation de l'état de santé. On peut penser que la décision d'abandonner les horaires de nuit est reliée principalement à des problèmes de santé et d'âge en tant qu'indicateur de vieillissement biologique, et/ou à un contexte familial et domestique particulier.

L'importance des conditions psychosociales du travail, comprendre les motifs d'abandon de la profession : le burn-out

L'importance du nombre d'infirmières abandonnant ou souhaitant abandonner leur travail constatée en Europe a débouché sur l'enquête PRESST-NEXT : Promouvoir en Europe la santé et la satisfaction des soignants au travail et Nurses Early Exit Study. Il s'agit de comprendre les motifs, les circonstances et les conséquences des départs prématurés des personnels soignants afin d'y remédier.

L'enquête PRESST-NEXT²⁸ a été réalisée dans 10 pays de l'Union européenne auprès d'infirmières, aides-soignantes, agents des services hospitaliers, cadres et sages-femmes. La première partie de l'étude identifie les facteurs de santé, les conditions de travail et les facteurs organisationnels liés au souhait de quitter prématurément la profession. En France l'enquête a été menée auprès d'un échantillon représentatif des soignants paramédicaux. Les questions concernant la santé sont un peu plus développées dans le questionnaire français. D'octobre 2002 à juin 2003, 796 hommes et 6184 femmes ont été interrogés.

Il a été établi le pourcentage d'insatisfaits dans les différents phases et aspects de leur travail. Comparés à l'ensemble des paramédicaux européens, les Français ont un pourcentage d'insatisfaction toujours supérieur :

% d'insatisfaits selon la tâche à effectuer	Paramédicaux France 2003	Ensemble paramédicaux des pays européens 2003
Insatisfaction du soutien psychologique	67%	50%
Qualité du travail en équipe faible et moyenne	66,7%	58,4%
Score de charge émotionnelle (confrontation mort, maladie, souffrance, agression)	65,4%	-
Insatisfaction des transmissions entre les équipes successives	56,5%	37,1%
Insatisfaction de la possibilité de donner une bonne qualité de soins	49%	41%
Rarement ou jamais assez de temps pour parler avec les patients	28%	27%

Source: Enquête PRESST-NEXT : M. Estryn-Béhart, J-F. Caillard, O. Le Nézet, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 2004-2005.

²⁸ À cette enquête s'ajoute en 2007, l'enquête SESMAT consacrée aux médecins.

L'enquête a aussi permis de classer par ordre d'importance les motifs d'insatisfaction.

Motifs	Très insatisfaits ou insatisfaits
1) Soutien psychologique au travail	66,1%
2) Temps de chevauchement pour les transmissions	53,7%
3) Conditions physiques de travail	52%
4) Pouvoir donner des soins adéquats	49,5%
5) Salaire par rapport aux besoins financiers	44,0%
6) Perspectives professionnelles	37,4%
7) Utilisation des compétences	36,7%

Source: Enquête PRESS-NEXT : M. Estry-Béhart, J-F. Caillard, O. Le Nézet, Assistance publique-Hôpitaux de Paris 2004-2005.

Ces insatisfactions peuvent conduire au burn-out, dont on considère qu'il peut avoir des conséquences économiques importantes par les interruptions d'activité qu'il génère, ainsi que le risque réel de voir un soignant en état de burn-out commettre des actes irréparables, avoir une attitude ou des paroles néfastes pour la santé des patients. Le score de burn-out est évalué à partir de 6 questions avec cinq possibilités de réponses allant de jamais ou presque jamais à toujours en passant par rarement, quelques fois et souvent. Ces questions sont : Vous sentez-vous fatigué ? Vous arrive-t-il d'être épuisé physiquement ? Vous arrive-t-il d'être épuisé émotionnellement ? Vous arrive-t-il de penser : «je n'en peux plus » ? Vous sentez-vous exténué ? Vous arrive-t-il de vous sentir faible et prédisposé à être malade ?

46% du personnel en France a un score élevé de burn-out pour 27,8% des personnels européens. L'intention de quitter la profession au moins une fois par mois est liée en partie au score de burn-out : en France 27,4% des personnels ayant un haut score souhaitent quitter la profession pour 9% du personnel ne présentant pas de burn-out.

Les facteurs de risques reconnus de burn-out sont de plusieurs ordres. La crainte de faire des erreurs, avoir une incertitude concernant les traitements appliqués aux malades, mais aussi selon l'intensité ou la fréquence de situations d'incertitude sur le maniement d'un équipement, d'ignorance de ce que l'on peut dire au patient, de réception d'informations inadéquates ou trop tardives d'un médecin sur un patient, d'ordres contradictoires, d'être chargé de tâches au-dessus de ses qualifications. Seules 20% des personnes interrogées ne connaissent aucun de ces facteurs de risques.

Les chercheurs, après avoir évalué et déterminé l'état psychologique du personnel par un score de burn-out, ont établi les corrélations existantes entre celui-ci et les attitudes et les conditions de travail.

- Le burn-out est corrélé à la satisfaction des soignants quant aux soins qu'ils procurent à leurs malades : 56% des personnes qui ne sont pas satisfaites des soins qu'elles procurent souffrent de burn-out. Les personnes satisfaites comptent 36% souffrant de la même chose²⁹.

²⁹ Enquête PRESS-NEXT, M. Estry-Béhart, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 2004-2005

- Il est corrélé au fait d'avoir peur de commettre une erreur : 49% des personnes souffrant de burn-out ont souvent peur.
- Au fait de ressentir une pression temporelle au travail : plus la pression ressentie est forte, plus le taux de personnes souffrant du burn-out est élevé (62% contre 28%).
- Au fait de se sentir soutenu ou non par les supérieurs : 57% pour 39% qui se sentent soutenus.
- Le burn-out élevé est aussi lié à la fréquence de la violence subie de la part des malades ou de leur famille : plus on est soumis souvent à des agressions plus on souffre de burn-out.
- Le score de burn-out est aussi corrélé à l'intensité de conflit ressenti entre la vie de famille et la vie de travail : (71% pour 27%).

L'ampleur de cette enquête a permis d'étudier précisément les catégories de personnel selon différents organismes de soins et d'affiner les connaissances. Ainsi, une enquête a été menée en 2002 dans cinq régions françaises dans 55 établissements représentant les différents types de structures hospitalières auprès de soignants de services de réanimation de bloc opératoire et d'urgences³⁰ permettant de comparer les conditions de travail et ses contraintes avec la population totale des soignants.

A. Vibrod et F. Douguet³¹ ont pour leur part mené une enquête auprès d'infirmières libérales sur leur ressenti et la façon dont elles s'adaptent aux situations rencontrées. À la différence des infirmières salariées, elles ne sont pas payées en cas d'arrêt maladie. Durant leur grossesse elles travaillent plus longtemps et reprennent plus rapidement que leurs collègues du public, car les indemnités ne sont pas à la hauteur des revenus perdus. De plus, en cas d'arrêt elles n'ont pas toujours de remplaçante et si elles en ont une, elles lui imposent une très lourde charge supplémentaire, ce qui les culpabilise. Elles se veulent et se disent plus résistantes que leurs collègues grâce à leur force de caractère et à leur personnalité, fières de cette résistance correspondant à l'image de la « bonne infirmière », image valorisée socialement.

Elles font état de troubles physiques comme les TMS en raison de leurs horaires, du rythme du travail, des efforts physiques : distances parcourues, nombreux trajets en voiture, monter les escaliers. En cela, elles sont plus proches des aides-soignantes hospitalières que des infirmières hospitalières.

Elles ne reçoivent pas de soutien du collectif et se trouvent seules face aux familles, à la maladie et à la mort. Leur statut les fragilise du point de vue économique. Les chercheurs ont montré les stratégies qu'elles déployaient pour se préserver. Alors que les infirmières salariées bénéficient de trois niveaux de régulation : organisationnel, collectif et individuel,

³⁰ M. Estry-Béhart, O. Le Nézet, M. Lorient et coll. (2002). *La situation des soignants de réanimation de bloc opératoire et d'urgences des établissements publics et privés en France en 2002*. Texte publié dans les actes du congrès de la SFISI

³¹ A. Vibrod, F. Douguet (2006). Le métier d'infirmières libérales. *Série Études*, tome 2, No. 58, avril.

les infirmières libérales n'ont pas le niveau organisationnel. Mais elles utilisent les deux autres niveaux, et le cadre de la solidarité peut dépasser le périmètre du cabinet.

Elles sont plus libres dans leur organisation du travail, au point de brouiller la vie professionnelle et la vie privée et elles travaillent un plus grand nombre d'heures par semaine et ont des coupures dans la journée et le travail s'intensifie le matin et le soir. Un bon nombre d'entre elles avaient choisi le libéral pour la garde des enfants, en réalité elles constatent qu'elles sont prises dans une spirale vers plus de travail et des horaires inversés de ceux des enfants. Les chercheurs parlent de virtuosité d'un « chef d'entreprise familiale » calquée sur le mode professionnel, de « patchwork de combines », de « rafistolages ».

Prendre en compte les contraintes organisationnelles

L'objectif des enquêtes Sumer est d'évaluer les expositions aux risques professionnels des salariés. Il s'agit de décrire les expositions aux risques selon leur nature et les effectifs des salariés concernés et de repérer ces expositions selon la profession, le secteur d'activité, la taille de l'entreprise et le type de contrat, et de suivre ces expositions à long terme et constituer une référence régionale, nationale et européenne.

Ces enquêtes sont copilotées par la DARES et la DGT (inspection médicale du travail). La première qui a eu lieu en 1994 couvrait l'ensemble des salariés surveillés par la médecine du travail du régime général de la Mutualité Sociale Agricole. La seconde, en 2002-2003, a été étendue aux hôpitaux publics, EDF-GDF, la Poste, la SNCF et Air-France. Elle touche près de 80% des salariés. La troisième date de 2009 et s'étend à la fonction publique d'État et territoriale, soit 95% de la population salariée. Elle permet aussi de comparer la situation des salariés d'une profession à l'ensemble des salariés français.

Outre les caractéristiques de l'employeur, le sexe et l'âge du salarié, son emploi et l'ancienneté dans son emploi, le temps et le lieu de travail, la profession du salarié sont relevés.

Le questionnaire principal concerne les contraintes organisationnelles et relationnelles, les ambiances et contraintes physiques, les expositions à des agents chimiques, à des agents biologiques. Tout cela repéré dans la durée, avec les moyens de protection collective et individuelle et l'intensité en cas d'exposition chimique.

Un auto questionnaire rempli par les salariés concernant le ressenti des situations de travail (Karasek demande/latitude décisionnelle), la reconnaissance au travail (Siegrist déséquilibre effort/récompense), l'estimation du travail et de la relation santé/travail, un questionnaire de santé mentale, l'absentéisme par maladie ou accident, la violence au travail.

Depuis le milieu des années 1980³², a été mis en place le budget global dans un esprit de rationalisation, dont l'effet le plus visible a été la réduction de la durée de séjour des malades hospitalisés. La rotation des malades s'est accélérée entraînant un surcroît de travail pour le personnel. Il a été entrepris une codification du travail des soignants. Cette activité est extrêmement complexe, multiple et difficilement quantifiable. Formaliser les actes, devait éviter des dysfonctions organisationnelles et permettre de mieux définir la profession et sa singularité et, selon le souhait des infirmières, de mettre en lumière le manque de personnel.

³² Loi du 19/01/83 portant sur diverses mesures relatives à la sécurité sociale.

Les conditions de travail ont été modifiées par la mise sur pied en 1996³³ d'un programme d'évaluation et d'accréditation des établissements hospitaliers pour améliorer la qualité du service entraînant un surcroît d'écriture pour les soignants et une formalisation d'un certain nombre d'attentes et d'exigences sans donner les moyens d'y parvenir. Envisagée comme une modification des normes collectives, cette réforme avait pour but d'améliorer en continu la qualité et la sécurité des soins dispensés dans les établissements de santé. Chaque établissement a réfléchi sur ses principes de fonctionnement, ses procédures internes et son type de management.

L'enquête Sumer de 2003 constate que, par rapport à l'ensemble des travailleurs, les aides-soignantes et les infirmières sont particulièrement soumises à plusieurs types de contraintes dont des contraintes organisationnelles. On constate que le pourcentage de personnel soignant soumis à ces contraintes est beaucoup plus élevé que dans l'ensemble des salariés français. Être en contact avec le public, exercer une profession qui doit être opérationnelle 24h sur 24 et les conséquences que cela implique dans la répartition du temps de travail, les problèmes de matériel, le manque de personnel assorti de la dépendance du travail à celui fait par une collègue sont autant de contraintes qui, accumulées, ont une réelle incidence sur l'état de santé.

Types contraintes organisationnelles	Infirmières et de sages-femmes exposées	salariés exposés
Être en contact avec le public	96,9%	70%
Durée de travail variable selon les semaines	88,1%	72,5%
Exposition à un risque d'agression verbale du public	86,4%	42,2%
Travail au moins dix dimanches par an	60,8%	15,7%
Travail au moins 20 samedis par an		26,4%
Abandon fréquent d'une tâche pour une autre non prévue	76,9%	58,1%
Demande extérieure obligeant à une réponse immédiate	76,2%	55,2%
Exposition à un risque d'agression physique du public	63,8%	19%
Horaires variables d'un jour à l'autre	44,3%	21,1%
Nombre insuffisant de collègues dans le travail	48,2%	25,7%

Source: *Les expositions aux risques professionnels par famille professionnelle* Résultats SUMER 2003, Document d'études de la DARES, n°121, décembre 2006. Référence : Situation habituelle de travail.

Les questions sont basées sur les items du questionnaire de Karasek³⁴ afin de mesurer l'exposition des travailleurs à trois facteurs :

- La latitude décisionnelle et le degré d'autonomie accordés au salarié sont déterminés à partir de neuf questions qui évaluent les marges de manœuvre dont dispose le salarié pour peser sur les décisions dans son travail, ses possibilités d'utiliser et d'accroître sa compétence professionnelle.

- Le degré d'exigence psychologique est évalué à partir de neuf questions prenant en compte la quantité et la complexité du travail, les contraintes de temps et le morcellement du temps.

³³ Ordonnance du 24/04/96 sur la qualité et la sécurité des soins

³⁴ Robert KARASEK, Töres THEORELL (1990). *Healthy Work : Stress, productivity and the reconstruction of the workinglife*, Basic Books.

- Le soutien social est défini à l'aide de huit questions décrivant les relations avec la hiérarchie et les collègues, relations professionnelles et personnelles

Le job strain qui est la conséquence de la combinaison entre une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle ne doit pas être assimilé au stress au sens habituel du terme. Le modèle de Karasek permet de situer les salariés sur un graphique défini selon deux axes : en ordonnées la demande psychologique et en abscisse la latitude décisionnelle. La situation de job strain existe quand la demande psychologique est forte alors que la latitude décisionnelle est faible. Les infirmières se situent dans le quart supérieur droit du graphique qui regroupe les salariés qui ont à la fois une forte demande psychologique et une certaine latitude décisionnelle. On constate que les soignants sont particulièrement exposés à un grand nombre de contraintes psychologiques, mais le fait d'avoir une certaine autonomie dans le travail et une certaine latitude décisionnelle les écarte de la situation de job strain.

La reconnaissance du malade a beaucoup d'importance pour elles quand elles ont en charge des pathologies lourdes. Marc Lorient³⁵ constate que cela peut être valorisant si elles y trouvent l'occasion de réactualiser ou de parfaire leur savoir. Bien qu'elles aient une certaine autonomie dans leur travail, le bénéfice qu'elles en retirent est minimisé par les tâches administratives qui les empêchent de s'occuper des malades comme elles le souhaitent.

LE MÉTIER D'INFIRMIÈRE RESTE UN ARCHÉTYPE D'UNE PROFESSION FÉMININE: LA PLACE DU GENRE

Regarder essentiellement une population féminine tend à occulter l'effet du genre sur la santé, or les conséquences sociales de la différenciation sexuelle se répercutent sur la santé.

Bien que les infirmières se soient affirmées comme des professionnelles, une partie de leur travail considérée de « nature féminine » n'est pas encore véritablement reconnue, ni par la société, ni sans doute par une part des infirmières elles-mêmes. C'est encore l'une des professions les moins valorisées dans laquelle la femme exerce encore un rôle de subordonnée. Souvent mal payées, elles sont censées exprimer des dispositions naturelles relevant du registre de l'être : dévouement, soin, attention à l'autre, plus que de celui du savoir-faire. Le fait d'être femme exige de leur part la mobilisation d'un « certain type de compétences temporelles » c'est-à-dire une capacité à gérer le temps pour soi, pour les autres dans et hors travail. Dans cette profession éprouvante, cela relève d'un apprentissage « sexué et professionnel »; le travail des femmes est construit autour de la maîtrise des contraintes professionnelles et familiales. Cela demande une capacité à faire face aux aléas, à anticiper les activités, à coordonner des activités hétérogènes. Ce type de compétences est soutenu par une implication forte dans le travail, des possibilités d'arrangements dans son organisation et dans la vie domestique, assorti de perspectives d'évolution professionnelle vers des horaires et des tâches moins difficiles. Socialement construites, ces capacités permettent de trouver la force nécessaire pour faire face à une usure professionnelle qui s'accroît en raison de la prolongation des carrières et la dégradation des conditions de travail³⁶.

³⁵ M. Lorient. (2006). Autonomie, reconnaissance et stress. *Projet n°291*.

P. Bouffartigues et J. Bouteiller³⁷ en 2006, montrent à la suite d'entretiens qualitatifs auprès d'infirmières de plus de 40 ans, que si la proportion des infirmières qui ont des horaires réguliers de jour s'accroît avec l'âge, elle demeure minoritaire. Ils ont décelé trois types d'adaptation au travail posté chez les infirmières :

- Soit elles donnent tout à la profession, elles sont dans une situation de célibat prolongé, n'ont pas d'enfant, ont fait une carrière continue à temps plein.
- Soit leur vie professionnelle a été largement subordonnée à leur vie familiale, elles ont interrompu leur travail au moment des maternités, ou elles sont passées à temps partiel.
- Soit elles effectuent des carrières continues, marquent un attachement très prononcé à leur profession et sont en position favorable pour négocier avec leur conjoint.

Les postes à horaires de nuit fixes varient moins selon l'âge. Pour certaines infirmières ces horaires les satisfont plus que des horaires de jour ou des horaires variables.

Au sein de la profession quand il y a une certaine mixité, on assiste à un partage des tâches entre les hommes et les femmes. En effet, même dans un processus de professionnalisation, on constate que le peu d'hommes qui exercent la profession n'exécutent pas les mêmes tâches que les femmes. Les hommes infirmiers s'orientent vers les tâches les plus techniques (dialyse, réanimation, bloc opératoire, soins intensifs) ou nécessitant de la force. Les femmes sont dans les services plus en contact avec les patients (pédiatrie, gériatrie, oncologie, santé scolaire, PMI, santé au travail). Quand le travail est mixte, comme en psychiatrie³⁸, la répartition et l'exécution des tâches sont sexuées. Les hommes sont attendus du côté de l'utilisation de la force et de l'intimidation, tandis que les femmes usent plutôt de la ruse et de la compassion, de la douceur et de la compréhension vis-à-vis des malades.

En chirurgie les infirmières panseuses ont une attitude particulière face aux chirurgiens. Elles sont très attentives, devançant les souhaits des chirurgiens, prévoient les problèmes qui vont se poser comme une baisse de vigilance, une colère, elles jouent de plusieurs registres pour assurer le bon déroulement des interventions : coquettes, maternelles, statues de marbre³⁹.

L'aspect relationnel du travail infirmier n'est pas reconnu et il est dévolu aux femmes. Mais il est aussi très difficile à « dire », d'autant plus qu'il est le plus souvent

³⁶ P. Bouffartigues et J. Bouteiller (2003). *Jongleuses en blouse blanche : La mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières*, communication aux IXes journées de sociologie du travail, 27-28 nov.

³⁷ P. Bouffartigues et J. Bouteiller (2002). *Le temps du travail dans le temps de l'emploi. Biographies professionnelles et biographies familiales d'infirmières de plus de 40 ans*. Post-enquête « Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé » Lest, n°47, juin 2005. Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la Santé et de la Solidarité.

³⁸ S. Fortino, *La mixité au travail*, La dispute.

³⁹ P. Molinier citée par M.-C. Limame, *Revue de la littérature sur la dimension du genre et professions de soins* snpst.org/.../dimensiondugenreetprofessionsdesoin.doc

masqué et en partie constitué de transgressions aux règles⁴⁰. Sabine Fortino (2002) montre que la gestion des sentiments, de la souffrance, de la peur considérée comme naturellement du registre de la féminité est en fait un travail sur soi, « la compassion infirmière entendue au sens littéral du terme « souffrir avec » est une construction sociale à part entière »⁴¹, construction collective mobilisée par l'expérience soignante. Ces techniques féminines sont effacées du registre des compétences, et cette disqualification est intériorisée par les soignantes elles-mêmes. Si par manque de personnel, une surveillante est à la limite du surmenage et l'exprime, sa parole est disqualifiée sous la forme de : « vous êtes trop consciencieuse, trop exigeante (...) Faites donc autre chose que de travailler.⁴²»

Pascale Molinier⁴³, à partir de la clinique et de la psychodynamique du travail montre que chez les infirmières une des dimensions centrales de leur activité, la compassion, n'est pas une capacité ontologique naturelle mais bien une construction collective mobilisée par la formation et l'expérience soignante. Elle montre, à l'inverse, que le travail du personnel des services d'entretien, de restauration, ou de sécurité, en grande partie occupé par des hommes, présente aussi des aspects compassionnels. Mais à la différence du travail des infirmières, ce travail n'apparaît pas dans le registre naturel ou vocationnel, parce que ce sont des services techniques majoritairement tenus par des hommes.

La pénibilité du travail de nuit

Près de 22% des infirmiers travaillent à temps partiel dans des établissements de santé. La proportion de personnel infirmier en horaire fixe de nuit est estimée à 20%⁴⁴. 41% des infirmières travaillent de nuit pour 39% des médecins et 32% des aides-soignantes. Une sur cinq des infirmières et aides-soignantes déclare travailler plus de 60 nuits par an⁴⁵. Les infirmières commencent le travail de nuit tôt dans leur carrière pour un temps limité : 80% d'entre elles ont commencé les horaires de nuit avant 30 ans, 50% entre 20 et 25 ans, 6,6% après 40 ans⁴⁶.

Le travail de nuit implique des conditions de travail particulières. On peut supposer qu'en raison d'un effectif moins important, la nuit induit plus de contraintes. La nuit, plusieurs exigences du travail infirmier se trouvent renforcées du fait de la faiblesse des effectifs, de l'absence de médecins, de la nécessité de rester actifs à des heures pour lesquelles l'organisme n'est pas programmé. La moitié du personnel soignant ne se sent pas en sécurité la nuit; isolé, il risque plus de menaces et d'agressions que le personnel de jour. La solitude, le manque de communication et de valorisation augmentent le poids des responsabilités, qui peut être apprécié par certains et ressenti comme une source de stress pour d'autres. V. Commare⁴⁷ a interrogé 50 soignants sur les motivations du travail de nuit.

⁴⁰ P. Molinier (2000). Travail et compassion dans le travail hospitalier. *Cahiers du genre*, No. 28.

⁴¹ S. Fortino (2002). *La mixité au travail*, La dispute.

⁴² P. Molinier (2000). Travail et compassion dans le travail hospitalier. *Cahiers du genre*, No. 28.

⁴³ P. Molinier (2000). Travail et compassion dans le travail hospitalier. *Cahiers du genre*, No. 28.

⁴⁴ Les effectifs, l'activité et la répartition des professionnels de santé : Démographie actuelle de la profession d'infirmier et évolution passée, Rapport 2004 de l'ONDPS. Tome 3, Éd. *La documentation française*, 2004.

⁴⁵ Enquête COTAES

⁴⁶ C. Gadbois (2004). Les discordances psychosociales des horaires postés : questions en suspens. *Le travail Humain*, 2004/1 volume 67 PUF 2002 et C. Gadbois et G. Vilatte (1998). *Le travail posté. Marché d'horaires et temps de carrières XXXIII congrès de la société d'ergonomie de langue française*, Paris, septembre.

Elles sont variables en fonction de caractéristiques personnelles de chacun, six grands types de facteurs apparaissent de manière récurrente :

- L'augmentation du temps libre (pour activités culturelles, sportives, etc.) pour 38 personnes
- 35 personnes évoquent une plus grande autonomie pour organiser le travail sans la pression des médecins.
- 30 personnes disent apprécier la nuit l'ambiance de travail car il y a moins de personnel ce qui engendre plus de solidarité dans le travail.
- Pour 24 personnes, la nuit donne le plaisir d'avoir des responsabilités, le personnel est moins nombreux, il n'y a pas de médecins et de cadres ce qui leur permet de prendre des décisions importantes pour les patients.
- Pour 14 d'entre elles, le travail de nuit permet de pallier les problèmes de garde d'enfant ou de personnes dépendantes
- Enfin 13 d'entre elles invoquent l'indemnité versée en compensation.

En fait, la nuit, il y a une accentuation des charges physiques mais les tâches sont moindres. En 2001, 81% des infirmières de nuit disent devoir adopter des postures pénibles au cours de leurs activités pour 44% des infirmières de jour, 65% devoir porter des charges lourdes et faire des efforts physiques importants pour 44% des infirmières de jour; enfin, 95% des infirmières de nuit disent devoir rester debout pendant de longues périodes pour 80% des infirmières de jour. Elles se déplacent plus que celles de jour. Une étude réalisée par M. Estry-Béhart et N. Bonnet⁴⁸ dans dix services hospitaliers montrent que le personnel de nuit est soumis à des postures plus pénibles dans six services sur dix, il a plus de manutentions de lourdes charges, et un certain nombre de tâches qui, le jour, sont dévolues aux aides-soignants. Cette étude s'attache à mieux comprendre l'impact de ce mode d'organisation sur le sommeil et la santé, sur la vie sociale et familiale.

Le contact avec le public et la violence

Les infirmières sont sensibles à la violence à laquelle elles se trouvent confrontées. Le monde hospitalier est un monde où la violence est latente, d'autant plus qu'il s'agit d'un monde ouvert à tous, et que les conditions de travail difficiles se répercutent sur l'accueil et le traitement des malades. La violence n'est pas phénomène nouveau dans certains services hospitaliers comme les urgences, la psychiatrie et la gériatrie où les patients ont des pathologies particulières. Mais ce qui est plus récent, c'est que cette violence s'étend à des services jusque-là préservés tels que la médecine générale, la maternité, la pédiatrie, les

⁴⁷ V. Commare et F. Signorini (1999). *Mieux vivre la nuit à l'hôpital*, Mémoire de l'institut de formation des cadres de santé-Paris AP-HP.

⁴⁸ M. Estry-Béhart et N. Bonnet (1992). Le travail de nuit à l'hôpital : quelques constats à prendre en compte. *Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de la sécurité sociale*, Vol. 53, No. 8.

postes d'accueil, en centre ville, zones urbaines ou en zones rurales. L'augmentation du nombre de porteurs d'armes, l'accueil d'un nombre croissant de personnes dans un cadre de restriction budgétaire et de personnel, des horaires et des conditions de travail qui favorisent l'isolement du personnel, un personnel peu préparé à affronter la violence. Les infirmières de moins de 40 ans sont les plus menacées, les agressions les plus courantes sont verbales : injures ou propos racistes, intimidations, voies de fait sont aussi fréquentes, les « cas d'homicides ne sont pas rares »⁴⁹. Elles sont le fait de malade ou de leur famille. Elles sont plus exposées que les hommes car ce sont elles qui sont en relation avec le public, s'occupent des patients en salle de soins alors que les hommes sont plutôt dans les salles d'opération ou en soins intensifs. Plus soumises aux risques d'agression, elles ont pour mission de désamorcer cette violence en l'anticipant, ou de la canaliser. En fait ce travail est, quand il est bien fait, totalement invisible.

Le personnel ne se sent pas toujours respecté par les usagers ni soutenu par les institutions. Or, des études révèlent que beaucoup d'agressions subies sont dissimulées par peur de représailles, peur de paraître un mauvais professionnel par les collègues, peur de ternir l'image de l'établissement. De plus dans ce secteur, il y a encore tendance à considérer que la violence fait partie des risques du métier.

Pascale Molinier (1999) montre que les hommes et les femmes n'ont pas la même conception de la violence. Contrairement aux hommes, la violence pour les femmes s'inscrit en rupture avec l'identité féminine. La définition qu'elles en donnent est extensive et commence par la négation de l'autre et l'indifférence. Cela leur permet de repérer les prémices de la violence et ce travail « implique un même mouvement d'amorcer l'intersubjectivité et de désamorcer la violence, c'est une œuvre invisible qui contient de morceaux cachés et obscurs. »⁵⁰

Les infirmières sont aussi soumises à du harcèlement sexuel de la part des malades ou de leur famille mais aussi de la part des personnels de santé⁵¹. D'après le Conseil international des infirmières siégeant à Genève le niveau devient alarmant : 69% des infirmières au Royaume-Uni disent avoir été victimes de harcèlement sexuel. Ceci est lié aux conditions de travail, à l'isolement du personnel en raison des horaires, à des locaux inadéquats, à une organisation inadaptée, des systèmes de sécurité et de transmission défectueux ou absents.

⁴⁹ Les services de santé (2001). Lieux de tous les dangers ? *Magazine de l'OIT*, n°41, décembre.

⁵⁰ P. Molinier (1999). Prévenir la violence : l'invisibilité du travail des femmes. *Travailler*, No. 3.

⁵¹ D'après le conseil international des infirmières (dont le siège est à Genève) le phénomène a atteint un niveau alarmant : 69% des infirmières interrogées au Royaume-Uni, 48% en Irlande, 76% aux É.-U. disent avoir été victime de harcèlement sexuel, et même au sein de la profession de la part de collègues ou de médecins.

Les a priori sur le partage des tâches

Concernant les tâches physiquement pénibles, un article de K. Messing et D. Elabidi⁵² plus particulièrement consacré aux aides-soignantes et aides-soignants prend en compte le critère de sexe au Québec. Jusqu'en 1975, l'attribution des postes dépendait du sexe. Moins bien payées que les hommes, les femmes ont réclamé l'égalité et refusé le critère de sexe dans l'attribution des postes. Depuis, les hommes, considérant que les femmes sont dans l'incapacité physique de faire leur part, se plaignent de se voir confier les tâches les plus lourdes. Les auteurs ont étudié l'écart entre le travail effectué réellement et la représentation que s'en fait l'employeur. En ce qui concerne le partage des tâches, l'enquête montre que les femmes exécutent un nombre bien plus important de tâches que les hommes, qu'elles exécutent seules le même nombre de tâches lourdes qu'eux. De plus, lorsqu'elles ont besoin d'aide elles sollicitent plus souvent une autre femme plutôt qu'un homme. Cette étude montre l'écart existant entre les représentations des hommes et les observations des enquêteurs sur la réalité du travail des femmes.

Les femmes ont proportionnellement plus d'accidents que leurs collègues masculins, et l'écart s'agrandit avec l'âge : le nombre des accidents chez les hommes diminue, celui des femmes augmente. Le plus souvent c'est le dos qui est touché à la suite d'efforts répétés lors de la manipulation des patients. La restitution de ces résultats a étonné le personnel. Seules trois infirmières-chefs n'ont pas été surprises. Les auteurs de l'article émettent quelques hypothèses explicatives sur l'étonnement suscité par les résultats :

- soit l'on considère que les femmes capables sont l'exception qui confirme la règle, soit les hommes qui font moins que leur part sont considérés comme des cas rares.
- dans les services où il n'y a pas de rotation, les hommes se trouvent face aux tâches les plus lourdes cela est plausible mais pas sûr, le « bon » caractère est aussi important que la capacité physique, ou bien il y a une sélection qui consiste à exclure les femmes à cause du risque de TMS.
- la perception peut aussi être due au fait que l'on ne fait appel aux hommes que dans des cas rares de charge exceptionnelle ou de danger.

Les auteurs se posent la question de savoir si les hommes, à cause des stéréotypes masculins, ne prennent pas trop de risques. Mais, en vieillissant ils refuseraient de mettre leur santé en danger prenant prétexte que les femmes n'en font pas assez.

L'augmentation du taux d'accidents chez les femmes et la diminution de ce taux chez les hommes peut s'expliquer par la différence d'âge. Les femmes sont plus âgées que les hommes. L'étude constate que les tâches physiques diminuent chez les hommes à mesure que leur âge augmente. Par contre que ces tâches restent constantes chez les femmes. Les auteurs expliquent cette différence par le fait que les tâches physiques effectuées par les femmes ne sont pas reconnues et de ce fait, elles ne peuvent être diminuées. Le plus grand

⁵² K. Messing et D. Elabidi (2002). Aides-soignants et aides-soignantes dans les tâches physiques lourdes. *Cahiers du genre*, No. 32.

nombre d'accidents chez les femmes viendrait de la combinaison d'un rythme de plus en plus accéléré du travail, combiné au vieillissement.

Il faut prendre en compte les perceptions subjectives du travail

On peut trouver des études qui comparent des pathologies plutôt féminines ou masculines quand la forme du travail est très différenciée, il est plus rare de trouver des études dans lesquelles le genre est pris comme variable explicative.

Ce sont sans doute les perceptions subjectives du travail qui sont les plus difficiles à déterminer et à mesurer. M. Gollac et S. Volkoff⁵³ en montrent les raisons. Elles peuvent être masquées par les travailleurs eux-mêmes par un refoulement inconscient, par peur ou honte, sous la pression du groupe. Dans leur étude, ils ont introduit la dimension du genre et cherché à séparer l'effet des conditions de travail sur les hommes et sur les femmes, en qualifiant les travaux de « plus typiquement masculins » ou « plus typiquement féminins » ou « neutres ». Les formes d'organisation considérées comme plus masculines impliquent un travail exigeant et une charge cognitive. Les femmes sont plus souvent chargées de travaux manquant d'autonomie, solitaires et sans soutien collectif.

Les auteurs ont constaté que les hommes comme les femmes sont toujours plus nombreux à considérer comme plus dangereuses les conditions de travail qu'ils exercent quand elles sont qualifiées comme relevant plutôt du sexe opposé : les hommes travaillant dans des conditions de travail plutôt féminines les jugent plus dangereuses pour leur santé que les femmes qui exercent les mêmes. À l'inverse les femmes exerçant dans des conditions de travail plutôt masculines s'estiment plus en danger qu'un homme situé dans des conditions similaires.

Pour les hommes le degré d'exigence du travail n'a pas d'effet significatif sur le sentiment que leur travail menace leur santé. Par contre, cette forme d'organisation plutôt masculine donne aux femmes l'impression qu'elle est une menace pour leur santé. L'importance de la charge cognitive (autre forme masculine de travail) dégrade l'opinion qu'ont les hommes sur leur état de santé, et de façon encore plus importante pour les femmes. Pour les formes de travail « plus féminines », les chercheurs ont montré que le manque de maîtrise et d'autonomie dans le travail n'a pas d'influence sur les opinions des femmes sur leur état de santé, alors que pour les hommes il est lié à une appréciation pessimiste de l'impact de leur travail sur leur santé. Le manque de soutien de la collectivité ne paraît pas avoir d'importance sur la santé autant pour les hommes que pour les femmes.

⁵³ M. Gollac et S. Volkoff (2006). La perception subjective du travail : rôle des identités de genre et des conditions d'emploi. Document de travail, *Centre d'études de l'emploi*, n°69 octobre.

Les expressions de la souffrance et les stratégies de défense sont sexuées

Même quand les pathologies sont semblables, les incidences et les façons de réagir peuvent être différentes selon le sexe et le genre. En effet, les conditions de travail et leur ressenti ne dépendent pas seulement de l'environnement matériel.

Il faut tenir compte de la position du sujet par rapport au risque dont il peut être la victime de façon individuelle ou collective. Or, cette position dépend de la place hiérarchique et du sexe du travailleur.

Les stratégies spécifiques développées par les femmes consistent à former des binômes, ce qui minimise le temps et la force nécessaires, protège de la violence et du harcèlement sexuel. Ces stratégies sont mises à mal en période de sous effectifs. L'appel aux hommes sous prétexte de galanterie peut être aussi une stratégie mais celle-ci est inopérante en cas de surcharge de travail.

Les stratégies individuelles des femmes passent par l'absorption de médicaments prescrits, alors que celles des hommes consistent à consommer de l'alcool ou de la drogue. Les hommes mettent plutôt en œuvre des stratégies collectives de défense qui correspondent à des conduites considérées comme viriles : le courage, l'emploi de la force, le mépris du danger. Ces stratégies collectives de défense « visent à modifier, transformer et euphémiser, pour ne pas dire anesthésier, la perception que les hommes ont de la réalité qui les fait souffrir⁵⁴ ».

Les stratégies mises en place par les femmes sont disqualifiées du registre des compétences et naturalisées dans le registre de l'être. Cette disqualification est, selon Pascale Molinier⁵⁵, intériorisée par les femmes qui se sentent coupables, devant fournir des preuves de leur impunité. Parce qu'elles sont femmes, elles doivent prouver qu'elles ne font pas passer leur vie de travail derrière leur vie personnelle. Pascale Molinier décrit la façon dont les femmes agissent dans le système hospitalier. Afin de protéger leur éthique professionnelle face aux demandes, elles adoptent la stratégie de la « bécasse » ce qui leur permet de garder la situation en main, gagner du temps pour réfléchir et arriver à leurs fins en évitant l'obligation de répondre à une demande qu'elles jugent inacceptable. Elles mobilisent aussi « l'intelligence pratique rusée » quand il est nécessaire de faire face à une situation de violence contre elles ou d'un malade contre lui-même sans utiliser la force physique. Elles la mobilisent aussi pour convaincre un malade d'accepter des soins parfois douloureux. Toutes ces stratégies se font dans la discrétion, de façon « naturelle » et n'apparaissent pas comme des capacités professionnelles.

Les études montrent que les hommes ont des expressions de la souffrance plus spectaculaires que celles des femmes, comme le suicide, le vandalisme, le sabotage. Les femmes s'expriment par des pathologies somatiques plus discrètes comme la dépression, la prise de poids ou des problèmes dermatologiques.

⁵⁴ P. Molinier (2000). Travail et compassion dans le travail hospitalier. *Cahiers du genre*, Paris, Vol. 28, No. 2, 49-70.

⁵⁵ P. Molinier (2000). Travail et compassion dans le travail hospitalier. *Cahiers du genre*, Paris, Vol. 28, No. 2, 49-70.

JE DIRAIS, EN CONCLUSION, QU'UNE PRÉVENTION EFFICACE DOIT TENIR COMPTE DU GENRE

Les études et les enquêtes que nous avons présentées montrent que pour aboutir à une meilleure prise en compte des conséquences du travail sur la santé, il faut minimiser l'exposition aux risques. Mais, les recommandations ou conseils de prévention donnés par les organismes publics restent encore très peu axés sur la spécificité du genre.

Par exemple en ce qui concerne la violence, le rapport du BIT « La violence au travail » en 1998 donne des consignes précises qui peuvent servir de cadre pour asseoir une politique de prévention fondée à la fois sur une démarche participative et l'engagement de tous les professionnels et instances concernées, basée sur l'importance de la déclaration de toute forme d'agression. La Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé a établi en 2002 des fascicules à l'intention du personnel hospitalier pour la prévention des pathologies⁵⁶. Il s'agit de décrire les agressions inhérentes à la profession et de proposer des conseils de prévention sans différenciation de sexe. Au point de vue psychologique, la profession est décrite comme devant faire des actes de soins, faire face au malheur de l'autre, associer le geste médical au soutien moral, savoir composer entre un acte de soin parfois douloureux et agressif et la lutte pour la vie. Là aussi, le thème de la violence est particulièrement abordé : « Choisir d'être professionnel de santé c'est admettre de rencontrer un monde de violence dans le partage », se heurter à des constats d'impuissance et de faillibilité de l'aide, coudoyer la mort qui renvoie à la sienne, s'identifier au malade. Ces confrontations peuvent pousser la personne à agir pour ne pas penser ce qui conduit au stress et à l'épuisement dont l'un des symptômes est la déshumanisation de la relation, voire la maltraitance du malade. Ces atteintes nécessitent que la personne sache gérer ses émotions, se connaître soi-même, trouver la « bonne distance » avec les malades, garder « une juste distance avec l'équipe, développer l'aptitude à la distanciation ». L'âge permet d'acquérir ces qualités, l'expérience est alors un facteur de prévention. Enfin il est indiqué que la « hardiesse » entendue au sens de capacité à faire face, à s'engager dans la vie, à relever des défis, protège du stress⁵⁷.

Les atteintes psychosomatiques sont effectivement difficiles à mesurer du fait de la subjectivité du travailleur. Cependant les conséquences de ces atteintes ont des répercussions négatives sur l'efficacité du travail. Ce phénomène est d'autant plus préoccupant pour l'institution que les victimes de ces répercussions sont les malades. Face aux nouvelles pathologies du travail comme le stress, l'anxiété ou la violence au travail, Vincent Grosjean⁵⁸, chercheur à l'INRS, propose d'envisager la prévention via une réflexion sur le bien-être au travail. Considérant que les problèmes de santé sont moins liés à un risque spécifique qu'à un ensemble de facteurs tels que l'organisation du travail, les modalités de temps de travail, les relations hiérarchiques, l'organisation internationale du travail estime qu'il faut appréhender ces problèmes dans un cadre global de bien-être au travail. Cette façon de voir mobilise plus facilement les acteurs dans l'entreprise. Des réflexions apparaissent cherchant à lier la prévention, et notamment les TMS et lombalgies, à la gestion de l'organisation du point de vue des ressources humaines en matière de santé

⁵⁶ A. Mauranges (2002). Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé (MNHPS).

⁵⁷ A. Mauranges (2002). Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé (MNHPS).

⁵⁸ V. Grosjean (2005) Le bien-être au travail : un objectif pour la prévention ? *Cahiers de notes documentaires*, INRS, Hygiène et sécurité au travail, 1^{er} trimestre 2005-198/29.

au travail. Cette façon d'aborder les choses est orientée en bonne partie dans un souci d'améliorer la qualité du travail pour un meilleur rendement économique.

Un des secteurs en avance sur ce thème est précisément celui de la santé du personnel infirmier dans les hôpitaux et maisons de retraite. Un certain nombre de travaux ont eu lieu sur le stress et le burn-out. Les travaux dans ce champ soulignent trois points :

- une bonne prévention impose de s'intéresser aux situations les plus anodines car celles-ci ont des effets réels sur la santé des travailleurs et de leurs familles.
- l'essentiel du coût des souffrances psychologiques pour les établissements de santé est dû au personnel soignant car le mal-être engendre de l'absentéisme, ce qui perturbe en cascade la marche du service, met les patients en danger, donne une surcharge de travail pour le personnel, aboutit à une baisse de qualité du service au patient et donc de sa satisfaction.
- Intervenir avant la rupture sur des cas moins lourds est plus simple que d'attendre un burn-out. Cette intervention demande une action concertée entre le salarié et la direction des ressources humaines. Cette direction pour gérer le personnel de façon efficace doit tenir compte des horaires, de la formation des équipes, et prendre en considération l'interaction vie de travail et vie personnelle.

Faire adopter une politique d'aménagement ou de prévention implique de s'immiscer dans les prérogatives du management et de la direction de l'entreprise, lesquels doivent admettre les causes organisationnelles d'un certain nombre de pathologies, reconnaître que l'hyper sollicitation est préjudiciable à la santé, et que le risque pour la santé est lié à l'intensification de la demande dans des visées de productivité. Selon V. Grosjean, pour que cette façon de considérer le travail soit acceptée par le plus grand nombre, et en particulier par les entreprises, il ne faut plus seulement orienter la politique de prévention vers une réduction des pathologies. Il est nécessaire de sortir du cadre strict des maladies et des accidents professionnels, et de se soucier plutôt de la promotion de la santé dans le cadre du travail. Reste, selon L. Vogel, à faire en sorte que cette vision de la santé englobant travail et famille ne s'immisce pas trop dans la vie privée du travailleur.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ARBORIO, A.-M. 2001. *Les aides-soignantes à l'hôpital : un travail invisible*. Éd. Syrios.
- BOUFFARTIGUE, P., BOUTEILLER, J. 2003. *Jongleuses en blouse blanche : La mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières*, communication aux IXes journées de sociologie du travail, 27-28 nov. 2003.
- BOUFFARTIGUES, P, BOUTEILLER, J. 2005. *Le temps du travail dans le temps de l'emploi. Biographies professionnelles et biographies familiales d'infirmières de plus de 40 ans*. Post-enquête, Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé, Lest, n°47, juin 2005. Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la Santé et de la Solidarité.
- COMMARE, V., SIGNORINI, F. 1999. *Mieux vivre la nuit à l'hôpital*, Mémoire de l'institut de formation des cadres de santé-Paris AP-HP.
- CANOUI, P. 2003. La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques. *Revue infoKara médecine et hygiène*, Vol. 2.
- CARRICABURU, D., LHUILIER, D., MERLE, V. 2008. Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l'hôpital. *Santé publique*, N°20, p. 57-67.
- DARES. 2006. Les expositions aux risques professionnels par famille professionnelle, Résultats SUMER 2003, *Document d'études de la Dares*, n°121, décembre 2006.
- DAVEZIES, P. et coll. 1998. *Viellissement du personnel hospitalier et prévention de l'usure au travail*, Rapport de recherche réalisé pour la Direction des hôpitaux.
- DOUGUET, F. 2003. Le vieillissement des personnels hospitaliers : les effets de l'âge sur la relation soignant-soigné, *Gérontologie et société*, n°104, 1.
- ESTRYN-BÉHART, M., BONNET, N. 1992. Le travail de nuit à l'hôpital : quelques constats à prendre en compte. *Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de la sécurité sociale*, Vol. 53, No. 8.
- ESTRYN-BÉHART, M., LE NEZET, O., LORIOU, M. et coll. 2002. *La situation de soignants de réanimation de bloc opératoire et d'urgences des établissements publics et privés en France en 2002*. Texte publié dans les actes du congrès de la SFISI. 2004.
- ESTRYN-BÉHART, M. et coll. 2004. Santé et satisfaction au travail et abandon du métier de soignant. *Étude PRESST-NEXT Partie 1*, AP-HP, Association Notre Dame du bon secours, INRS.
- ESTRYN-BÉHART, M. 2008. *Santé et satisfaction au travail*, Presses de l'EHESP.
- FORTINO, S. 2002. *La mixité au travail*, La dispute 2002.
- GADBOIS, C. 1998. Les discordances psychosociales des horaires postés : questions en suspens. *Le travail Humain*, 2004/1 volume 67 PUF 2002 ou C. Gadbois, Vilatte G. Le travail posté. Marché d'horaires et temps de carrières XXXIII congrès de la société d'ergonomie de langue française Paris, septembre.
- GOLLAC, M., VOLKOFF, S. 2006. La perception subjective du travail : rôle des identités de genre et des conditions d'emploi. Document de travail, *Centre d'études de l'emploi*, n°69 octobre.
- GONON, O., DELGOULET, C., MARQUIÉ, J.-C. Âge, contraintes de travail et changements de postes : le cas des infirmières. *Le travail humain*, 2004/2, vol.67, PUF.
- GROSJEAN, V. 2005. Le bien-être au travail : un objectif pour la prévention ? INRS, Hygiène et sécurité au travail, *Cahiers de notes documentaires*, 1^{er} trimestre 2005-198/29

- HUGHES, E. C. 1996. *Le regard sociologique. Essais choisis*, Textes rassemblés et présentés par J.-C. Chapoulie, éd. EHESS, Paris.
- HUGHES, E. C. 2006. *Journal of Advanced Nursing*, juillet, Vol. 55 in <http://www.infirmiers.com>, 22 04 09
- KARASEK, R., BAKER, D. et coll. 1981. Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease : prospective study of Swedish men. *American journal of Public Health*, Vol. 71.
- KARASEK, R., THEORELL, T. 1990. *Healty Work : Stress, productivity and the reconstruction of workinglife*, Basic Books.
- KERGOAT, D. 1992. *Ouvrières et infirmières, deux rapports à la qualification*, in D. Kergoat, F. Imbert, H. Le Doaré, D. Sénotier, *Les infirmières et leur coordination 1988-1989*, éd. Lamarre.
- LE LAN, R., BAUBEAU, D. 2004. Les conditions de travail perçues par les professionnels de santé. *Études et résultats*, DREES, No. 335, août.
- LE LAN, R. 2006. Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès de 5000 actifs des établissements de santé. *Série statistiques*, document de travail, DREES, No. 102, août.
- LIMAME, M.C. Revue de la littérature sur la dimension du genre et professions de soins snpst.org/.../dimensiondugenreetprofessionsdesoin.doc.
- Loi du 8 avril 1946 du Code de la Santé Publique, livre IV, titre II, art. L473.
- LES SERVICES DE SANTÉ . 2001. Lieux de tous les dangers ? *Magazine de l'OIT*, n°41, décembre.
- LORIOU, M. 2006. Autonomie, reconnaissance et stress. *Projet* No. 291.
- MAURANGES, A. 2002. Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé (MNHPS).
- MESSING, K., ELABIDI, D. 2002. Aides-soignants et aides-soignantes dans les tâches physiques lourdes. *Cahiers du genre* ; No. 32.
- MOLINIER, P. 1999. Prévenir la violence : l'invisibilité du travail des femmes. *Travailler*, No. 3.
- MOLINIER, P. 2000. Travail et compassion dans le travail hospitalier. *Cahiers du genre*, Paris, Vol.28, No. 2, 49-70.
- MUNOZ, J., BERTRAND, D, RAYMOND, A. 2007. Conditions de travail et accréditation : incidence dans l'activité de travail des professions de santé. *Document de travail, série statistiques*, Dress, No. 112, juillet.
- ONDPS. 2004. Les effectifs, l'activité et la répartition des professionnels de santé : Démographie actuelle de la profession d'infirmier et évolution passée, Rapport 2004 de l'ONDPS. Tome 3, Éd. *La documentation française*.
- SÉNOTIER, D. 1992. Cent ans d'évolution de la profession, in D. Kergoat, F. Imbert, H. Le Doaré, D. Sénotier : *Les infirmières et leur coordination 1988-1989*, ed. Lamarre.
- SICART, D. 2006. Les professions de santé au 1^{er} janvier. *Document de travail, Série statistiques*, Drees, No. 97, mai.
- VIBROD, A., DOUGUET, F. 2006. Le métier d'infirmières libérales. *Série Études*, Tome 2, No. 58.
- VOLKOFF, S., LAVILLE, A., MAILLARD, M.C. 1992. Âges et travail : contraintes, sélection et difficultés chez les 40-50 ans. Une analyse de l'enquête ESTEV ». *Travail et emploi en Midi-Pyrénées*, Vol. 4, No. 54.