

The logo for Stimulus, featuring the word "Stimulus" in a white serif font inside a blue rectangular box with a gold border.

**Caisse autonome de retraite et de prévoyance
des infirmiers, masseurs kinésithérapeutes,
pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes**



Etude sur la pénibilité de l'exercice professionnel des praticiens de santé affiliés à la CARPIMKO

Etude menée de
juin à octobre 2020

Novembre 2020

SOMMAIRE

SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS	3
1. CONTEXTE DE CETTE ENQUETE	4
2. VUE D'ENSEMBLE DE LA DEMARCHE.....	7
3. METHODOLOGIE D'ANALYSE DES RESULTATS QUANTITATIFS	8
3.1. <i>Etude quantitative – Que mesure-t-on ?</i>	<i>8</i>
3.2. <i>Mesure du stress psychologique.....</i>	<i>9</i>
3.3. <i>Mesure du burn-out de Maslach - MBI.....</i>	<i>10</i>
3.4. <i>Analyse des causes – échelle FRPS (Facteurs des Risques Psycho-Sociaux).....</i>	<i>11</i>
4. METHODOLOGIE D'ANALYSE DES RESULTATS QUALITATIFS	12
4.1. <i>Entretiens individuels et observations terrain.....</i>	<i>12</i>
4.2. <i>Grille d'analyse utilisée</i>	<i>12</i>
5. RESULTATS EN POPULATION GLOBALE	14
5.1. <i>Taux de participation au questionnaire</i>	<i>14</i>
5.2. <i>Indicateurs d'épuisement professionnel</i>	<i>16</i>
5.3. <i>Indicateurs de stress.....</i>	<i>19</i>
5.4. <i>Analyses des causes de risques psychosociaux.....</i>	<i>22</i>
5.5. <i>Facteurs de pénibilité</i>	<i>23</i>
6. FOCUS SUR LES INFIRMIERS : RESULTATS.....	25
6.1. <i>Le métier</i>	<i>25</i>
6.2. <i>Indicateurs d'épuisement professionnel</i>	<i>25</i>
6.3. <i>Indicateurs de stress</i>	<i>26</i>
6.4. <i>Analyses des causes de risques psychosociaux.....</i>	<i>29</i>
6.5. <i>Facteurs de pénibilité</i>	<i>30</i>
7. FOCUS SUR LES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES : RESULTATS	48
7.1. <i>Le métier</i>	<i>48</i>
7.2. <i>Indicateurs d'épuisement professionnel</i>	<i>48</i>
7.3. <i>Indicateurs de stress</i>	<i>50</i>
7.4. <i>Analyses des causes de risques psychosociaux.....</i>	<i>52</i>
7.5. <i>Facteurs de pénibilité</i>	<i>54</i>
8. ORTHOPHONISTES : RESULTATS.....	70
8.1. <i>Le métier</i>	<i>70</i>
8.2. <i>Indicateurs d'épuisement professionnel</i>	<i>70</i>
8.3. <i>Indicateurs de stress</i>	<i>71</i>
8.4. <i>Analyses des causes de risques psychosociaux.....</i>	<i>73</i>
8.5. <i>Facteurs de pénibilité</i>	<i>74</i>
9. ORTHOPTISTES : RESULTATS.....	89
9.1. <i>Le métier</i>	<i>89</i>
9.2. <i>Indicateurs d'épuisement professionnel</i>	<i>89</i>
9.3. <i>Indicateurs de stress</i>	<i>90</i>
9.4. <i>Analyses des causes de risques psychosociaux.....</i>	<i>91</i>
9.5. <i>Facteurs de pénibilité</i>	<i>92</i>
10. PEDICURES-PODOLOGUES : RESULTATS.....	104
10.1. <i>Le métier</i>	<i>104</i>
10.2. <i>Indicateurs d'épuisement professionnel</i>	<i>104</i>
10.3. <i>Indicateurs de stress</i>	<i>105</i>
10.4. <i>Analyses des causes de risques psychosociaux.....</i>	<i>107</i>
10.5. <i>Facteurs de pénibilité</i>	<i>108</i>
11. ANNEXES.....	122

SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS

Alors que la reconnaissance **de la pénibilité des infirmiers et des aides-soignants du secteur public avance**, pour le personnel soignant exerçant en libéral la question reste en suspens.

Au-delà du débat sur les règles de reconnaissance de la pénibilité, le rallongement de la vie active soulève le problème plus large des conditions de travail et du vieillissement pour ces populations exposées à de multiples facteurs de risques professionnels. Dans la mesure où ces risques, sont susceptibles d'impacter l'espérance de vie, l'espérance de vie sans incapacité ou tout simplement la possibilité de maintien dans l'emploi, il devient nécessaire d'alimenter la réflexion sur la prévention de l'usure professionnelle et la **mise en place d'une fin de carrière aménagée**.

Au travers de cette étude, nous avons tenté d'apporter **des éclairages sur les facteurs de pénibilité** auxquels sont confrontés **les 230 000 soignants exerçant en libéral et affiliés à la Carpimko** :

- Infirmier Diplômé d'Etat en Libéral (IDEL)
- Masseurs-Kinésithérapeutes (MK)
- Pédicures-Podologues (PP)
- Orthophonistes
- Orthoptistes

Nous avons pu mettre en lumière la nature d'exposition à la pénibilité de chacun de ces métiers, dans **une dimension physique** (contraintes physiques marquées, environnement agressif et rythmes de travail) mais également dans **une dimension psychologique**. Si certains métiers traités ici peuvent présenter des contraintes physiques susceptibles d'augmenter le risque d'apparition de pathologies (par exemple de type Troubles Musculosquelettiques - TMS), c'est bel et bien **l'état de santé psychologique des soignants qui nous alerte**.

Que nous parlions d'exposition à de l'hyperstress¹ ou de présence de signes d'un syndrome d'épuisement professionnel², cette étude d'envergure, vient corroborer les travaux internationaux alertant sur **le risque très important pour la santé mentale de nos soignants**. Les taux de stress mesurés dans cette étude sont d'ailleurs bien au-dessus des benchmarks sur les travailleurs français ou européens.

Par ailleurs, nous avons investigué les facteurs de risques auxquels sont confrontés les soignants. Les résultats démontrent **une « poly-exposition » à des facteurs des Risques Psycho-Sociaux** (travail dans l'urgence, isolement dans le travail, difficulté à concilier vie professionnelle et vie personnelle, conditions de travail jugées épuisantes en termes de charge mentale, ...).

Le rapport entre le niveau d'engagement et d'exigence dans leur métier (vocation) et les facteurs d'usures psychologiques (charge mentale/émotionnelle, manque de soutien/sentiment d'isolement, etc.) crée la perception d'un déficit de ressources critiques pour leur équilibre, leur bien-être et leur santé psychologique.

Nous espérons que ces apports contribueront à nourrir la réflexion des acteurs sociaux, pouvoirs publics, conseils de l'ordre, etc. autour de ces enjeux.

¹ L'hyperstress est un niveau de stress trop élevé et donc à risque pour la santé de l'individu. Dans cette étude, les niveaux de stress ont été évalués au moyen de l'échelle de Mesure du Stress Psychologique (MSP) en 9 items^(*) reconnue par les organismes officiels de santé au travail.

^(*) Lemyre, L. & Tessier, R. – « Mesure du stress psychologique (MSP) ». *Revue canadienne des sciences du comportement*, 1998, 20 (3), 302-321

² Mesuré à l'aide du questionnaire « Test d'inventaire de Burn Out de Maslach (MBI) » en 22 items^(**) permettant d'identifier 3 dimensions : l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation / déshumanisation et l'accomplissement personnel.

^(**) Maslach, C et col. (2006). *Burn-out : l'épuisement professionnel*. Presses du Belvédère

1. CONTEXTE DE CETTE ENQUETE

La CARPIMKO est la caisse autonome de retraite et de prévoyance des auxiliaires médicaux exerçant une activité libérale, en France métropolitaine et dans les départements d'Outre-Mer.



Elle couvre 5 professions :

- Infirmiers
- Masseurs-kinésithérapeutes
- Orthophonistes
- Orthoptistes
- Pédiçures-podologues

Les affiliés cotisants de la CARPIMKO : 229 879 cotisants au 31/12/2019.

La CARPIMKO souhaite, à la faveur de la réforme des retraites, **disposer d'une étude sur la pénibilité chez les auxiliaires médicaux exerçant en exercice libéral**. Cette étude pourra être utilisée dans les négociations en cours ou à venir.

▪ La pénibilité : de quoi parle t-on ?

Partant du constat du double impact des conditions de travail sur le vieillissement biologique et l'exclusion de l'emploi, le débat sur la pénibilité est officiellement ouvert depuis le début des années 2000.

Avant la réforme des retraites de 2003, le sujet était déjà traité, mais sous d'autres termes (« usure », « métiers difficiles », etc.).

En 2005, dans son approche juridique du sujet, Franck Héas évoque des « nouvelles formes de pénibilité » (notamment le stress, les pressions liées aux résultats, le harcèlement, etc.) en s'appuyant sur les travaux de nombreux auteurs³ et sur l'inclusion de la santé mentale au Code du travail depuis la loi de modernisation sociale de 2002.

Le projet d'accord du 31 janvier 2006 définit la pénibilité comme le résultat « de sollicitations physiques et psychiques de certaines formes d'activités professionnelles, qui laissent des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé des salariés et susceptibles d'influer sur leur espérance de vie ». Cette définition associe la pénibilité à l'exposition à trois types de facteurs :

- Des contraintes physiques et/ou psychiques marquées
- Un environnement agressif
- Certains rythmes de travail.

³ CASTEL, 1995 ; DEJOURS, 1998 ; PAUGAM, 2000 ; Documents pour le médecin du travail, 2000 ; MAGGI-GERMAIN, 2003 ; Droit ouvrier, 2002 ; Travail et emploi, 2004, no 97 ; SSL, 2004

A la suite des négociations interprofessionnelles (2005-2008), les contraintes psychiques ne seront finalement pas retenues dans le décret 2011-354 du 30 mars 2011.

Dans une approche règlementaire, les facteurs de risques à prendre en considération sont ceux prévus par le Code du travail (articles L. 4161-1 et D. 4161-1) :

Contraintes physiques marquées

Manutentions manuelles de charges

Postures pénibles

Vibrations mécaniques

Environnement physique agressif

Agents chimiques dangereux

Activités exercées en milieu hyperbare

Températures extrêmes

Bruit

Rythmes de travail

Travail de nuit

Travail en équipes successives alternantes

Travail répétitif



Pour les salariés exposés aux 4 autres facteurs de pénibilité, il était prévu un aménagement du dispositif spécifique de compensation prévu depuis la loi portant sur la réforme des retraites du 9 novembre 2010 (départ anticipé en retraite).

Depuis le 1^{er} octobre 2017, seuls 6 des 10 facteurs de risques professionnels concernés par le dispositif pénibilité permettent d'acquérir des points crédités sur le compte professionnel de prévention (C2P).

▪ Notre approche méthodologique

Face à la demande de la Carpimko, l'approche strictement règlementaire des critères de pénibilité apparaît trop limitative au regard de la nature des activités concernées et des questionnements qui alimentent toujours les débats autour de la prise en compte de la pénibilité au travail :

- La pénibilité psychologique ne peut être omise pour ces métiers particulièrement exposés aux risques psychosociaux et dont les conséquences sont assimilables à un impact sur l'espérance de vie.
- Pour mieux appréhender les conditions de travail réelles des soignants, l'approche globale doit considérer les dimensions objectives et subjectives de la pénibilité.

Pour toutes ces raisons, pour le personnel soignant exerçant en libéral nous avons privilégié la prise en considération de la pénibilité sous deux dimensions :

- ❖ la **pénibilité physique** en fonction de 9 critères parmi les 10 listés ci-dessus à savoir : manutentions manuelles, postures pénibles, vibrations mécaniques, agents chimiques dangereux, températures extrêmes, bruit, travail de nuit, travail en équipes successives alternantes et travail répétitif
- ❖ la **pénibilité mentale qui peut être à la fois cognitive et émotionnelle et est** définie, de manière très générale, comme **les conséquences sur la santé de facteurs susceptibles d'affecter le psychisme des individus.**

Par cette approche, il devient possible de distinguer une pénibilité plus subjective qui concerne aussi la santé physique des travailleurs (par le biais des processus physiologiques du stress) et qui est assimilable aux troubles psychosociaux.



Impacts de la pénibilité sur la santé

Cette approche « étendue » de la pénibilité nous permet d'adresser de manière plus complète les enjeux partagés par différents acteurs (chercheurs, médecins du travail, acteurs sociaux et pouvoirs publics) :

- Disposer d'éléments concernant les conditions de travail du personnel soignant exerçant en libéral et ainsi alimenter les réflexions sur la prévention de l'usure de ces métiers.
- Identifier la nature des expositions susceptibles d'avoir un impact sur l'espérance de vie (et sur l'espérance de vie sans incapacité).

D'après une étude⁴ « l'exposition à des contraintes physiques **augmente de 32 % le risque de maladies chroniques** et de **42 % la probabilité de devoir limiter ses activités à l'âge de la retraite**. L'exposition à des risques psychosociaux (RPS) a elle aussi des effets sur la santé physique ultérieure, mais dans une moindre mesure, avec un risque de limitations d'activités accru de 20%. »

Un salarié, exposé durant plusieurs années à un travail pénible physiquement ou aux risques psychosociaux, a plus de chance d'être en mauvaise santé à l'âge de la retraite. Ainsi, la pénibilité peut nuire à la capacité d'une personne d'être en situation de santé et peut impacter son espérance de vie.



Note de contexte :

En 2019, **une prise en compte de la pénibilité** et une **mise en place d'une fin de carrière aménagée pour des infirmiers et des aides-soignants du public** avaient été annoncées par le premier ministre, Edouard Philippe, lors de sa présentation des grandes lignes du projet de réforme des retraites.

Annoncée le 17 mai 2020 par le ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran, le **Ségur de la santé** est une **consultation des acteurs du système de soin français** qui s'est déroulée du 25 mai 2020 au 10 juillet 2020.



L'objectif présenté était de mettre en place une « grande réunion multilatérale des partenaires sociaux au ministère » afin de présenter un plan « pour traduire tout ce qui peut l'être dans le prochain budget de la sécurité sociale ».

Dans ce contexte, il est donc important pour la CARPIMKO d'avoir **une bonne représentation de la pénibilité au travail de ses praticiens de santé affiliés**.

Au travers cette **évaluation de la pénibilité physique et psychosociale**, nous identifierons **les facteurs de risques** auxquels sont confrontés :

- les infirmiers,
- les masseurs-kinésithérapeutes,
- les orthophonistes,
- les orthoptistes,
- les pédicures-podologues.

⁴ Etude présentée par la Chaire Transitions Démographiques Transition Economiques en 2016 par Thomas Barnay professeur de sciences économiques à l'université Paris-Est Créteil.

2. VUE D'ENSEMBLE DE LA DEMARCHE

L'intervention en quatre phases combine une approche quantitative (permettant d'interroger un nombre important de praticiens de santé affiliés à la Carpimko) et un recueil qualitatif, composé d'entretiens individuels (réalisés par téléphone ou en présentiel, au cabinet des praticiens) et d'observations de l'activité (réalisées en tenant compte des limites imposées par le contexte sanitaire).



3. METHODOLOGIE D'ANALYSE DES RESULTATS QUANTITATIFS

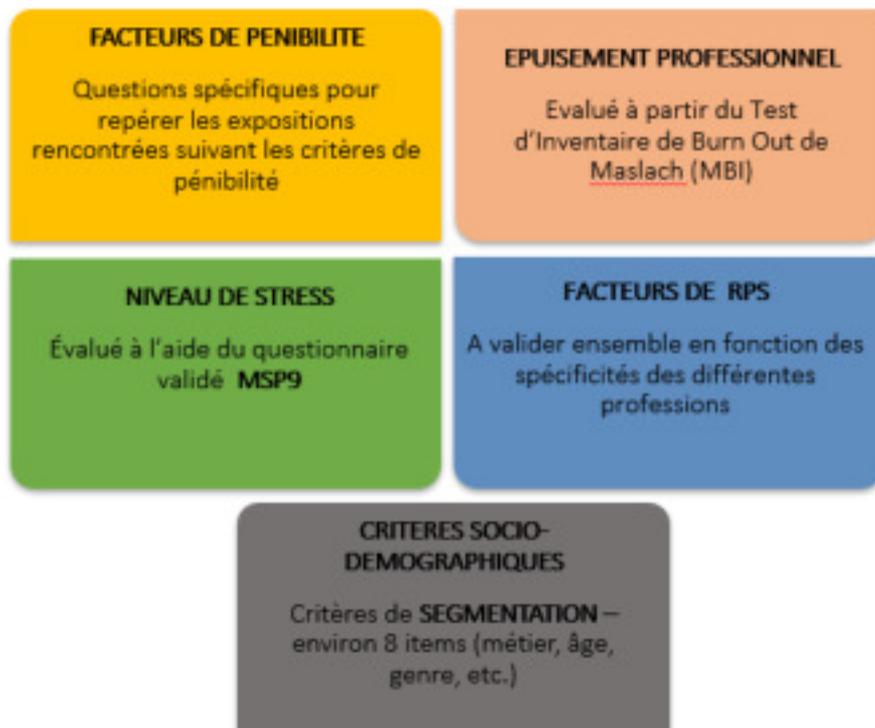
3.1. Etude quantitative – Que mesure-t-on ?

Nous procédons à la mesure de différentes dimensions qui permettent différents niveaux d'analyse.

Un principe méthodologique : la double mesure

Nous évaluons **séparément** l'état des individus (leur niveau de stress) et leur évaluation de leur environnement de travail. Ce faisant, nous pouvons mettre en **lien l'état de l'individu** et **son environnement** pour établir des corrélations entre les deux.

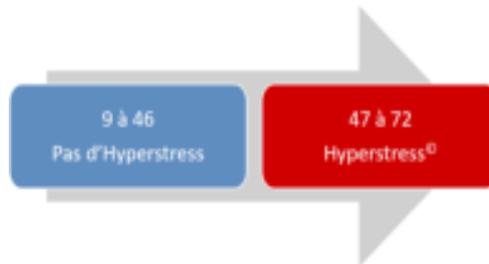
Cela permet notamment de définir une **mesure d'exposition** et une **mesure d'impact** des facteurs de l'environnement de travail. Ces deux éléments permettent notamment de définir un **niveau de risque**.



3.2. Mesure du stress psychologique

L'échelle utilisée est la mesure du stress psychologique. Il s'agit d'un auto-questionnaire permettant d'évaluer globalement le niveau de stress en tenant compte de 3 sphères : « cognitivo-affective », « somatique » et « comportementale »

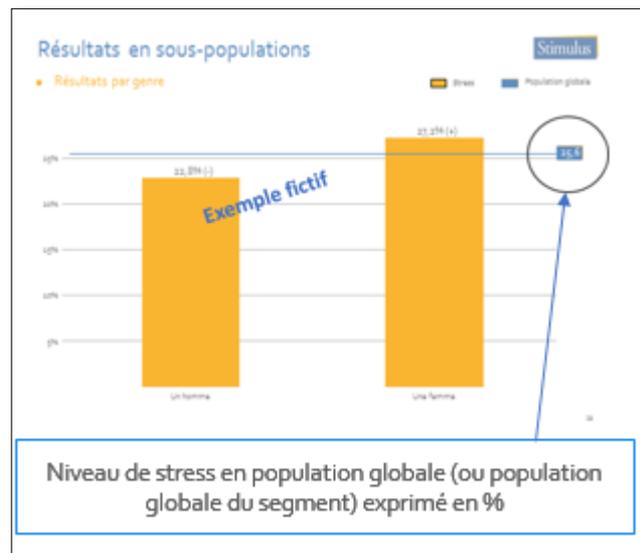
Il s'agit d'un outil de mesure validé⁵.



- 9 items
- 8 modalités de réponses (pas du tout à énormément)
- Calcul de scores

Niveau de stress

Le niveau de stress est calculé à partir de l'échelle MSP9. Pour chaque réponse, les modalités sont identiques et donnent des points. La somme des points et le cut-off de l'échelle MSP9 permettent de dire si un individu présente un niveau de stress ou pas.



Les relations de significativité critère / variable

Cette analyse permet d'étudier la relation de significativité entre une variable qualitative (stress) et une ou plusieurs catégories de population (critères de segmentation).

Il s'agit de déterminer le niveau de dépendance entre les groupes. Par exemple si le stress dépend du genre (homme/femme) de la personne.

⁵ Lemyre L., Tessier R. (1988). Mesure du stress psychologique (MSP) : se sentir stressé-e. Revue Canadienne des Sciences du Comportement., 20, 302-312.

Lemyre L. Tessier R., Fillion M. (1990). Mesure du Stress Psychologique (MSP) : manuel d'utilisation. S.1

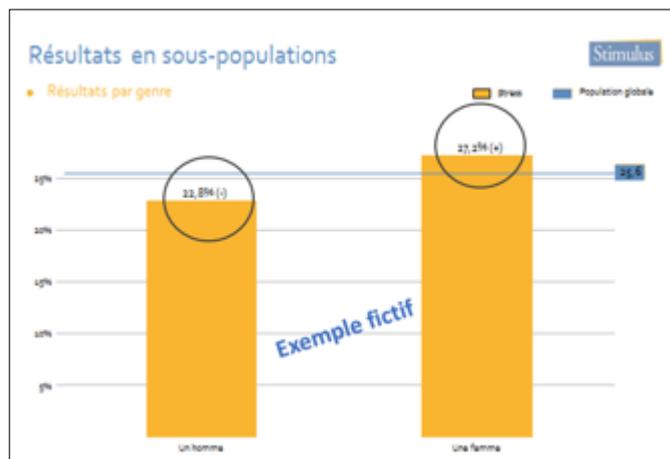
Le calcul est une comparaison entre :

- les effectifs observés dans l'étude (réels)
- et les effectifs que l'on aurait dû obtenir s'il n'y a aucune relation entre les deux variables (théoriques).

Les résultats sont représentés par des + ou - dans ce rapport. Plus la relation de dépendance (ou d'indépendance) est significative, plus on a de symboles (maximum 3).

Si l'effectif observé est plus grand que l'effectif théorique, alors les symboles sont des « + ».

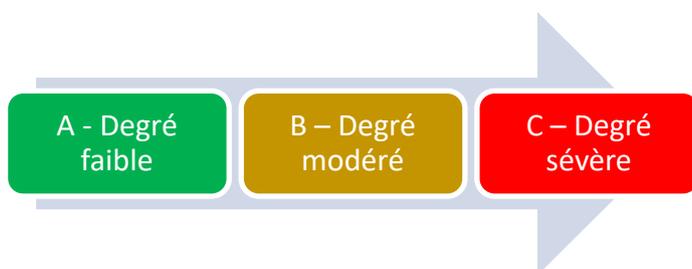
Si l'effectif observé est plus petit que l'effectif théorique, alors les symboles sont des « - ».



3.3. Mesure du burn-out de Maslach - MBI

Il s'agit d'un outil de mesure validé⁶.

- 22 items
- 7 modalités de réponses (Jamais à Chaque jour)
- 3 dimensions :
 - **Épuisement émotionnel** - l'épuisement des ressources émotionnelles, psychologiques et physiques
 - **Dépersonnalisation / déshumanisation** - l'altération des émotions avec l'adoption d'attitudes cyniques, impersonnelles et distancées envers les personnes
 - **Accomplissement personnel** - la réduction de l'accomplissement de soi marquée par un déclin de la perception de la réalisation de soi et de l'efficacité personnelle avec une diminution du sentiment de compétence et de productivité au travail.
- Calcul de scores et selon un *cut-off* positionnement pour les 3 dimensions :



⁶ Maslach, C et col. (2006). Burn-out : l'épuisement professionnel. Presses du Belvédère.

3.4. Analyse des causes – échelle FRPS (Facteurs des Risques Psycho-Sociaux)

- **Stresseurs** = facteurs de stress/causes/problématiques
- **Présence** : proportion de personnes exposées à un facteur de stress c'est-à-dire ayant répondu **affirmativement** (« plutôt vrai » ou « tout a fait vrai ») aux questions de la liste des stresseurs du FRPS33. Par exemple: 68% des personnes interrogées estiment être exposées au stresseur ORGA5 « Conditions de travail déstabilisantes sur le plan émotionnel ».
- **Facteur « très impactant » sur le stress élevé** : ■
après une analyse statistique de *corrélations*, nous pouvons identifier **les facteurs ayant un impact sur le stress élevé**
- **Significativement supérieur** : est dit d'une proportion qui est **significativement** supérieure à celle observée dans la population globale ou le panel Stimulus (d'un point de vue statistique)

= pourcentage **statistiquement supérieur à celui de la population globale**

= pourcentage **statistiquement inférieur à celui de la population globale**

▼ Significativement inférieur
▲ Significativement supérieur

Présentation des résultats :

Présence = Proportion de personnes ayant répondu affirmativement au stresseur

Impact = Corrélation avec le niveau de stress ■

Par exemple
Ici 68% des personnes interrogées estiment être exposées au stresseur ORGA5 « Conditions de travail déstabilisantes sur le plan émotionnel ». Ce dernier est un des **stresseurs** le plus fortement corrélé avec le niveau de stress, il est donc « Présent » et « Agissant ».

Les thématiques de l'échelle :

EXIG	Exigences
ORGA	Organisation
CHAN	Changement
CONT	Contraintes professionnelles
RECO	Reconnaissance
RESS	Ressources
RELA	Relations
SOUT	Soutien
ENVI	Environnement
EQUI	Équilibre de vie pro – vie perso
SENS	Sens du travail

Impact	Liste des stresseurs	Présence	Écart vs PopGlobale
	ORGA ₅ Travail sa heures ou plus par jour	64%	▲ 0
	CHAN ₂ Mon métier nécessite d'adapter sans cesse	62%	▲ -8
	CONT ₃ Efforts ou des tâches physiquement pénibles	61%	▲ -10
	RECO ₄ Rémunération en adéquance avec mon travail	61%	▲ 8
■	EXIG ₆ Manque de temps pour tout le travail à faire	59%	▲ 2
■	ORGA ₆ Conditions de travail épuisantes en termes de charge mentale	57%	▲ -8
	EXIG ₇ Émeus pouvant avoir des conséquences graves	56%	▲ -7
	ORGA ₄ Horaires de travail contraignants	54%	▲ -1
	RECO ₅ Régulièrement inquiet(e) concernant mes revenus	54%	▲ -5
	CHAN ₃ Impossible de prévoir mon travail dans deux ans	54%	▲ -8
	CONT ₅ Procédures rigides à respecter	54%	▲ -11
	EXIG ₈ Longues périodes de concentration intense	54%	▲ -13

4. METHODOLOGIE D'ANALYSE DES RESULTATS QUALITATIFS

4.1. Entretiens individuels et observations terrain

Objectifs :

- Affiner les résultats du diagnostic quantitatif
- Permettre l'expression individuelle et collective d'un diagnostic partagé sur le thème de **la pénibilité psychologique et physique**

62 entretiens individuels auprès d'affiliés :

- 19 infirmiers
- 19 masseurs kiné
- 10 orthophonistes
- 7 orthoptistes
- 7 pédicures podologues

Les entretiens se sont faits par téléphone. Ils ont duré entre 45 mn et 1h15 en moyenne. Les affiliés disent s'être exprimés de façon transparente.

10 demi-journées d'observations « terrain » : un ergonome du cabinet Stimulus a réalisé des observations de l'activité auprès de chacune des professions libérales allant de 2h à la journée entière.

4.2. Grille d'analyse utilisée

Nous avons considéré pour nos analyses les 6 axes proposés par le rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail coordonné par Michel Gollac.

Cette approche est aujourd'hui largement retenue et utilisée dans les diagnostics des RPS, dans les entreprises comme dans les structures publiques. C'est aussi l'approche préconisée par la DGAFP du ministère en charge de la fonction publique dans son guide méthodologique.

Les 6 grands facteurs de risques psychosociaux du rapport Gollac

1. L'intensité du travail et le temps de travail
2. Les exigences émotionnelles
3. Le manque d'autonomie
4. La qualité des rapports sociaux au travail
5. Les conflits de valeurs
6. L'insécurité de la situation de travail

1. L'intensité et le temps de travail

Cette dimension concerne la quantité et la complexité du travail, la pression temporelle et les difficultés de conciliation vie professionnelle et vie personnelle.

Dans la sphère publique, cette dimension peut renvoyer à de nombreuses situations de surcharge de travail, de situations de manque de moyens par rapport aux objectifs de production, de pression temporelle et d'activité en urgence pour des activités en contact avec le public ou en situations de crise. Le travail fréquent en horaires décalés ou sur des plages de nuit et de week-end est aussi concerné.

2. Les exigences émotionnelles

Cette dimension concerne les difficultés dans les relations au public, les difficultés à tenir dans les situations de souffrance ou de détresse sociale, ou encore la peur dans des contextes violents.

Dans la sphère publique, cette dimension est très présente dans les activités en relation avec le public. Tout particulièrement dans les activités de soins, de rapport à la précarité sociale, avec des situations de violence et de risques d'agression verbale ou physique.

3. L'autonomie et les marges de manœuvre

Cette dimension renvoie aux questions de monotonie des tâches, ainsi qu'à la faible possibilité de développer des compétences nouvelles.

Dans la sphère publique, cette dimension peut concerner des emplois comportant des tâches administratives répétitives, des situations avec peu de marge de manœuvre pour organiser son travail, peu de possibilités d'évolution professionnelle ou encore des situations d'ennui.

4. Les rapports sociaux et la reconnaissance au travail :

Cette dimension concerne la qualité des relations aux collègues et à la hiérarchie, mais aussi les questions de reconnaissance du travail et des capacités des personnes.

Dans la sphère publique, selon la qualité des relations d'équipe, du management, cette dimension peut concerner toutes les activités. Elle peut faire écho aux difficultés de reconnaissance du travail par l'encadrement ou par la faiblesse des processus RH de reconnaissance. Sont également en cause les questions d'équité, avec des situations de travail identiques dans des statuts sociaux différents. La question de l'image, de la valorisation sociale des activités de la fonction publique est ici également impliquée.

5. Les conflits de valeur

Cette dimension renvoie aux conflits éthiques dans le travail, à la qualité perçue comme empêchée ou au travail ressenti comme inutile.

Dans la sphère publique, cette dimension est importante, l'engagement des agents et la satisfaction au travail étant largement liés à la qualité du service rendu au public. Lorsque celle-ci n'est plus possible (manque de moyens, objectifs contradictoires, pression temporelle, situations de violence, éloignement du public, etc...), des conflits de valeur peuvent se développer et conduire à des situations de malaise, de retrait ou de troubles psychosociaux plus graves.

6. L'insécurité de la situation de travail

Cette dimension renvoie à la question de la sécurité de l'emploi, du cadre de travail, au vécu des changements.

Dans la sphère publique, cette dimension peut concerner les agents en situation précaire relativement à leur emploi. Mais aussi les agents titulaires, avec des réorganisations qui peuvent bouleverser les cadres de travail (lieux, équipes, encadrement, missions, modalités, etc...) et sont susceptibles d'entraîner des inquiétudes par rapport aux futurs contextes de travail.

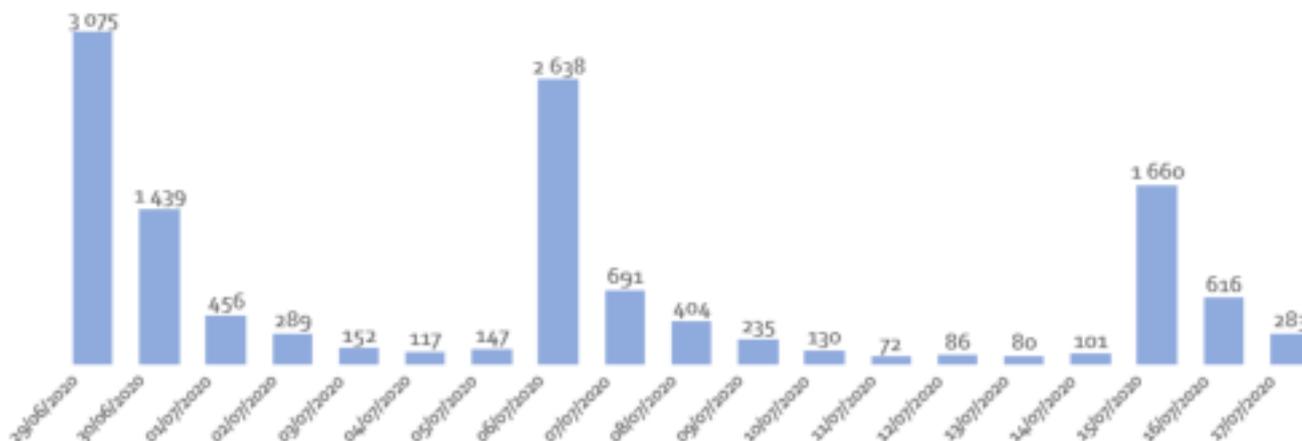
5. RESULTATS EN POPULATION GLOBALE

5.1. Taux de participation au questionnaire

Période de recueil : du **29/06/2020** au **17/07/2020**

12 671 questionnaires complétés intégralement sur **45 395** individus sollicités

Taux de participation : **28 %**



L'échantillon des répondants est représentatif de la population globale de CARPIMKO.

Aucun redressement statistique n'a été effectué.

Profession	Population Totale		Echantillon		Ecart	Taux de participation
	N	%	N	%		
Infirmier	22115	48,7%	6272	49,5%	0,8	28,4%
Masseur - Kinésithérapeute	15274	33,6%	3597	28,4%	- 5,3	23,5%
Orthophoniste	4853	10,7%	1766	13,9%	3,2	36,4%
Orthoptiste	585	1,3%	236	1,9%	0,6	40,3%
Pédicure - Podologue	2568	5,7%	800	6,3%	0,7	31,2%
Total général	45395	100,0%	12671	100,0%		

Genre	Population Totale		Echantillon		Ecart	Taux de participation
	N	%	N	%		
Femme	32814	72,3%	9787	77,2%	5,0	29,8%
Homme	12581	27,7%	2884	22,8%	- 5,0	22,9%
Total général	45395	100,0%	12671	100,0%		

Age	Population Totale		Echantillon		Ecart	Taux de participation
	N	%	N	%		
Moins de 30 ans	7669	16,9%	1665	13,1%	- 3,8	21,7%
De 30 à 39 ans	15165	33,4%	3671	29,0%	- 4,4	24,2%
De 40 à 49 ans	10499	23,1%	3196	25,2%	2,1	30,4%
De 50 à 59 ans	7587	16,7%	2871	22,7%	5,9	37,8%
60 ans et plus	4475	9,9%	1268	10,0%	0,1	28,3%
Total général	45395	100,0%	12671	100,0%		

Région	Population Totale		Echantillon		Ecart	Taux de participation
	N	%	N	%		
Auvergne-Rhône-Alpes	5903	13,0%	1769	14,0%	1,0	30,0%
Bourgogne-Franche-Comté	1370	3,0%	450	3,6%	0,5	32,8%
Bretagne	2635	5,8%	815	6,4%	0,6	30,9%
Centre-Val de Loire	1139	2,5%	374	3,0%	0,4	32,8%
Corse	370	0,8%	87	0,7%	- 0,1	23,5%
Grand Est	3211	7,1%	892	7,0%	- 0,0	27,8%
Hauts-de-France	3498	7,7%	943	7,4%	- 0,3	27,0%
Ile-de-France	5515	12,1%	1469	11,6%	- 0,6	26,6%
Normandie	1587	3,5%	422	3,3%	- 0,2	26,6%
Nouvelle-Aquitaine	4726	10,4%	1384	10,9%	0,5	29,3%
Occitanie	6052	13,3%	1693	13,4%	0,0	28,0%
Outre-mer	1885	4,2%	410	3,2%	- 0,9	21,8%
Pays de la Loire	2099	4,6%	590	4,7%	0,0	28,1%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5379	11,8%	1373	10,8%	- 1,0	25,5%
Total général	45369	99,9%	12671	100,0%		

Dans le fichier source de Carpimko, 26 personnes avaient comme région « Boite postale ». C'est pour cette raison que le total est à 99,9%.

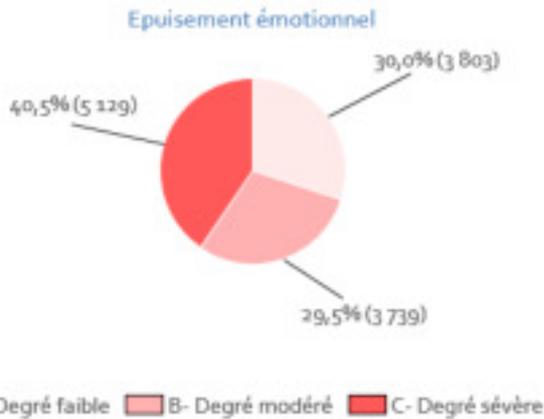
Conformément aux garanties de confidentialité et pour des raisons de pertinence mathématique, **aucun résultat concernant des populations de moins de 30 personnes n'est présenté dans ce rapport.**

Afin de respecter l'anonymat et la confidentialité le regroupement suivant a été effectué :

- **Région « Outre-mer » (410)** : « Guadeloupe » (89), « Martinique » (70), « Guyane » (15), « La Réunion » (229) et « Mayotte » (7)

5.2. Indicateurs d'épuisement professionnel

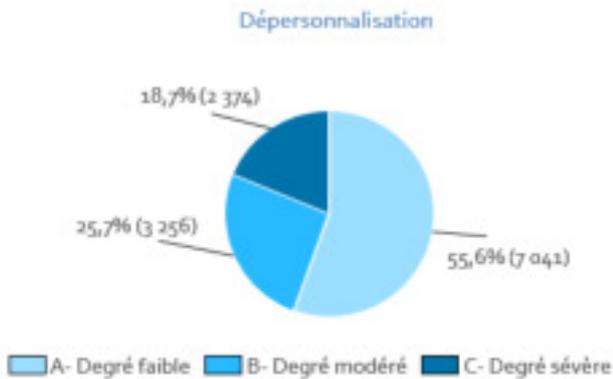
L'épuisement émotionnel (ou syndrome anxieux dépressif) témoigne d'une fatigue ressentie à l'idée même du travail, fatigue chronique, troubles du sommeil, troubles physiques. Il renvoie à un travail vécu comme étant trop difficile, fatiguant ou encore stressant. **Sentiment d'être « vidé », de subir émotionnellement le travail.**



Parmi les 12 671 affiliés ayant rempli le questionnaire :

→ **70% présentent un certain niveau d'épuisement** et 40% de manière sévère

La « **dépersonnalisation** » (ou **perte d'empathie**) : plutôt une « déshumanisation » dans les rapports interpersonnels. La notion de détachement est excessive, conduisant au cynisme avec attitudes négatives à l'égard des patients ou des collègues, sentiment de culpabilité, évitement des contacts sociaux et replie sur soi-même. **Le professionnel bloque l'empathie qu'il peut montrer à l'égard de ses patients et/ou de ses collègues.**



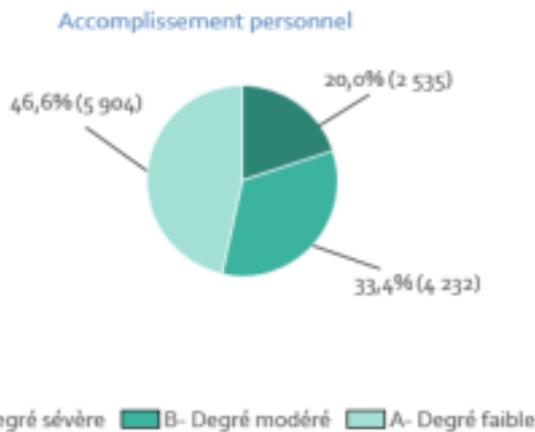
Parmi les 12 671 affiliés ayant rempli le questionnaire :

→ **44,4% présentent des manifestations de dépersonnalisation / déshumanisation**

Le **sentiment de non-accomplissement personnel** : sentiment de ne pas parvenir à répondre correctement aux attentes de l'entourage, d'inutilité, mise en retrait, démotivation, **perte de l'estime de soi**.

La personne s'évalue négativement, ne s'attribue aucune capacité à faire évoluer la situation. Cette composante représente les effets démotivants d'une situation difficile, répétitive, conduisant à l'échec malgré les efforts.

Cette dimension est une conséquence des deux premières car elle représente un sentiment de « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation.



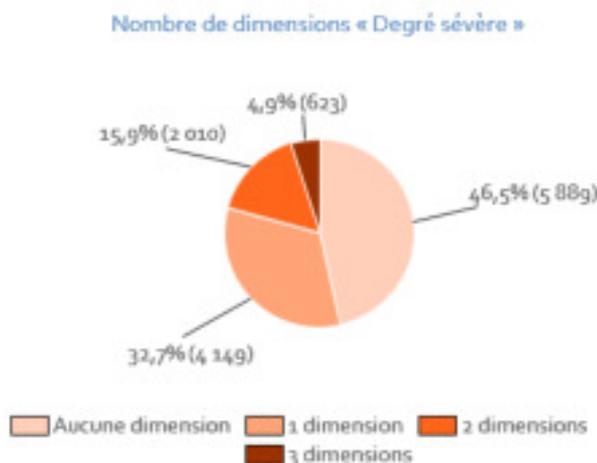
Parmi les 12 671 affiliés ayant rempli le questionnaire :

- **Plus de la moitié ressentent une réduction de l'efficacité et de la réalisation de soi**
- et 20% à un niveau sévère

Le **rapport de l'Académie nationale de médecine** de 2016⁷ souligne que la définition tridimensionnelle du burnout est née d'une échelle de mesure (MBI) et non l'inverse. Les données épidémiologiques sur le burnout sont à ce jour très insuffisantes, tant dans le domaine descriptif qu'analytique. Cette défaillance est la conséquence logique des difficultés à poser avec précision les limites du burnout.

Il indique que le burnout peut s'apparenter soit à **un trouble de l'adaptation**, soit à **un état de stress post-traumatique**, soit à **un état dépressif**.

Il rappelle également que **le surinvestissement au travail et les manifestations de « workaholisme »** sont parfois cités pour caractériser le burnout. Le rapport conclut que le burnout reste une entité mal définie au plan biologique.



Parmi les 12 671 affiliés ayant rempli le questionnaire :

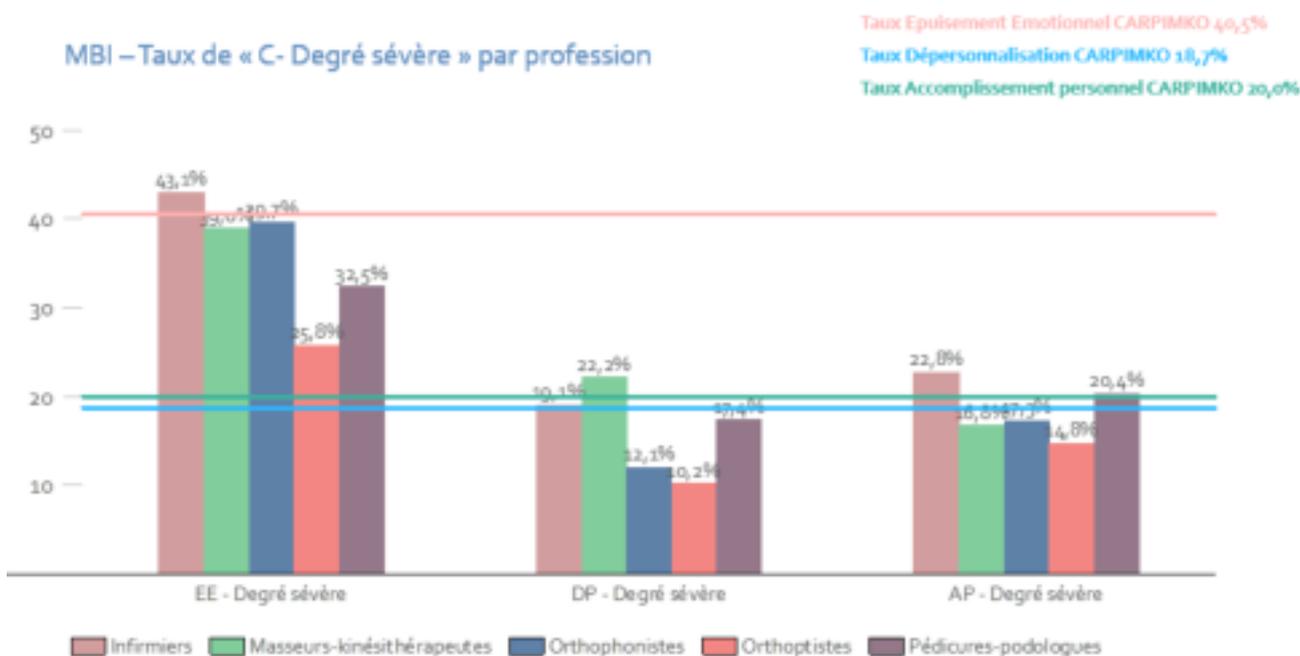
- **Plus de la moitié de la population présentent des manifestations de burnout.**
- 20% d'entre eux ont sans doute un état de burnout pathologique et **4,9% un burnout très sévère** soit 623 personnes.

⁷ Jean-Pierre OLIÉ, Patrick LÉGERON (Rapporteurs) - 23 février 2016

Résultats du burn-out par profession

Lorsque nous étudions ces dimensions en lien avec l'échelle MBI de burn-out de Maslash, nous constatons les principaux éléments suivants :

- En termes d'épuisement émotionnel : ce sont **les infirmiers les plus exposés** avec **43% parmi les 6 272 répondants qui présentent un degré sévère**
- En termes de dépersonnalisation : ce sont **les masseurs-kinésithérapeutes les plus exposés** avec **22% parmi les 3 597 répondants qui présentent un degré sévère**
- En termes d'accomplissement personnel : de nouveau, ce sont **les infirmiers les plus exposés** avec **23% parmi les 6 272 répondants qui présentent un degré sévère**



EFFECTIFS

Infirmiers	Masseurs-kinésithérapeutes	Orthophonistes	Orthoptistes	Pédicures-podologues
6 272	3 597	1 766	236	800

Le tableau ci-dessous présentent, pour chaque profession, la proportion de répondants présentant :

- aucune des trois dimensions du burn-out
- 1 dimension du burn-out
- 2 dimensions du burn-out
- 3 dimensions du burn-out

	Aucune dimension	1 dimension	2 dimensions	3 dimensions	Total
Infirmiers	43,5% (---)	33,5% (+)	17,3% (+++)	5,6% (+++)	6 272
Masseurs-kinésithérapeutes	47,2%	32,5%	15,5%	4,8%	3 597
Orthophonistes	51,4% (+++)	32,0%	12,9% (---)	3,8% (--)	1 766
Orthoptistes	60,2% (+++)	30,5%	7,6% (---)	1,7% (--)	236
Pédicures-podologues	51,5% (+++)	30,1%	15,0%	3,4% (--)	800
Total	46,5%	32,7%	15,9%	4,9%	12 671

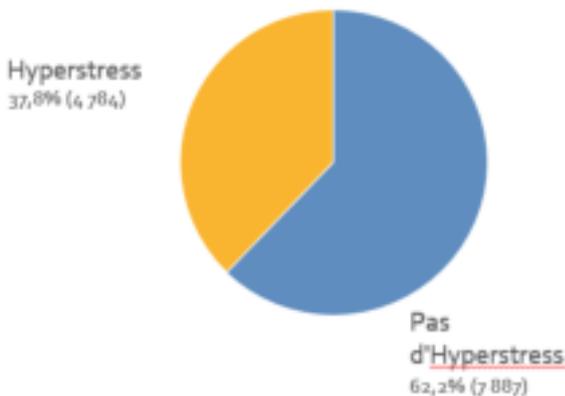
Parmi les 6 272 infirmiers ayant rempli le questionnaire :

- seulement 43,5% d'entre eux ne présentent aucune manifestation de burn-out – cette proportion est significativement inférieure (---) à la moyenne globale sur l'ensemble des répondants de l'étude (46,5%)
- **56,5% des infirmiers présentent des manifestations de burn-out** dont 22,9% qui ont sans doute un état de burn-out pathologique et **5,6% un burn-out très sévère** soit 352 infirmiers – **ces proportions sont significativement supérieures à la moyenne globale (+++)**

5.3. Indicateurs de stress

« Un état de stress survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. L'individu est capable de gérer la pression à court terme mais il éprouve de grandes difficultés face à une exposition prolongée ou répétée à des pressions intenses ».

Définition de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 2 juillet 2008



Parmi les 12 671 affiliés ayant rempli le questionnaire :

- 4 784 personnes présentent un niveau d'Hyperstress soit **37,8% des répondants**.

Ce niveau d'Hyperstress est tel qu'il représente un niveau de risque pour la santé de la personne.

Panel STIMULUS* : 23,2%

* Le panel STIMULUS comprend 52 333 individus de 42 entreprises différentes de tous secteurs d'activités.

Examinons les sous-populations **les plus** et **les moins exposées en termes d'Hyperstress**

- 7 critères socio-professionnels permettent de mettre en évidence des différences significatives en termes d'Hyperstress : **le métier, la région, le genre, l'âge, l'ancienneté, le type d'emploi et le temps de trajet professionnel / jour**.

Les sous-populations les plus exposées

Quand on regarde critère par critère, voici les modalités qui ressortent comme **plus exposées** en termes d'Hyperstress :

- **Les infirmiers**
- **En région PACA** : parmi les 1 373 répondants dans cette région, **815 sont infirmiers soit 59% des répondants**
 - **47,2% de ces 815 infirmiers présentent un niveau d'Hyperstress**
- **Femme** : dans toutes les études relatives aux Risques Psychosociaux, les femmes apparaissent plus exposées aux RPS que les hommes
 - Dans notre panel Stimulus, le taux d'Hyperstress moyen est de 23,2%. Chez les **hommes** il est de **20,3%** et chez les **femmes** de **27,5%**.

- D'après l'Institut National de Recherche et de Sécurité, en France, en moyenne 1 personne sur 4 ressent du stress élevé, dont **1 homme sur 5 et 1 femme sur 3 (INRS,2008)**
- **Agés de plus de 40 ans**

- **A temps plein**
- **De 11 à 20 ans d'ancienneté dans la profession**
- **Ayant plus de 2 heures de trajet professionnel par jour**

Critère	Modalité	Répondants	Ecart significativité	Taux d'Hyperstress
Région	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 373	***	43,0%
Type emploi	A temps plein	10 899	***	38,2%
Temps de trajet professionnel / jour	Entre 2 et 3 heures	1 798	***	42,9%
Temps de trajet professionnel / jour	Plus de 4 heures	1 931	***	48,3%
Temps de trajet professionnel / jour	Entre 3 et 4 heures	1 051	***	45,6%
Ancienneté	Plus de 20 ans	4 052	***	39,7%
Métier	Infirmiers	6 272	***	42,5%
Age	De 50 à 59 ans	2 871	***	42,0%
Genre	Une Femme	9 787	***	39,6%
Ancienneté	De 11 à 20 ans	3 007	***	41,4%
Age	De 40 à 49 ans	3 196	**	39,4%
Région	Occitanie	1 693	*	39,9%
Région	Grand Est	892	*	40,6%

Les sous-populations les moins exposées

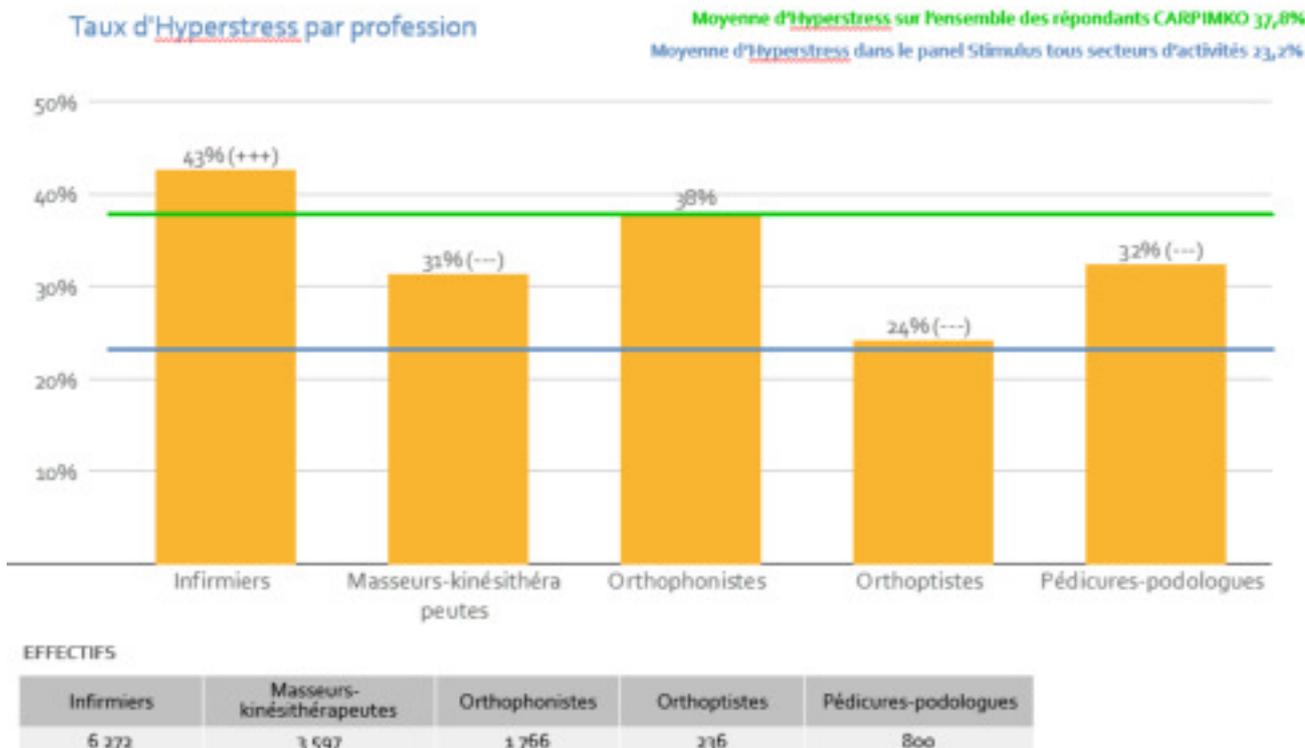
Quand on regarde critère par critère, voici les modalités qui ressortent comme **moins exposées** en termes d'Hyperstress :

- **Les masseurs-kinésithérapeutes**
- **Les pédicures-podologues**
- **Les orthoptistes**
- **En région Bretagne, Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire, Pays de la Loire et Outre-mer**
- **Homme**
- **Agés de moins de 40 ans**
- **Moins de 5 ans d'ancienneté dans la profession**
- **A temps partiel**
- **Ayant moins d'une heure de trajet professionnel par jour**

Critère	Modalité	Répondants	Ecart significativité	Taux d'Hyperstress
Type emploi	A temps partiel	1 772	+++	35,0%
Ancienneté	De 2 à 5 ans	2 283	+++	34,5%
Ancienneté	Moins de 2 ans	982	+++	28,6%
Temps de trajet professionnel / jour	Entre 30 et 60 minutes	2 220	+++	30,8%
Temps de trajet professionnel / jour	Moins de 30 minutes	3 716	+++	32,8%
Région	Pays de la Loire	590	+++	32,0%
Genre	Un Homme	2 884	+++	31,5%
Age	Moins de 30 ans	1 665	+++	30,8%
Métier	Masseurs-kinésithérapeutes	3 597	+++	31,4%
Métier	Pédicures-podologues	800	+++	32,4%
Métier	Orthoptistes	236	+++	24,2%
Région	Outre-mer	410	++	32,4%
Temps de trajet professionnel / jour	Entre 1 et 2 heures	1 955	++	35,7%
Région	Bretagne	815	++	33,9%
Région	Auvergne-Rhône-Alpes	1 769	++	35,4%
Région	Centre-Val de Loire	374	++	32,9%
Age	De 30 à 39 ans	3 671	+	36,5%

Résultats du niveau d'Hyperstress par profession

Lorsque nous étudions les niveaux d'Hyperstress par profession nous constatons parmi les 6 272 **infirmiers** ayant répondu au questionnaire, **43% présentent un taux d'Hyperstress** - ce taux est **significativement supérieur** aux taux moyen sur l'ensemble des répondants (37,8%).

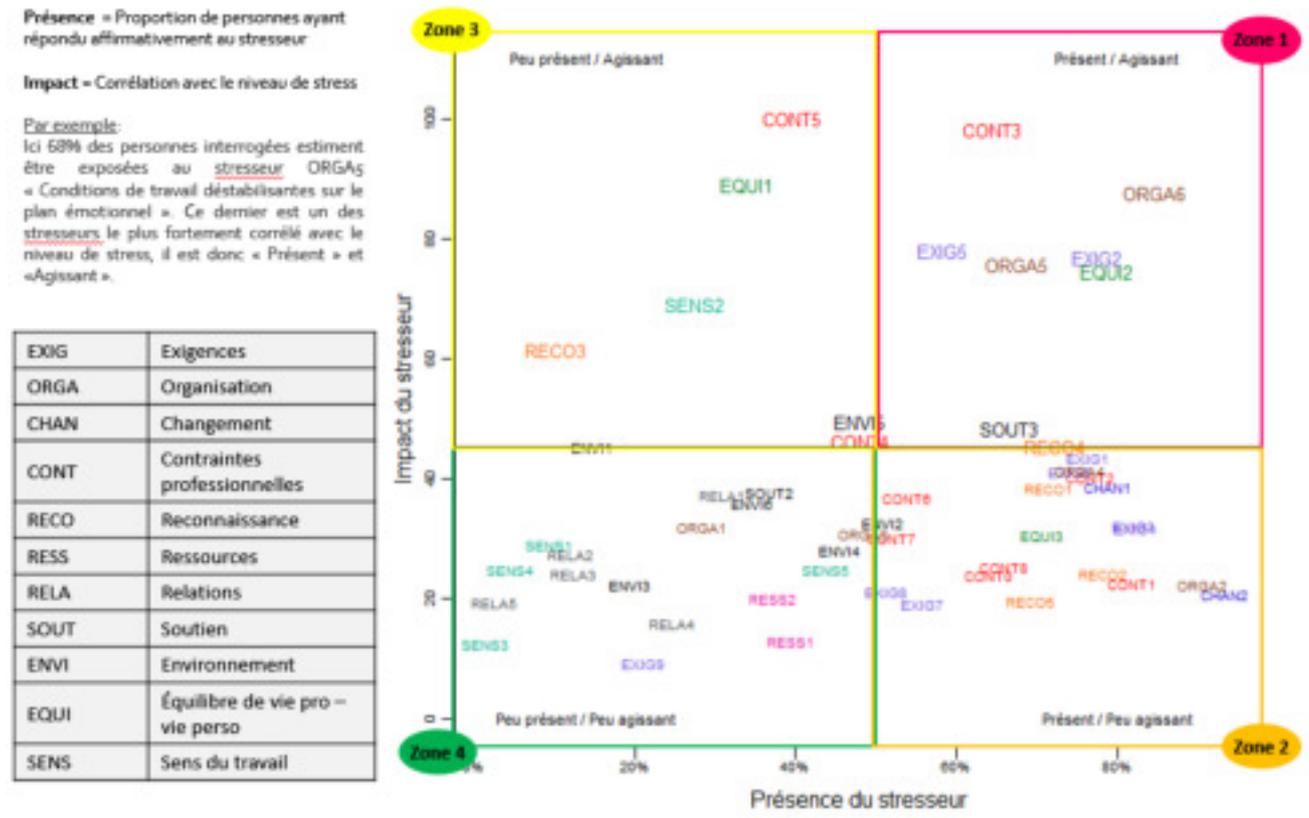


5.4. Analyses des causes de risques psychosociaux

Une analyse statistique nous permet de mettre en évidence les facteurs de risques psychosociaux en fonction :

- de leur présence
- de l'impact sur le niveau d'Hyperstress

La cartographie ci-dessous présente les facteurs de risques pour la population totale de répondants à savoir les 12 671 personnes ayant participé au questionnaire :



En zone 1, nous retrouvons les facteurs cités par plus de 50% des répondants et ayant un fort impact sur le niveau d'Hyperstress :

- Conditions de travail épuisantes en termes de charge mentale (ORGA6) : 85%
- A mon domicile, je pense encore à mon travail (EQUI2) : 79%
- Manque de temps pour tout le travail à faire (EXIG2) : 77%
- Régulièrement inquiet.e concernant mes revenus (RECO4) : 72%
- Conditions de travail déstabilisantes sur le plan émotionnel (ORGA5) : 68%
- Pas soutenu(e) moralement dans mon métier (SOUT3) : 67%
- Inquiet.e pour ma santé physique (CONT3) : 65%
- Travail dans l'urgence la plupart du temps (EXIG5) : 58%

En zone 3, nous retrouvons les facteurs cités par moins de 50% des répondants mais ayant un fort impact sur le niveau d'Hyperstress :

- Inquiet.e d'être infecté.e (CONT4) : 48%
- Isolé.e dans mon travail (ENVI5) : 48%
- Inquiet.e pour ma santé mentale (CONT5) : 40%
- N'arrive pas à concilier vie professionnelle et vie personnelle (EQUI1) : 34%
- La manière dont j'effectue mon travail ne répond pas à mes attentes (SENS2) : 27%
- Travail ne me fait pas me sentir utile/bonne opinion de moi (RECO3) : 10%

En **zone 2**, nous retrouvons **les facteurs cités par plus de 50% des répondants** mais ayant **un faible impact sur le niveau d'Hyperstress** :

- Mon métier nécessite de s'adapter sans cesse (CHAN2) : 93%
- Travail 10 heures ou plus par jour (ORGA2) : 91%
- Erreurs pouvant avoir des conséquences graves (EXIG3) : 82%
- Longues périodes de concentration intense (EXIG4) : 82%
- Procédures rigides à respecter (CONT1) : 82%
- Impossible de prévoir mon travail dans deux ans (CHAN1) : 79%
- Rémunération en incohérence avec mon travail (RECO2) : 79%
- Efforts ou des tâches physiquement pénibles (CONT2) : 77%
- Informations complexes et nombreuses à traiter (EXIG1) : 76%
- Horaires de travail contraignants (ORGA4) : 75%
- Temps important consacré aux tâches administratives (EXIG6) : 74%
- Pas de visibilité sur mes possibilités d'évolution de carrière (RECO1) : 72%
- Sollicité.e par mes patients en dehors de mes horaires de travail (EQUI3) : 71%
- Métier non reconnu par les autorités publiques (RECO5) : 69%
- Confronté.e au manque d'hygiène des patients (CONT8) : 66%
- Procédures surveillées à respecter (CONT0) : 64%
- Contacts avec les organismes de recouvrement insatisfaisants (EXIG7) : 56%
- Inquiet.e pour la santé de mes proches (CONT6) : 54%
- Choix éthiques et déontologiques difficiles à faire (CONT7) : 52%
- Contacts avec les régimes obligatoires et complémentaires insatisfaisants (EXIG8) : 51%
- Beaucoup de temps dans les transports pour mon travail (ENVI2) : 51%

5.5. Facteurs de pénibilité

Dans le questionnaire, voici les thématiques investiguées en lien avec les facteurs de pénibilité au travail :

- ❖ Manutentions manuelles
- ❖ Postures pénibles
- ❖ Vibrations mécaniques
- ❖ Agents chimiques dangereux
- ❖ Températures extrêmes
- ❖ Bruit
- ❖ Travail de nuit
- ❖ Travail en équipe alternante
- ❖ Travail répétitif

L'ensemble des graphiques relatifs aux résultats détaillés de toutes les questions figurent en **Annexe 1**.

Les principaux résultats à souligner, toutes professions confondues, sont les suivants :

- ❖ **Manutentions manuelles**
 - **39% des répondants** déclarent être amené dans leur journée de travail à **toujours** LEVER/PORTER des patients ou des charges de 1 à 5 kg et **35% souvent**
 - **43% des répondants** déclarent **ne jamais avoir recours à des aides mécaniques** pour les tâches exigeantes et **35% rarement**
- ❖ **Postures pénibles**
 - Les deux postures pénibles qui concernent le plus de répondants sont : **DEBOUT** et **PENCHEE EN AVANT** avec respectivement 85% qui déclarent l'être souvent voire toujours dans le cadre de leur activité professionnelle
 - Seulement 3% des répondants déclarent ne jamais ressentir de fatigue physique ou de douleur à cause de leur activité de travail – pour les autres, la zone majoritaire concernée est le DOS citée par 87% d'entre eux

❖ Vibrations mécaniques

- ¾ des répondants déclarent ne **jamais** utiliser des outils à vibration mécanique

❖ Agents chimiques dangereux

- 43% des répondants déclarent ne **jamais** utiliser de produits chimiques dangereux

❖ Températures extrêmes

- Près de ¾ des répondants disent ne jamais ou rarement être confronté à des températures extrêmes

❖ Bruit

- 88% des répondants disent ne jamais être gêné ou rarement par le niveau sonore

❖ Travail de nuit

- Plus de ¾ des répondants déclarent ne **jamais** travailler de nuit

❖ Travail en équipe alternante

- Plus de la moitié des répondants déclarent avoir souvent voire toujours des horaires de travail atypiques

❖ Travail répétitif

- 84% des répondants disent effectuer des gestes répétitifs et parmi eux la moitié estiment que ces gestes sont souvent voire toujours effectués à une cadence soutenue

6. FOCUS SUR LES INFIRMIERS : RESULTATS

6.1. Le métier

L'infirmier procède aux **soins spécifiques et d'hygiène nécessités par l'état de santé du malade** : prise de la tension et de la température, pose de pansements, prélèvements sanguins et injections, préparation et distribution des médicaments, ...

L'infirmier assure également des **tâches administratives**.

Il fait le lien entre le malade et les autres interlocuteurs de santé (médecin, ...). Il se doit d'être à l'écoute, de rencontrer les familles, d'assurer un accompagnement et un suivi psychologique.

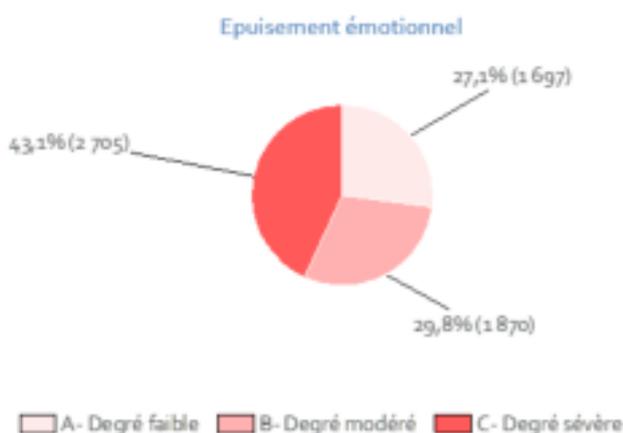
Le métier est éprouvant physiquement et psychologiquement.

L'organisation du travail implique une présence permanente auprès des malades. Le travail en horaires atypiques est une des caractéristiques du métier.

Le métier est très féminisé : environ 83% des infirmiers affiliés à la CARPIMKO sont des femmes (*chiffre basé sur le fichier des 101 828 affiliés communiqué dans le cadre de cette étude*).

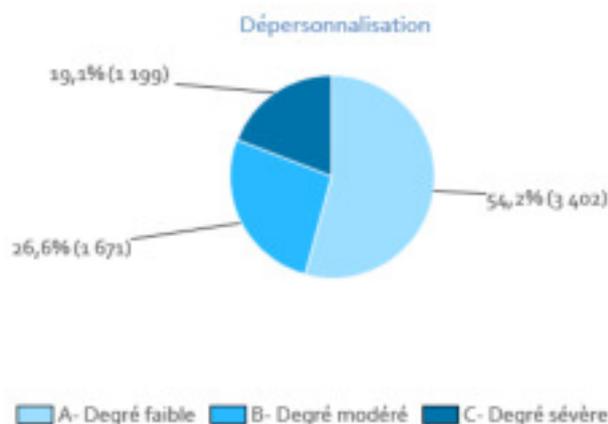
6.2. Indicateurs d'épuisement professionnel

Parmi les 6 272 infirmiers ayant rempli le questionnaire :

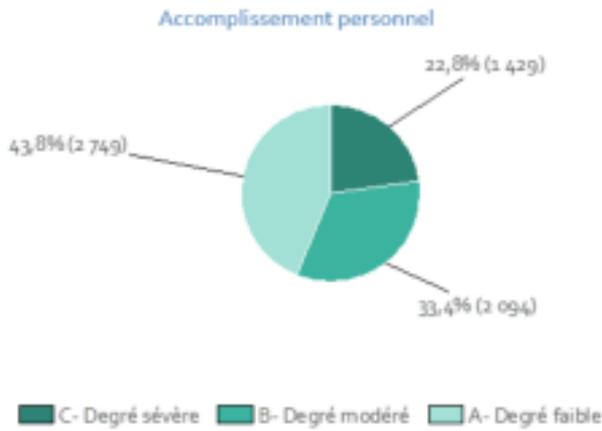


→ **72,9%** présentent un certain niveau d'épuisement et 43,1% de manière sévère soit un taux supérieur de près de 3 points par rapport à la moyenne de 40,5%

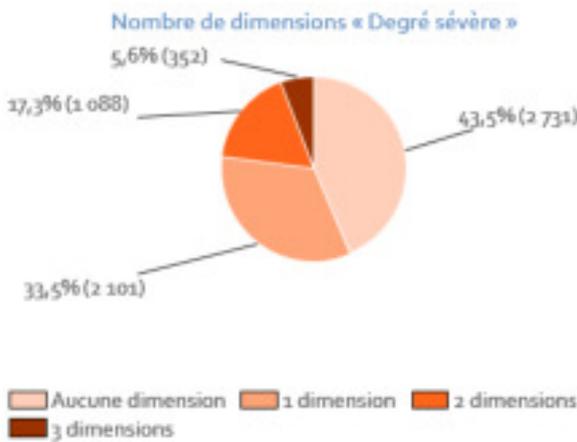
→ À noter que sur les 815 infirmiers en PACA, le taux d'épuisement émotionnel à un degré sévère concerne 45,7% d'entre eux – proportion significativement supérieure à la moyenne



→ **45,7%** présentent des manifestations de dépersonnalisation / déshumanisation soit un taux supérieur de 1,3 point par rapport à la moyenne de 44,4%

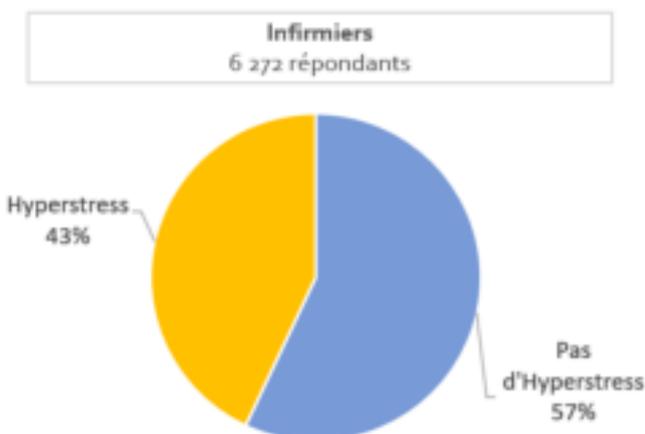


- **56,2% ressentent une réduction de l'efficacité et de la réalisation de soi** soit un taux supérieur de près de 3 points par rapport à la moyenne de 53,4%
- et 22,8% à un niveau sévère soit un taux supérieur de près de 3 points par rapport à la moyenne de 20%



- **56,5% de la population présentent des manifestations de burn-out** soit un taux supérieur de 3 points par rapport à la moyenne de 53,5%
- 22,9% d'entre eux ont sans doute un état de burn-out pathologique et **5,6% un burn-out très sévère** soit 352 personnes – en population globale, sur les 12 671 affiliés, 623 personnes présenteraient un burn-out très sévère – et nous venons de voir que 352 étaient des infirmiers soit plus de la moitié (56,5%) des personnes concernées.

6.3. Indicateurs de stress



Parmi les 6 272 infirmiers ayant rempli le questionnaire :

- 2 697 personnes présentent un niveau d'Hyperstress soit **43% des répondants**
- cette proportion est **significativement supérieure à la moyenne** de 38% sur l'ensemble des affiliés

Ce niveau d'Hyperstress est tel qu'il représente un niveau de risque pour la santé de la personne.

En population globale :
Parmi les 12 671 affiliés ayant répondu au questionnaire, le taux d'Hyperstress est de **38%**

Examinons les sous-populations **les plus et les moins exposées en termes d'Hyperstress**

→ 7 critères socio-professionnels permettent de mettre en évidence des différences significatives en termes d'Hyperstress : **la région, le genre, l'âge, l'ancienneté, le type d'emploi, le milieu professionnel et le temps de trajet professionnel / jour**

Les sous-populations les plus exposées

Quand on regarde critère par critère, voici les modalités qui ressortent comme **plus exposées** en termes d'Hyperstress :

- **En région PACA**
- **Femme** : dans toutes les études relatives aux Risques Psychosociaux, les femmes apparaissent plus exposées aux RPS que les hommes
 - Dans notre panel Stimulus, le taux d'Hyperstress moyen est de 23,2%. Chez les **hommes** il est de **20,3%** et chez les **femmes** de **27,5%**.
 - D'après l'Institut National de Recherche et de Sécurité, en France, en moyenne 1 personne sur 4 ressent du stress élevé, dont **1 homme sur 5 et 1 femme sur 3 (INRS,2008)**
- **Agés de plus de 50 ans** : l'évolution du métier, les contraintes qu'il impose engendre des difficultés sur la dernière tranche de la carrière professionnelle
- **Plus de 11 ans d'ancienneté dans la profession** : lien entre l'ancienneté et le taux de stress. Au-delà de 10 ans, le taux d'Hyperstress est significativement plus élevé.
- **A temps plein** : probablement car l'exposition y est plus grande et les impacts sur la vie personnelle sont plus importants
- **Ayant plus de 3 heures de trajet professionnel par jour** : le temps de trajet supérieur à 3h est également synonyme d'un taux de stress plus élevé. Les conditions de circulation (environnement urbain = stationnement / trafic ; rural = longue distance perte de temps entre les RDV).
- **Travailler en milieu urbain**

Critère	Modalité	Répondants	Ecart significativité	Taux d'Hyperstress
Ancienneté	Plus de 20 ans	1 708	***	46,9%
Région	Provence-Alpes-Côte d'Azur	815	***	47,2%
Temps de trajet professionnel / jour	Plus de 4 heures	1 838	***	48,7%
Ancienneté	De 11 à 20 ans	1 459	***	46,8%
Age	De 50 à 59 ans	1 639	***	46,2%
Genre	Une Femme	5 295	***	43,7%
Temps de trajet professionnel / jour	Entre 3 et 4 heures	964	**	45,5%
Type emploi	A temps plein	5 252	**	43,2%
Milieu	En milieu urbain	3 090	**	44,0%
Age	60 ans et plus	619	*	46,0%

Les sous-populations les moins exposées

Quand on regarde critère par critère, voici les modalités qui ressortent comme **moins exposées** en termes d'Hyperstress :

- **Travailler en milieu rural**
- **Régions Bretagne et Centre-Val de Loire**
- **Homme**
- **Agés de 30 à 39 ans**
- **Moins de 5 ans d'ancienneté dans la profession** : l'hypothèse sur l'ancienneté se renforce avec l'idée que les moins de 5 ans semble moins exposés. Découverte de cet aspect métier, même si difficile, absorbé par la nouveauté, le choix de vie, etc.
- **Ayant moins de 2 heures de trajet professionnel par jour** : Même chose pour le temps de trajet, en-dessous de 2h de trajet, les taux de stress sont moins élevés (mais restent importants tout de même).
- **A temps partiel**

Critère	Modalité	Répondants	Ecart significativité	Taux d'Hyperstress
Temps de trajet professionnel / jour	Entre 1 et 2 heures	803	■■■	36,5%
Temps de trajet professionnel / jour	Entre 30 et 60 minutes	341	■■■	35,5%
Temps de trajet professionnel / jour	Moins de 30 minutes	869	■■■	32,5%
Ancienneté	De 2 à 5 ans	1 273	■■■	38,3%
Genre	Un Homme	977	■■■	36,2%
Age	De 30 à 39 ans	1 770	■■■	38,5%
Ancienneté	Moins de 2 ans	613	■■■	29,7%
Région	Centre-Val de Loire	175	■■	33,1%
Type emploi	A temps partiel	1 020	■■	38,9%
Milieu	En milieu rural	3 182	■■	41,1%
Région	Bretagne	430	■■	36,7%

6.4. Analyses des causes de risques psychosociaux

Une analyse statistique nous permet de mettre en évidence les facteurs de risques psychosociaux en fonction :

- de leur présence
- de l'impact sur le niveau d'Hyperstress

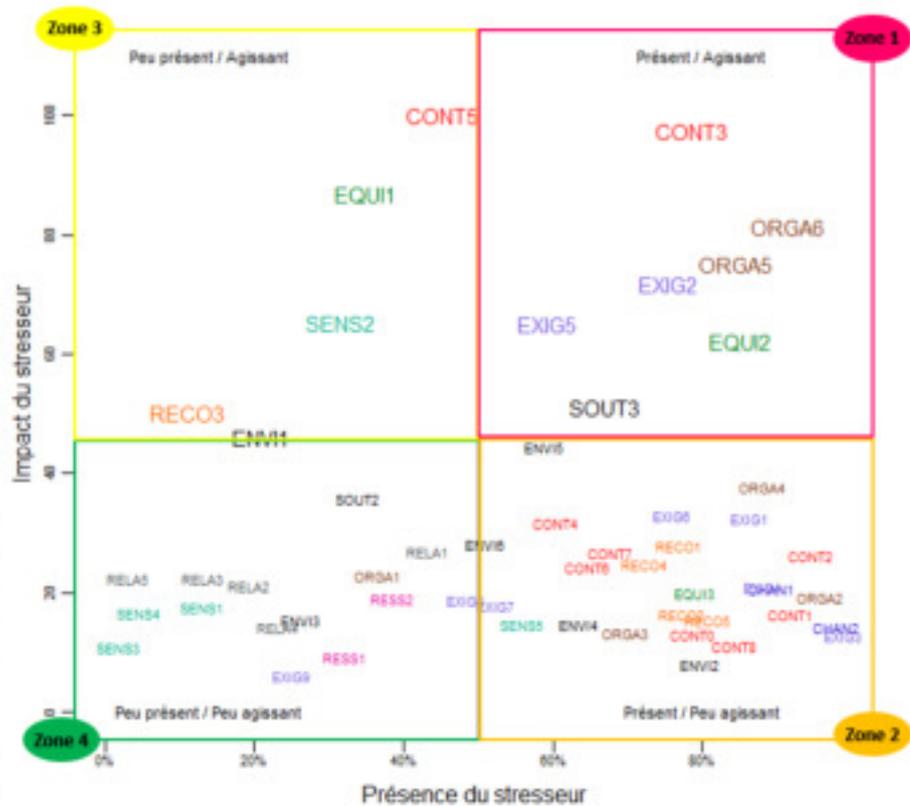
La cartographie ci-dessous présente les facteurs de risques pour la population des 6 272 infirmiers ayant participé au questionnaire :

Présence = Proportion de personnes ayant répondu affirmativement au stresser

Impact = Corrélation avec le niveau de stress

Par exemple:
Ici 85% des personnes interrogées estiment être exposées au stresser ORGA5 « Conditions de travail déstabilisantes sur le plan émotionnel ». Ce dernier est un des stressers le plus fortement corrélié avec le niveau de stress, il est donc « Présent » et « Agissant ».

EXIG	Exigences
ORGA	Organisation
CHAN	Changement
CONT	Contraintes professionnelles
RECO	Reconnaissance
RESS	Ressources
RELA	Relations
SOUT	Soutien
ENVI	Environnement
EQUI	Équilibre de vie pro – vie perso
SENS	Sens du travail



En **zone 1**, nous retrouvons **les facteurs cités par plus de 50% des répondants** et ayant **un fort impact sur le niveau d'Hyperstress** :

- Conditions de travail épuisantes en termes de charge mentale (ORGA6) : 92%
- A mon domicile, je pense encore à mon travail (EQUI2) : 85%
- Conditions de travail déstabilisantes sur le plan émotionnel (ORGA5) : 85%
- Inquiet.e pour ma santé physique (CONT3) : 79%
- Manque de temps pour tout le travail à faire (EXIG2) : 75%
- Pas soutenu(e) moralement dans mon métier (SOUT3) : 67%
- Travail dans l'urgence la plupart du temps (EXIG5) : 59%

En **zone 3**, nous retrouvons **les facteurs cités par moins de 50% des répondants** mais ayant **un fort impact sur le niveau d'Hyperstress** :

- Inquiet.e pour ma santé mentale (CONT5) : 45%
- N'arrive pas à concilier vie professionnelle et vie personnelle (EQUI1) : 35%
- La manière dont j'effectue mon travail ne répond pas à mes attentes (SENS2) : 31%
- Cadre de travail non agréable (ENVI1) : 21%
- Travail ne me fait pas me sentir utile/bonne opinion de moi (RECO3) : 11%

En **zone 2**, nous retrouvons **les facteurs cités par plus de 50% des répondants** mais ayant **un faible impact sur le niveau d'Hyperstress** :

- Erreurs pouvant avoir des conséquences graves (EXIG3) : 99%
- Mon métier nécessite de s'adapter sans cesse (CHAN2) : 98%
- Travail 10 heures ou plus par jour (ORGA2) : 96%
- Efforts ou des tâches physiquement pénibles (CONT2) : 95%
- Procédures rigides à respecter (CONT1) : 92%
- Impossible de prévoir mon travail dans deux ans (CHAN1) : 89%
- Horaires de travail contraignants (ORGA4) : 88%
- Longues périodes de concentration intense (EXIG4) : 88%
- Informations complexes et nombreuses à traiter (EXIG1) : 86%
- Confronté.e au manque d'hygiène des patients (CONT8) : 84%
- Métier non reconnu par les autorités publiques (RECO5) : 81%
- Beaucoup de temps dans les transports pour mon travail (ENVI2) : 80%
- Sollicité.e par mes patients en dehors de mes horaires de travail (EQUI3) : 79%
- Procédures surveillées à respecter (CONT0) : 79%
- Rémunération en incohérence avec mon travail (RECO2) : 77%
- Pas de visibilité sur mes possibilités d'évolution de carrière (RECO1) : 77%
- Temps important consacré aux tâches administratives (EXIG6) : 76%
- Régulièrement inquiet.e concernant mes revenus (RECO4) : 72%
- Travail 7 jours ou plus consécutifs (ORGA3) : 70%
- Choix éthiques et déontologiques difficiles à faire (CONT7) : 68%
- Inquiet.e pour la santé de mes proches (CONT6) : 65%
- Confronté.e à des difficultés de stationnement et conséquences associées (ENVI4) : 64%
- Inquiet.e d'être infecté.e (CONT4) : 60%
- Isolé.e dans mon travail (ENVI5) : 59%
- Exposer régulièrement à des conflits de valeurs dans mon travail (SENS5) : 56%
- Contacts avec les organismes de recouvrement insatisfaisants (EXIG7) : 52%
- Ne me sens pas en sécurité physique dans mon travail (ENVI6) : 51%

6.5. Facteurs de pénibilité

Ce chapitre présente les constats issus de l'analyse du recueil qualitatif (à travers les 19 entretiens individuels et les deux demi-journées d'observations) complétés par les résultats au questionnaire.

❖ **Les exigences du travail**

- **Du prescrit au réel, quand la charge mentale explose.**

Le point le plus saillant dans les échanges et les observations de l'activité des IDEL réside dans **l'exigence en termes de charge mentale**.

La **complexité du travail** des IDEL présente intrinsèquement des contraintes importantes, par exemple la nécessité de maîtriser les différentes situations de soin d'un point de vue technique. Les **critères de variabilité sont nombreux** (les pathologies, les outils de travail, les techniques de soins, etc.) dans un secteur en constante évolution que ce soit par les progrès techniques ou par l'évolution du système de soin en France (par exemple la chirurgie ambulatoire engendre une augmentation des soins plus importants à domicile).

La maîtrise technique est associée à un autre potentiel facteur de stress, **le risque d'erreur**. Pour rappel, **99% des répondants dans cette profession déclarent que faire une erreur dans son travail peut avoir des conséquences graves**.

Ce risque est d'autant plus prégnant que contrairement à l'activité dans une structure de soins, les IDEL se trouvent relativement **seuls face aux patients**. Il est moins facile de solliciter l'aide de collègues et/ou du médecin dans cette configuration. Il peut être envisageable de téléphoner aux autres IDEL de son équipe (ou de son entourage professionnel), ou aux médecins pour obtenir une information, un conseil ou une réponse à une question, mais entre la crainte de déranger et les difficultés à joindre les médecins, ces alternatives sont

cantonnées au « dernier recours ». En cas de réelles difficultés, les médecins du SAMU peuvent constituer une alternative viable.

Sur le terrain, la gestion du **risque de d'erreur** peut prendre des formes très concrètes :

- l'appropriation du fonctionnement d'une pompe à perfusion dont on ne connaît pas le modèle, alors que le patient et/ou ses proches sont en train de scruter les moindres gestes du soignant,
- l'évaluation d'un possible mésusage médicamenteux, face à un patient plus ou moins désorienté qui va tenter de justifier un changement dans la prise de ses traitements. Dans la situation que nous avons observé, l'infirmière a du évaluer la lucidité d'une patiente âgée, qui tenait un discours cohérent mais peu probable sur des modifications de posologie suggérées par le médecin traitant. Dans l'impossibilité de joindre ce dernier, l'infirmière a du questionner la patiente pour reconstituer le fil des évènements et en évaluer la crédibilité.
- pour rappel, **67% des répondants dans cette profession déclarent ne pas être soutenu moralement dans leur métier.**

La **complexité de l'activité** se retrouve également dans son organisation. Pour que l'activité soit viable, les IDEL doivent **rationaliser leurs tournées** en prenant en considération de multiples facteurs, par exemple :

- Les contraintes liées aux pathologies (horaires d'administration des injections aux diabétiques, horaires de nursing, etc.)
- L'implantation géographique pour réduire les allers/retours et donc les distances parcourues
- L'évaluation en termes de charge de travail que représente la tournée dans sa globalité, pour ne pas basculer en mode dégradé dans la prise en charge.
- **La gestion du planning** peut prendre la forme d'une évaluation à la volée, de la capacité à prendre un patient supplémentaire alors que le soignant est sur la route ou chez un patient, entre deux soins. Avec l'expérience, il sera de plus en plus apte à gérer ces sollicitations en tenant compte des critères évoqués plus haut et de **la pression** du patient qui souhaite trouver rapidement une solution. Sans oublier la **pression** liée à « **l'activité économique** » que mentionnent certains à savoir que si le soignant n'est pas réactif, le patient partira au plus offrant/rapide.

Une des conséquences de cette forme de pression peut être qu'un soignant prenne une décision sans nécessairement prendre le temps de consulter son binôme/les autres membres de l'équipe.

La gestion de tous les points énoncés et leurs variations ne se fait pas à son cabinet, pendant un temps mort, mais bel et bien tout au long de la journée, dans le feu de l'action.

Il est impossible d'évoquer la charge mentale des IDEL sans évoquer la place qu'occupe le téléphone portable dans leur activité. Lors de nos observations, nous avons pu comptabiliser **un appel entrant toutes les 10mn en moyenne et plus de 50% du temps de déplacement entre les domiciles**. Le téléphone est utilisé **à émettre des appels sortants** (répondre à des sollicitations de patients ou de collègues, écouter la messagerie, prévenir les patients de la tournée, tenter de joindre des médecins/pharmaciens/laboratoires, etc.).

Comme pour beaucoup d'autres métiers, certains peuvent y voir un aspect positif (possibilité d'optimiser ses déplacements, de gérer au fil de l'eau les aléas/imprévus), mais cet outil constitue également un catalyseur du principal trio de facteurs de surcharge mentale : interruption, multitasking et sur-sollicitation.

Pour poursuivre sur la charge mentale et le téléphone portable, nous allons également pointer du doigt un facteur de protection parfois mis à mal : **le droit à la déconnexion**.

Dans un établissement de soin, lorsqu'un soignant termine son poste/shift, il regagne son domicile et confie les patients à une autre équipe qui prend le relais. Il ne s'agit pas de comparer les pénibilités des soignants, mais de constater les différences des deux systèmes. Il ne s'agit pas non plus de sous-entendre qu'un soignant déconnecte facilement après avoir terminé sa journée de travail dans un hôpital, un EHPAD ou autre. Par contre, le constat que nous faisons est que pour un IDEL, la possibilité d'être contacté par un patient le soir voire la nuit et/ou le weekend est beaucoup plus importante et que le sentiment de responsabilité s'étend plus facilement en dehors des heures de présences physiques.

La **frontière entre la vie personnelle et la vie professionnelle**, indispensable à la récupération psychologique et émotionnelle, est plus **floue**. L'équilibre de vie peut être plus difficile à trouver et à préserver, ce qui les prive d'un critère très important de prévention des Risques Psychosociaux.

Certains praticiens interviewés affirment avoir à cœur de préserver leur vie privée et ne pas laisser l'activité envahir la sphère personnelle. Cependant pour beaucoup d'IDEL, le simple fait de couper leur téléphone en dehors des périodes de travail peut engendrer une tension psychologique et éthique.

- **Au-delà de la complexité, il y a également une quantité importante de travail**

L'amplitude horaire de travail dépend de l'organisation de chaque IDEL. Nous constatons que les praticiens de santé avec lesquels nous avons échangé **démarrent leur journée entre 5h et 7h du matin**. L'impact n'est évidemment pas le même en fonction de la distance qui sépare le domicile de l'infirmier de sa tournée, et plus précisément du premier patient. Nous avons interviewé des IDEL qui pouvaient résider jusqu'à 30 kms de leur secteur de tournée, par exemple, pour une qualité de vie plus élevée en dehors d'une grande agglomération. Ce type de configuration, comme l'exercice de la profession dans une zone rurale et/ou avec une faible densité de population, a un impact sur l'heure réelle du démarrage de la journée de travail : le départ du domicile parfois avant 5h du matin.

Nous l'évoquions précédemment, les tournées sont optimisées dans la mesure du possible. L'objectif global est de respecter un équilibre satisfaisant entre la qualité de la prise en charge du patient (qualité de soin et qualité de la relation), le temps et l'énergie investis, et le retour financier sur tous ces investissements.

Malgré l'attention portée aux patients, les journées de travail ressemblent à une course contre la montre pour laquelle chaque minute compte. Dans ce contexte, tout imprévu représente une potentielle menace et le risque de ne pas pouvoir éviter ce que les IDEL et leurs patients redoutent : le retard dans l'heure de passage. Pour réduire l'emprise de ces situations, les IDEL conviennent de plages de passage plus ou moins souples en fonction des situations, mais malgré cela, le retard dans la tournée reste une préoccupation très présente parmi les IDEL interviewés.

Une **journée de travail** se décompose souvent en 3 blocs :

- Un premier rush d'activité composé de visites non-stop sur toute la matinée (de 5h/7h jusqu'à 13h/14h)
- Une « coupure relative ». Rares sont les IDEL qui en profitent vraiment pour récupérer (moins de 10% des infirmiers rencontrés). Ce temps est surtout utilisé pour les tâches administratives / secrétariat ou pour les tâches domestiques pour les IDEL qui ont la possibilité de rentrer à leur domicile.
- Second rush de visites (15h/21h)

L'amplitude d'une journée de travail atteint facilement 13h à 14h sur la journée, pour une moyenne de 11h de travail concernant les IDEL interviewés.

Comme nous l'avons évoqué, les journées des IDEL sont également rythmées par les **tâches administratives** qui parfois sont très chronophages et complexes. Notamment en ce qui concerne les prescriptions des médecins qui ne prennent pas en compte la « réalité terrain » comme exprimé clairement dans ce verbatim :

« Ordonnance médecin : elles ne sont jamais valables !!! Il manque la mention à domicile ou mention dimanches et jours fériés – on a une DSI – démarche de soins infirmiers - à faire signer par les médecins - Ex : la dame m'appelle pour me dire intramusculaire pendant 6 jours dans les fesses mais si ce n'est pas écrit le dimanche la CPAM ne prend pas en charge – Autre ex : gluco sur 12h – perfusion sous-cutanée mais peut être de l'eau sucrée à boire sur 12h - Prime de 8,50 € par passage le dimanche - Si contrôle de la CPAM on est mal .. pas de pénibilité mais bon. »

Nous incluons également toutes les tâches administratives à faire en lien avec les régimes obligatoires et complémentaires (CPAM, mutuelles, ...).

Pour rappel, dans le questionnaire, **76% des infirmiers déclarent que le temps consacré aux tâches administratives est important**.

La charge de travail et sa composante « charge mentale » sont également saturées par des actions « extra rôles », c'est-à-dire des tâches qui ne font pas partie de la définition prescrite de la mission de l'IDEL.

- Pour faciliter l'accès au domicile (ou récupération de courrier) : devoir mémoriser tous les codes d'accès (digicode), devoir conserver les clés de patients à mobilité réduite et se retrouver ainsi avec des trousseaux énormes de clés
- Réaliser des petites courses du quotidien (pharmacie ou produits de première nécessité)
- Assurer l'interface administrative entre le patient et le médecin (faire corriger une prescription incorrecte, transporter une carte vitale, etc.)

Cette charge est variable en fonction du soignant. Certains s'en protègent en limitant les écarts en restant dans le cadre strict du soin, mais une grande majorité considère que cela revêt de la dimension sociale du métier et que cette assistance fait partie de la relation au patient et du « prendre soin ».

Il pourrait être facile de pointer du doigt ces pratiques et de considérer que les IDEL, libres de leur organisation, prennent cette charge supplémentaire sciemment. Mais ce serait sous-estimer l'impact que pourrait avoir le non-traitement de ces situations à au moins deux niveaux :

- La **tension psychologique**, en termes de valeurs personnelles. Être soignant est avant tout une vocation, il pourrait être très couteux psychologiquement de ne pas répondre au besoin d'un patient vulnérable (sentiment de culpabilité, qualité de travail empêchée, conflits de valeurs, autant de facteurs qui pourraient augmenter le risque d'aggraver certaines dimensions du burnout).
- Les **conséquences opérationnelles** quand il s'agit de tâches administratives (risque de ne pas être payé ou d'être accusé de fraude quand une prescription est erronée ou incomplète, faire une feuille de soin en l'absence de carte vitale, etc.).

- **Au contact de la souffrance, de la maladie et de la mort**

La particularité du métier de soignant est d'être quotidiennement confronté à la maladie et/ou à la souffrance. Beaucoup d'IDEL travaillent avec des patients en fin de vie.

Nos interviews et nos observations nous ont permis d'appréhender à quel point les patients visités pouvaient se trouver dans des situations de détresse que ce soit sur le plan physique et/ou le plan psychologique.

La grande majorité d'entre eux sont en **forte demande de soutien psychologique**. Qu'il s'agisse par exemple de personnes âgées, plus ou moins isolées, ou de personnes plus jeunes ayant été confrontées à un accident de la vie ou une maladie chronique. Ils s'attendent à ce que le soignant fasse preuve d'une **qualité d'écoute, a minima**.

Parfois ils ont envie d'être écouté, parfois ils en ont besoin. Il faut considérer que certains patients n'ont d'autres visites que celle de l'infirmier au cours d'une journée, ce qui constitue un minimum d'interaction pour des personnes privées (plus ou moins durablement) de vie sociale. La responsabilité pesant sur les épaules de l'IDEL devient alors très importante, au niveau professionnel mais peut être encore plus au niveau humain.

Ce qui se joue est d'autant plus complexe que le patient ne se trouve pas dans une structure/institution hospitalière, avec le cadre associé. Le patient est sur « son territoire », à son domicile, dans un environnement qui lui est familier, intime. Cet élément a une influence dans la manière dont va se constituer la relation entre le soignant et le soigné.

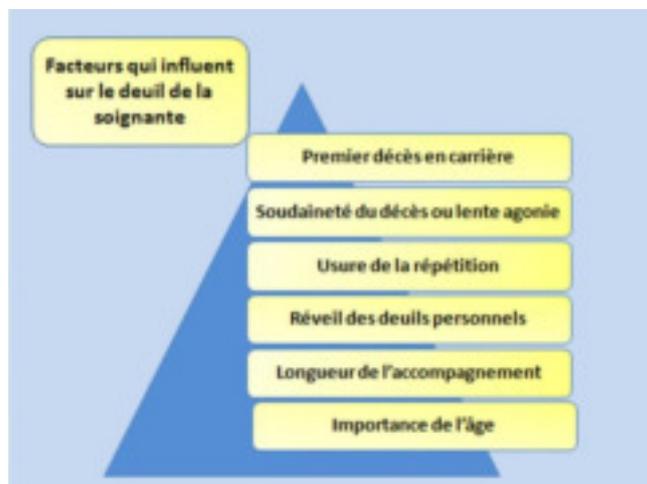
Quelle que soit la formation qu'un IDEL a pu suivre, l'exposition à la souffrance dans son quotidien de travail, pourra avoir à long terme un impact sur sa santé psychologique. Certains parviennent à mettre une distance suffisante, à relativiser le contenu de leur métier, mais cette capacité est propre à chacun et surtout ne garantit pas une imperméabilité à la détresse émotionnelle ou physique des patients.

Au-delà de la gestion de la souffrance des patients, les IDEL sont également confrontés à la perte de patients. Il peut exister un lien fort avec des patients suivis pendant plusieurs années parfois. La gestion du deuil des soignants est à prendre en compte.

Face à la mort d'un patient, le soignant est doublement touché.

- En tant qu'individu d'abord, il est, comme tout un chacun, ramené à l'appréhension de sa propre mort, de celle de ses proches et au souvenir des décès antérieurs qu'il a pu connaître.
- Mais en tant que soignant, il est aussi confronté au deuil personnel représenté par le décès d'une personne qu'il a appris à connaître, qu'il a accompagné et à qui il a tenté, tant bien que mal, de redonner

de la dignité, du bien-être et du soulagement. En tant que praticien, il peut parfois souffrir d'un sentiment d'échec. « *Que n'ai-je pas fait ? Qu'ai-je mal fait ? Aurais-je pu faire quelque chose de plus ? Est-ce ma faute ?* »



Source : *Le vécu de la soignante devant la mort*, Margot Phaneuf, inf. PhD, 2014)

La gestion des familles/des proches est également source d'une charge émotionnelle parfois importante.

Plus globalement, dans l'exercice du métier, le patient passe avant tout. Comme pour beaucoup de métiers d'aide, le soignant se trouve dans une injonction à dissimuler ses propres souffrances. Conscient de l'importance de la dimension psychologique et émotionnelle dans la prise en charge, il se dit qu'il se doit d'aller bien. Les infirmiers sont donc vigilants à ne pas laisser leurs propres états d'âmes, soucis personnels (ou professionnels) « *polluer* » la relation.

Cette précaution nécessite de porter une attention au maintien de « la bonne distance » avec les patients, même si certains principes sont parfois délaissés (le tutoiement par exemple).

❖ Autonomie et marges de manœuvre

• Latitude pour organiser son travail

La grande latitude des IDEL engendre une grande variabilité organisationnelle entre les différents praticiens. Par exemple, concernant l'organisation de l'activité de travail :

- les horaires diffèrent sur une journée de travail (certains commencent dès 5h du matin, et d'autres jamais avant 7h, etc.)
- l'amplitude horaire d'une journée de travail (de 8h à 14h)
- l'organisation des tournées (nature et chronologie des actes)
- et la répartition du travail (seul, en binôme, trinôme, etc.)

Concernant les rythmes de travail nous constatons également une variabilité, avec des impacts différents. Certains IDEL travaillent une semaine entière pour bénéficier d'une semaine de récupération, d'autres ont des roulements de deux semaines et d'autres encore préfèrent des roulements similaires à ce que l'on peut trouver dans des structures hospitalières avec des « *grandes semaines* » et des « *petites semaines* » de travail.

Ce critère d'autonomie peut également être protecteur face aux exigences de l'activité de travail. La possibilité d'accepter ou non un patient supplémentaire dans sa tournée, la possibilité d'accorder plus de temps à un patient qui le nécessite, la possibilité d'ajuster sa journée de travail à ses contraintes personnelles ou de privilégier certaines prises en charge en adéquation avec le profil ou les appétences.

Il y a des sujets sur lesquels le système organisationnel des IDEL présente ses limites, comme par exemple dans la gestion des remplacements. De nombreux IDEL déplorent de grandes difficultés à trouver des collègues

pour assurer leur remplacement. L'alignement en termes d'organisation (rythme de travail) et de pratiques professionnelles n'est pas aisé à trouver.

❖ Les conflits de valeur

Le rapport entre les valeurs professionnelles et les valeurs personnelles est globalement plutôt protecteur car :

- Les IDEL sont convaincus de l'utilité de leur travail, sa dimension sociale, etc.
- L'autonomie évoquée précédemment permet de laisser des marges de manœuvres aux IDEL pour approcher la qualité du travail désirée (temps accordé au patient, nature des interactions, etc.).

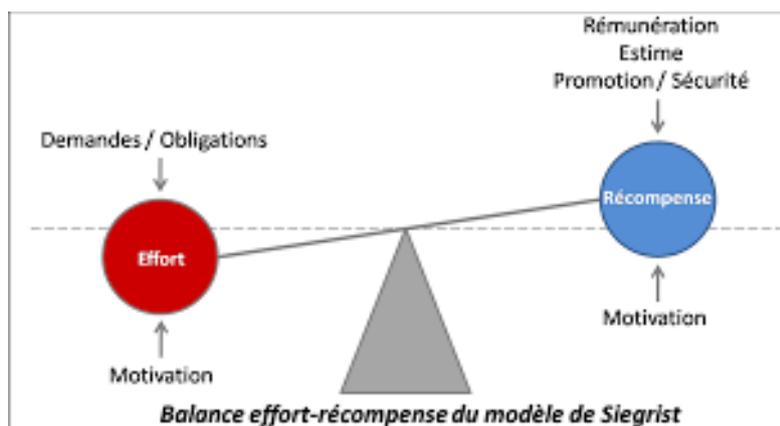
Avec une expérience plus ou moins satisfaisante en structure hospitalière, la grande majorité des IDEL mentionnent leur autonomie comme un des principaux facteurs de protection. Cela se traduit par la possibilité de mettre en œuvre la vision personnelle qu'ils peuvent avoir du soin. La pression organisationnelle reste importante, mais est en dehors d'une quelconque pression hiérarchique sur l'approche des visites, leur déroulement, la nature des interactions. Nombreux sont ceux qui décrivent une logique industrielle (allant pour certains extrêmes jusqu'à utiliser le terme « *d'usine* ») en évoquant leurs expériences dans les établissements de soins.

Outre la liberté organisationnelle et les avantages en termes de rémunération, la possibilité de reprendre la main sur l'approche thérapeutique fait partie des critères de décision du passage en libéral.

- A noter : 68% des répondants déclarent avoir fréquemment des choix éthiques et déontologiques difficiles à faire dans le cadre de leur travail.

❖ Les rapports sociaux,

Avec l'autonomie, la qualité des relations sociales est l'autre facteur de protection principal pour les IDEL. Ils témoignent très largement de bonnes relations avec les patients (confiance, ouverture, soutien, etc.). Cette relation « soignant/soigné » est une des principales **sources de reconnaissance** dans l'activité de soins. C'est également une source de motivation à poursuivre leurs efforts comme indiqué dans le modèle de Siegrist⁸ :



Cependant, si au global le bilan est très positif, certains IDEL déplorent que la nature de ces relations tend à évoluer avec le temps et deviendra plus difficile. Deux principales raisons sont avancées comme hypothèse par les IDEL interviewés :

⁸ Johannes Siegrist, né en 1943 en Suisse, est sociologue de formation. Il a été professeur de sociologie médicale à la faculté de Médecine de l'Université de Düsseldorf jusqu'en 2012. Il est mondialement connu pour ses recherches sur le stress au travail et sur les inégalités sociales de santé.

1/ Une évolution sociétale des mentalités. L'augmentation globale des exigences pourrait expliquer la plus grande tension relationnelle observée. Les patients sont plus exigeants et souhaitent imposer des contraintes plus ou moins justifiées aux soignants. Cela aboutira sur des exigences sur l'horaire de rendez-vous, des reproches pour quelques minutes de retard ou des commentaires sur la nature des actes réalisés.

2/ Un système de soins dans lequel les patients n'ont pas l'habitude de payer. Certaines situations dans lesquelles des actes de soins doivent être payés par les patients sont incomprises. Le soignant semble contraint de devoir demander rétribution.

A un autre niveau d'interaction, les relations avec les autres soignants sont également très importantes :

- Collègues IDEL dans l'équipe (s'entendre sur le fonctionnement/planning, sur la vision du soin, sur le fonctionnement, etc.)
- Collègues IDEL hors équipes (concurrence ou solidarité, etc.)
- Médecins (qui peuvent faciliter ou complexifier le fonctionnement, être des prescripteurs, etc.)

- **Sentiment d'insécurité dans certains secteurs**

A noter que les IDEL doivent intervenir parfois dans des ZUS (Zones Urbaines Sensibles) où le sentiment d'insécurité est très fort. Les conditions de travail ne favorisent pas à réduire ce sentiment car les IDEL interviennent seuls et souvent à des horaires décalés (tard le soir, la nuit...).

Pour rappel, deux items dans le questionnaire ont un **impact significatif sur le taux d'Hyperstress** des infirmiers :

- 79% des répondants sont inquiets pour leur santé physique
- 45% des répondants sont inquiets pour leur santé mentale

❖ Relations au travail

Un sentiment d'injustice est perçu par les IDEL au regard du **peu de reconnaissance financière** qu'ils ont.

Totalement « dévoués » à leur travail, la plupart des IDEL manquent de temps, voire d'énergie après de longues journées auprès des patients, pour « *courir après les paiements* ». Déjà que les actes ne sont pas bien rémunérés selon eux, il faut en plus prendre du temps pour s'assurer que les règlements sont bien effectués.

« Métier très pénible et pas assez reconnu par rapport aux sacrifices et à l'implication qu'on met dans notre métier tous les jours. Quand on voit que les kinés sont bien mieux rémunérés que nous, sans négliger leur métier, je trouve ça quand même injuste. Ils ne travaillent pas le week-end et jours fériés. Ils font des formations nous pas trop. Et en termes de postures pénibles, c'est plus léger pour eux. »

La décote des actes n'améliore pas du tout ce sentiment d'injustice. Au contraire, le fait que le premier acte soit à taux plein puis dégressif jusqu'à devenir gratuit à partir du troisième, renforce le sentiment de « *travailler gratuitement* » et d'exercer un métier « *peu reconnu et valorisé* ».

A noter que pour les IDEL femme, qui plus est monoparentale, la profession n'est pas soutenante : « *Manque de reconnaissance de la femme en libéral monoparentale => moyens logistiques, pas soutenue sur le plan fiscal, maternité, ...* »

❖ L'insécurité de la situation de travail

- **L'incertitude socio-économique**

Elle est exprimée en lien avec l'**impossibilité de s'arrêter** en cas de difficultés. Facteur de risque évoqué unanimement. Nous évoquons une pression implicite à « timbrer ses émotions ». Au niveau systémique l'injonction du « prendre sur soi » va encore au-delà.

L'indemnisation en cas d'arrêt au-delà de 90 jours d'arrêt (pour un soignant sans couverture supplémentaire) provoque logiquement du surprésentéisme.

100% des IDEL interviewés affirment aller travailler en étant malade.

- **Des compétences spécifiques**

L'activité en libéral implique (en plus d'une compétence technique, nous l'avons évoqué précédemment) une capacité d'organisation et de gestion d'une petite entreprise. Ce qui signifie savoir anticiper, organiser, tous les pans de l'activité de soins.

Ainsi il est nécessaire de savoir appréhender les fluctuations en termes d'activité en fonction des périodes de l'année, en fonction du contexte, des évolutions réglementaires, etc. Il faut également appréhender l'impact de ses variations d'activité sur les cotisations et donc sur l'équilibre économique de son activité.

En conséquence, malgré une charge de travail importante et une activité soutenue, peut se développer auprès des IDEL un sentiment d'insécurité sur l'avenir. La crainte d'un élément imprévu peut devenir anxiogène quand on a le sentiment que son équilibre de vie peut être menacé du jour au lendemain.

- **Des difficultés à se projeter dans l'avenir.**

L'intégralité des infirmiers interrogés exprime des inquiétudes quant à leur capacité à réaliser leur métier au-delà de 60 ans. Ils sont partagés en différentes catégories :

- certains épargnent pendant leur activité afin de pouvoir partir plus tôt ou réduire significativement leur activité à un volume plus acceptable : c'est-à-dire moins de jours de travail par mois,
- certains évoquent la réduction de leur activité en concédant une « *baisse du niveau de vie* »,
- certains envisagent une reconversion professionnelle,
- certains se disent contraints de continuer leur activité mais se demandent s'ils en auront physiquement la capacité.

- **Des craintes relatives à la charge virale prégnante dans la profession**

Comme nous le verrons dans l'analyse de la pénibilité physique, les IDEL sont confrontés à des risques d'infections. Ce point est inhérent au métier.

Mais dans ce contexte actuel de crise sanitaire, certains IDEL soulignent le **sentiment d'insécurité** qu'ils ressentent et qui, selon eux, n'est pas reconnu, **vis-à-vis du COVID-19** :

« **Pas de reconnaissance de la charge virale** : dur à gérer à un certain âge quand on est envoyé au front. »

« **Charge physique, émotionnelle et virale** (ex : COVID) ! Pas du tout reconnu dans la médecine de ville. Et on prend toutes les pathologies. »

❖ **Manutentions manuelles**

- **49% des répondants** déclarent être amené dans leur journée de travail à **toujours** LEVER/PORTER des patients ou des charges de 1 à 5 kg (+10 points vs moyenne globale) et **38% souvent**
- **18% des répondants** déclarent **ne jamais avoir recours à des aides mécaniques** (-25 points vs moyenne globale) pour les tâches exigeantes et **42% rarement**

Au-delà de la notion de manutention, les IDEL sont exposés à des situations qui génèrent une charge physique importante :

- **En mobilité** => Distance parcourue
 - Entre 10 000 et 20 000 pas par jour
 - Entre 10 et 25 étages montés en moyenne chaque jour (grosse variabilité en fonction du secteur, zone pavillonnaire versus centre urbain)
- Le transport de matériel peut également constituer une contrainte à l'usure. Les IDEL s'organisent pour transporter le strict nécessaire et garder un stock dans leur véhicule, mais les sacs/mallettes de 1

à 3 kgs deviennent une source d'usure quand leur transport est associé aux grandes distances parcourues à pied et à un rythme plus que soutenu.

- **Lors des soins** : les manutentions manuelles sont majoritairement synonymes de « manipulations de patients »
 - o Lors des transferts lit-fauteuil, fauteuil-lit
 - o Nursing (toilettes) et autres soins qui nécessitent des retournements, rehaussements, mobilisations, manipulations des membres inférieurs et/ou supérieurs (parfois avec raideurs, des patients grabataires qui vont opposer *a minima* de la résistance, voire se débattre), etc.
 - o Aide à la marche

Toutes ces actions sont réalisées dans des environnements qui peuvent cumuler différentes contraintes d'aménagement (absence d'équipement d'aide à la manutention tels que des lève-malades, espaces de travail exigus, présence aléatoire de lits médicalisés, etc.). Ces lacunes rendent difficile, voire impossible, le respect des principes de prévention liés à la manutention manuelle : fente avant/latérale, érection rachidienne, position de l'haltérophile, etc.

« On est parfois en conflit avec la famille car on leur demande d'ajuster les logements pour nous faciliter le travail et c'est pas toujours évident ».

Ces manutentions sont souvent réalisées seul. Certains soignants vont demander de l'aide aux proches du patients, ou aux Auxiliaires de Vie, quand physiquement ils ne se sentent pas/plus en capacité de réaliser ces manœuvres en sécurité. Malheureusement, ce n'est pas toujours possible.

Les IDEL peuvent également faire face aux chutes de leur patients. La manœuvre de « relèvement » peut s'avérer périlleuse en fonction du rapport de morphologie entre le soignant et son patient, de son âge, de son niveau de dépendance, de lucidité, etc. Pourtant, bien souvent les IDEL doivent réagir rapidement et prendre une décision pour :

- o ne pas accentuer la détresse du patient dans une situation anxiogène,
- o ne pas réaliser une manœuvre qui pourrait aggraver l'état de santé du patient et/ou nuire à celui du soignant.

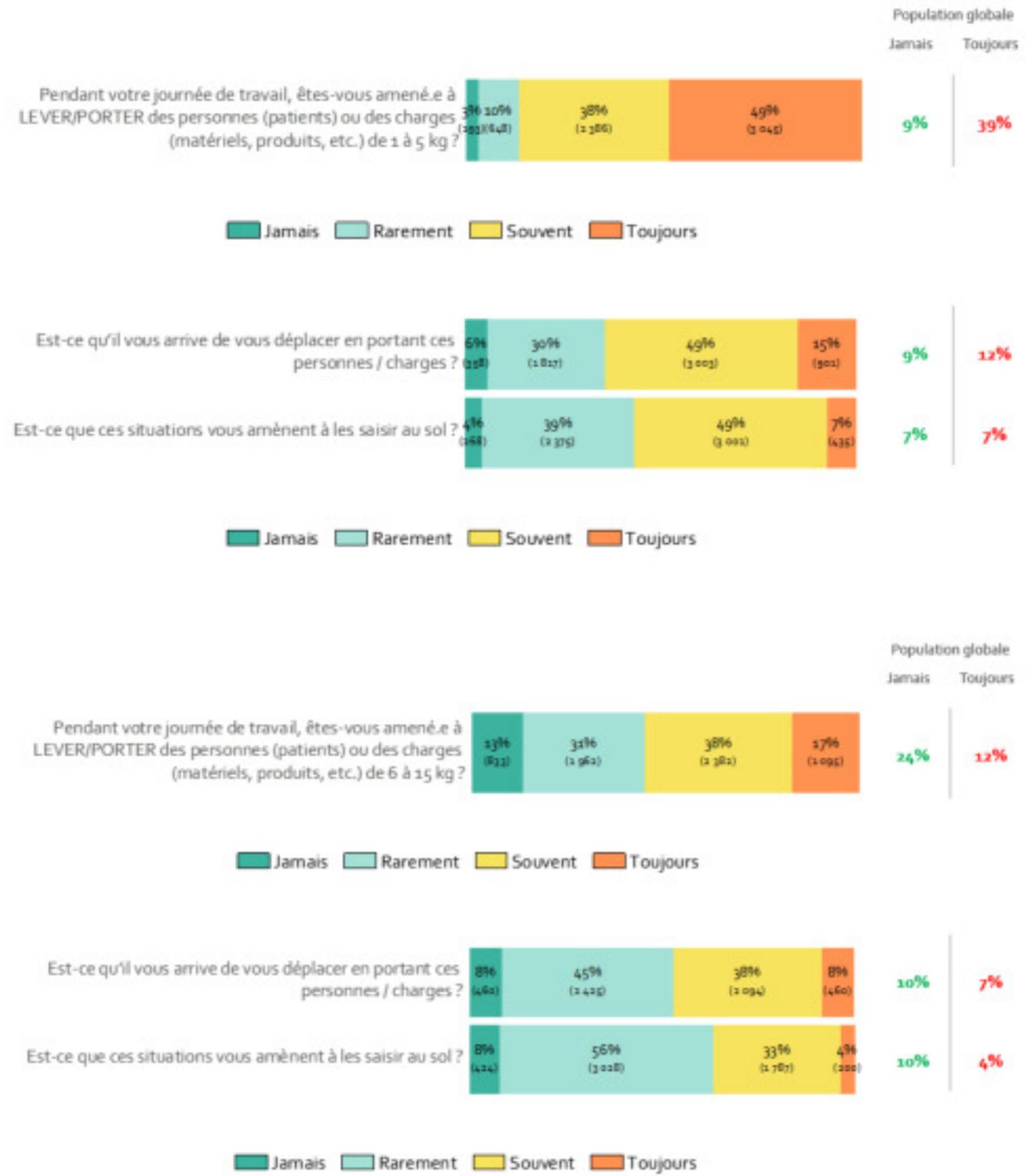
Pour appréhender l'impact que peut avoir la manutention de patients sur la santé d'un soignant et le risque associé, nous pouvons citer une étude menée par Stimulus en 2015 pour le groupe ORPEA auprès de 187 EHPAD.

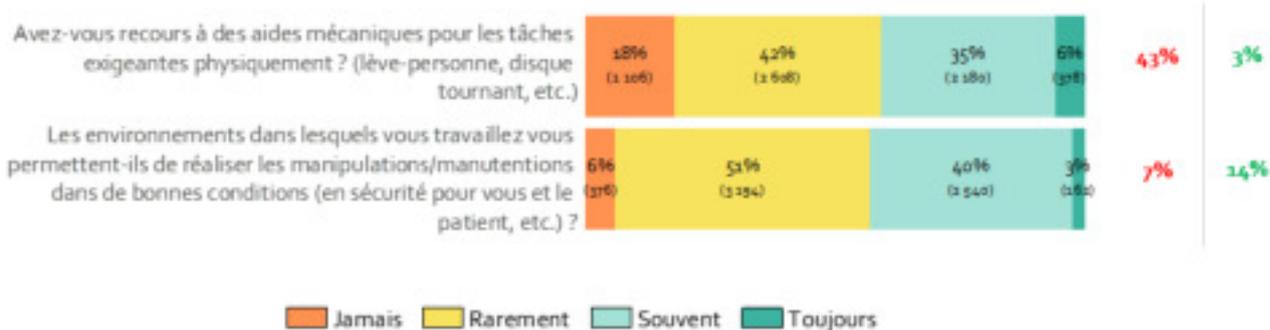
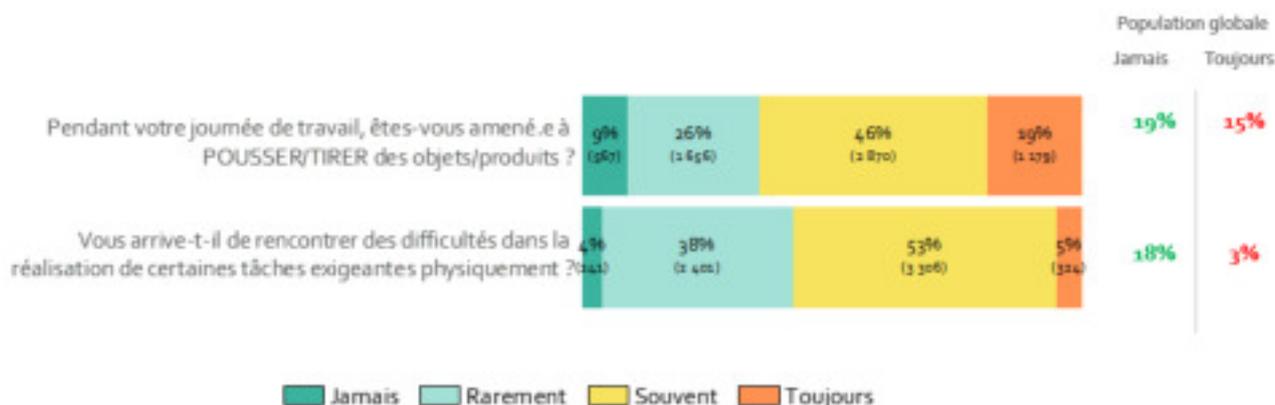
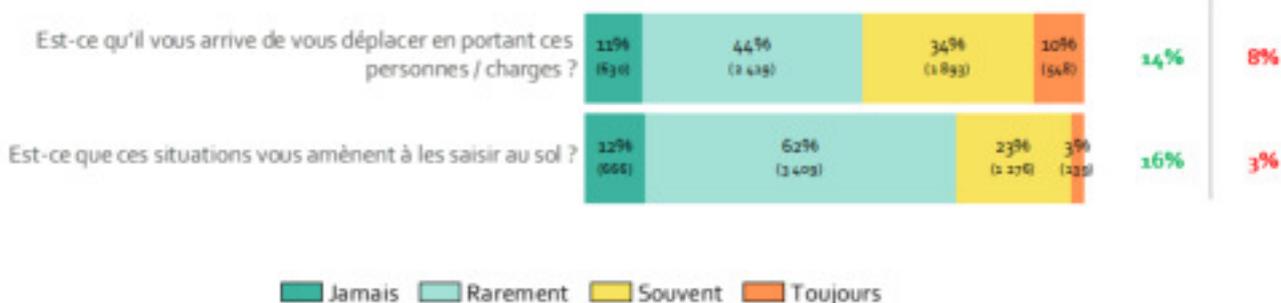
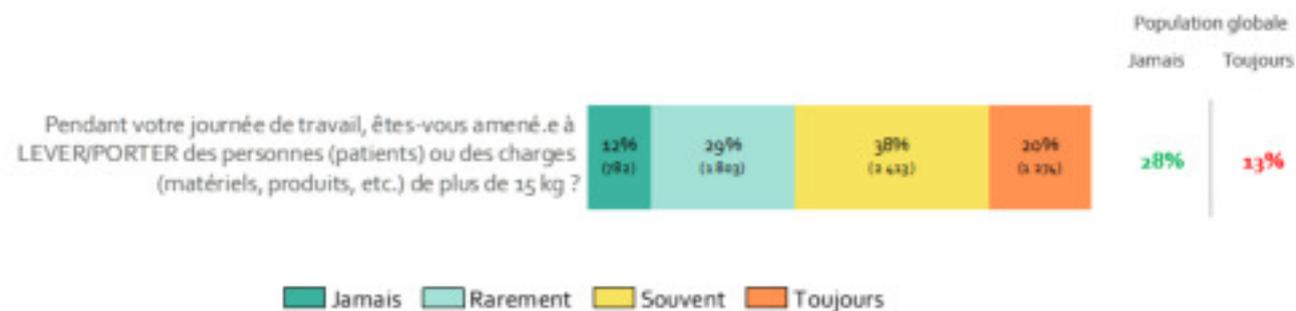
L'étude portait sur l'accidentologie et le risque de TMS. Elle a permis de mettre en lumière le fait que **39,4% des accidents du travail du personnel soignant (aide-soignant et infirmier) étaient liés à la manutention manuelle. Et que 77,5% de ces accidents avaient lieu lors des toilettes ou des transferts.**

Ces actions ne sont pas sans risques, que ce soit à court terme (faux mouvements, chocs, chutes) ou à long terme (usure, risque de TMS).

« Formations DPC : je me demande si nous en avons relatives aux gestes et postures, je ne sais pas. J'y ai déjà eu recours aux formations DPC. Elles sont gratuites et en plus on nous paye pour les faire – pour 7h de formation on est payé 150 à 180 €, top ! C'est en e-learning. Nous avons 14h par an pris en charge par le DPC - ARAPL – organisme de comptabilité – on y cotise à l'année car sinon on paye plus d'impôts et eux proposent aussi des formations mais payantes je crois. »

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **6 272 infirmiers** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **manutentions manuelles** :





❖ Postures pénibles

- Les deux postures pénibles qui concernent le plus de répondants sont : **DEBOUT** et **PENCHEE EN AVANT** avec respectivement 99% (+14 points vs moyenne globale) et 94% (+9 points vs moyenne globale) qui déclarent l'être souvent voire toujours dans le cadre de leur activité professionnelle
- Seulement 0,4% des répondants déclarent ne **jamais** ressentir de fatigue physique ou de douleur à cause de leur activité de travail – pour les autres, la zone majoritaire concernée est le DOS citée par 93% d'entre eux

Le caractère nomade du métier implique un **temps important de trajet en véhicule** (en 4 ou 2 roues, que ces derniers soient motorisés ou non) et donc des contraintes posturales plus ou moins importantes.

Rappel : 29,3% des IDEL déclarent avoir plus de 4h de temps de trajet professionnel par jour

Les contraintes posturales peuvent constituer un risque d'apparition de TMS principalement au niveau du dos (vertèbres lombaires) et des membres supérieurs (épaules, coudes).

Les mouvements d'entrée et sortie d'un véhicule pouvant être répétés de 30 à 60 fois au cours d'une journée, peuvent également constituer un facteur de risques lorsque les mouvements sont réalisés dans la précipitation, sans conscience corporelle et/ou que le dimensionnement du véhicule n'est pas approprié à la morphologie de l'IDEL.

Lors des soins, des nursing, les contraintes en termes d'aménagements des domiciles favorisent le recours de postures dites pénibles (debout penchés en avant, accroupie, à genoux).

« 1 tournée = 30 passages possibles dans une journée chez des patients - donc notre véhicule doit être confortable ».

« Je vais à l'ostéopathe deux fois par an pour me replacer car dur de retrouver ma posture alors que je suis un sportif ».

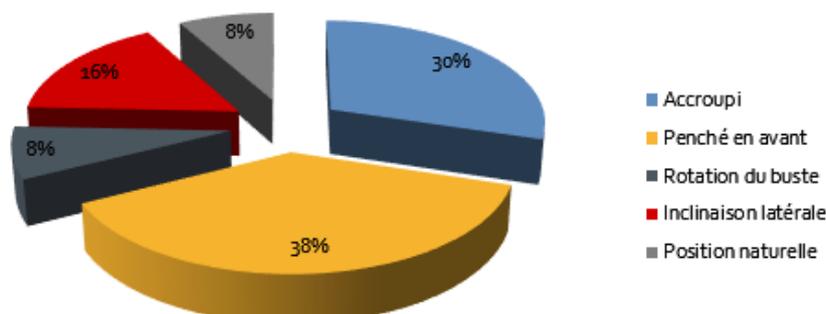
« Ce qui est dur ce n'est pas le poids c'est les postures : devoir faire des prises de sang sur un patient couché sur des lits canapés où la hauteur n'est pas adaptable »

Dans le cadre des observations, un focus a été fait sur la **réalisation des toilettes de personnes dépendantes**.

Trois situations ont pu être observées. En plus des actions de manutentions évoquées précédemment, il s'agit des actes potentiellement problématiques d'un point de vue postural. En plus du niveau de dépendance du patient (capacité à rester debout sans assistance, à se tenir à quelque chose, etc.), l'aménagement de l'espace est déterminant. Nombreux sont les domiciles dont l'aménagement est inadapté pour ces situations.

L'IDEL est contraint de compenser (travailler les bras tendus, loin du centre de gravité, en bras de levier à cause d'un bac à douche trop haut/grand, ou compenser le manque d'espace d'une cabine de douche par des inclinaisons/rotation du rachis, etc.).

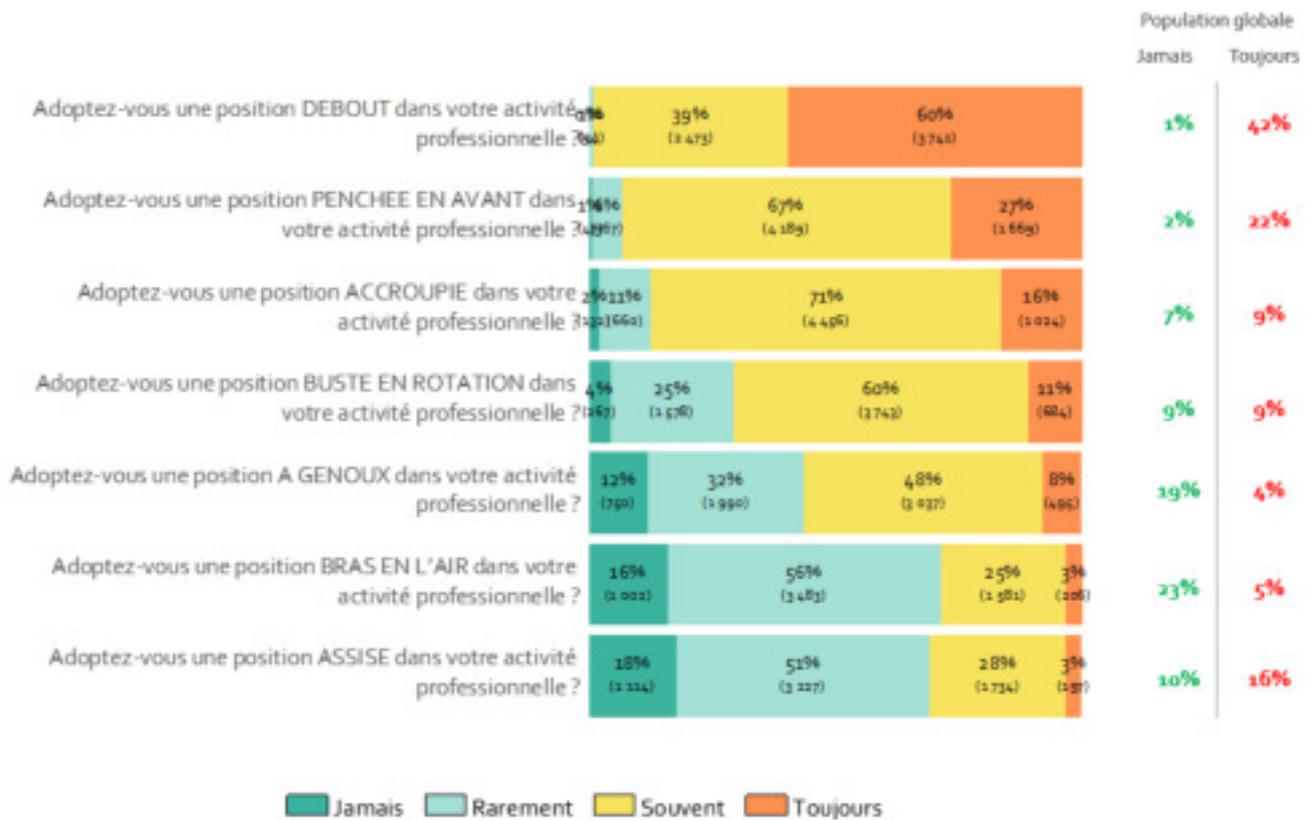
Postures corps entier lors de toilettes à la douche

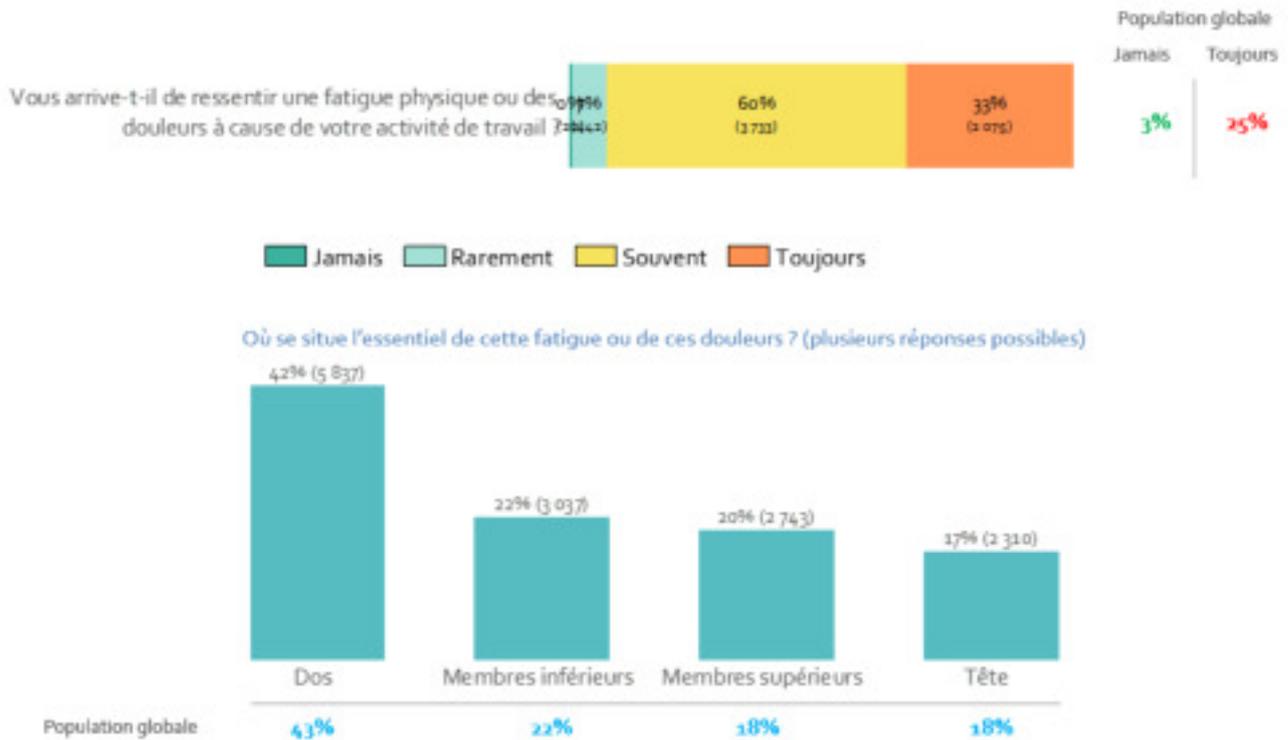


Cette analyse posturale est présentée à titre d'illustration mais n'est pas assez fine pour constituer une mesure précise de la charge physique lors de ces actes. En effet, cette approche exclue les temps pendant lesquels le soignant cumule les modalités (par exemple, accroupi et en rotation du buste).

Malgré tout, ces données sont suffisantes pour constater que lors de la réalisation de ces tâches, les soignants sont majoritairement dans des positions de travail dites pénibles.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **6 272 infirmiers** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **postures pénibles** :



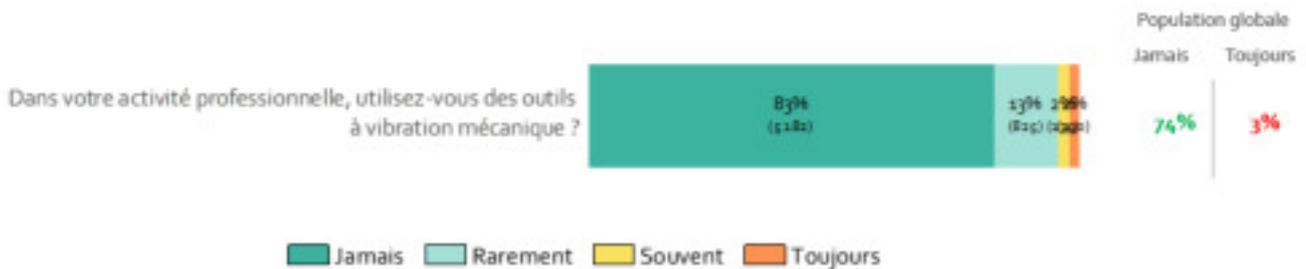


❖ Vibrations mécaniques

En dehors des vibrations transmises par le siège du véhicule, nous n'avons pas identifié de situation d'exposition à ce facteur. Si le risque peut être considéré comme réel au regard du temps de transport réalisé par les IDEL, la variabilité est trop grande pour que nous puissions en faire une évaluation. Dans la question ouverte, certains IDEL (à la marge) se sont plaints de la fatigue que les vibrations de leur véhicule génèrent.

Au questionnaire proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **6 272 infirmiers** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **vibrations mécaniques** :

- 83% des répondants déclarent ne **jamais** utiliser des outils à vibration mécanique



❖ Agents chimiques dangereux

Un IDEL peut être exposé à diverses substances chimiques. Par exemple, les **médicaments cytotoxiques** utilisés lors d'une chimiothérapie à domicile. La contamination s'effectue par voie respiratoire ou cutanée lors de l'administration du traitement ou par **contact avec les excréta du patient** (selles, urines).

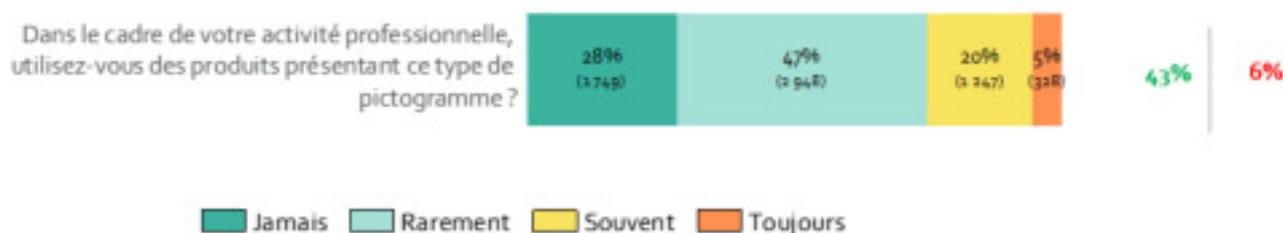
Certains **produits de nettoyage et de désinfection du matériel médical** présentent également des risques plus ou moins sévères : irritation cutanée, troubles respiratoires, atteinte hépatique...

Plus largement, il y a des risques d'infections, bénignes (ex. : grippe) ou sévères (ex. : VIH), notamment lors de la **manipulation des liquides biologiques du patient** (urines, selles, salive...). Les **Accidents d'Exposition au Sang (AES)** peuvent également transmettre des virus. Parmi les principaux AES figurent les piqûres et coupures avec un instrument médical souillé, ainsi que les projections de sang sur une peau fragilisée (plaie, eczéma...) ou dans l'œil. Les infections par contact direct avec le patient sont plus rares mais existent.

L'activité peut également exposer les IDEL au manque d'hygiène des patients et à l'insalubrité de certains domiciles.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **6 272 infirmiers** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **agents chimiques dangereux** :

- 28% des répondants (-15 points vs moyenne globale) déclarent ne **jamais** utiliser de produits chimiques dangereux



❖ Températures extrêmes

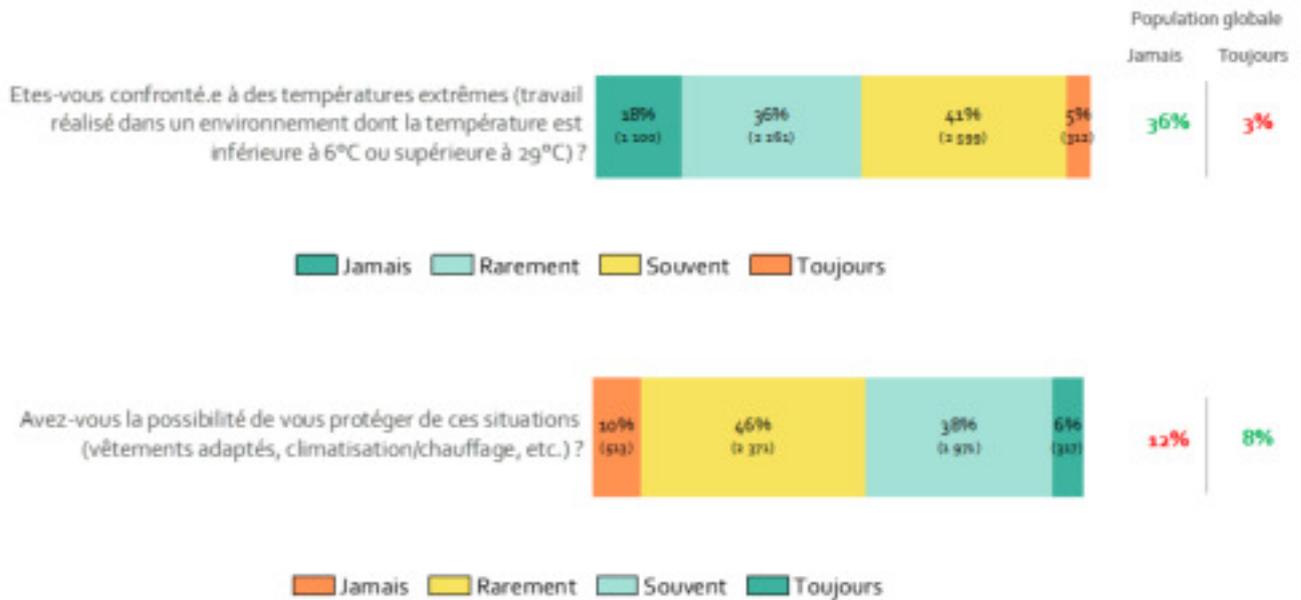
Les infirmiers sont amenés à être confrontés à des températures extrêmes, mais il faut en relativiser l'exposition. En fonction des régions et des périodes de l'année, certains IDEL sont plus exposés que d'autres mais il s'agit la plupart du temps d'exposition aux températures extérieures (la durée de l'exposition est donc relativement limitée, sauf pour les IDEL réalisant leur tournée à pied ou en deux roues) et/ou aux intérieurs mal climatisés/chauffés.

La principale nuisance viendrait plutôt des changements de températures successifs entre le véhicule, le domicile des patients (ou les établissements dans lesquels les infirmiers interviennent). Ces variations parfois brutales de températures, ajoutées à l'activité physique (marche, escalier, etc.) peuvent constituer un facteur de fragilisation pour l'organisme.

A noter que le contexte sanitaire est un facteur aggravant, quand la combinaison canicule et port du masque se réalise.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **6 272 infirmiers** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **températures extrêmes** :

- 54% des répondants (-18 points vs moyenne globale) disent ne jamais ou rarement être confrontés à des températures extrêmes

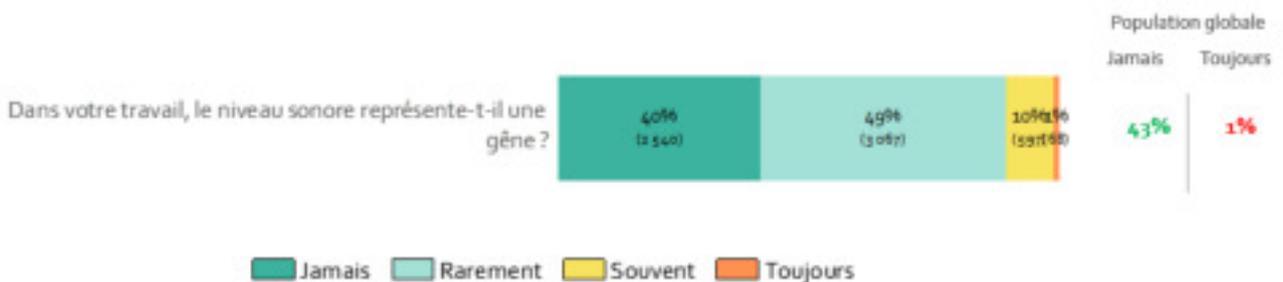


❖ **Bruit**

L'exposition à une source de nuisance sonore semble être faible. Les infirmiers peuvent être confrontés à des gênes plus ou moins occasionnelles (par exemple le bruit de la circulation lors d'une activité en milieu urbain) mais ils ne l'expriment pas comme un facteur de contrainte.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **6 272 infirmiers** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives au **bruit** :

- 89% des répondants disent ne jamais être gênés ou rarement par le niveau sonore



❖ **Travail de nuit**

Nous avons évoqué la contrainte des horaires dans la partie dédiée aux exigences de l'activité. Nous n'avons pas pu interviewer de praticiens réalisant une activité de travail de nuit, ils sont pourtant 40% à déclarer le faire. Actuellement il n'existe pas en France de tableau de maladie professionnelle en rapport avec le travail de nuit et/ou posté.

Malgré cela, les effets du travail de nuit sur la santé sont de mieux en mieux connus et documentés.

Un rapport récemment publié par l'ANSES a mis en évidence que le travail de nuit et les horaires atypiques ont des effets avérés sur la somnolence, la qualité du sommeil, la durée du temps de sommeil, et sur le syndrome métabolique. Des effets sur la santé psychique, les performances cognitives, l'obésité et la prise de poids, le

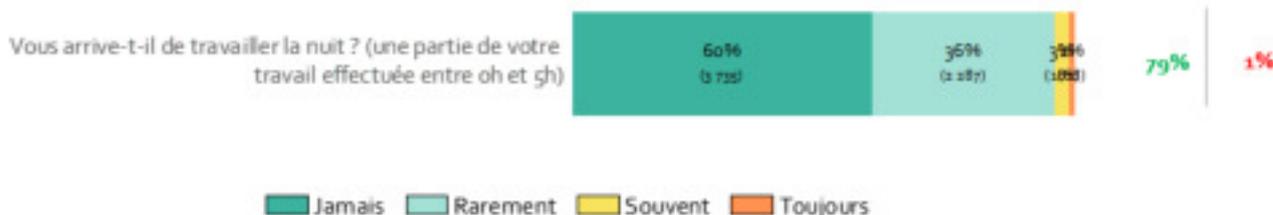
diabète de type 2 et les maladies coronariennes sont probables. Enfin, des effets sur la concentration de certains lipides dans le sang, l'hypertension artérielle et le risque d'AVC sont possibles. Ils auraient également un effet probable sur le risque de certains types de cancers, en particulier celui du sein. Et enfin, l'exposition à ce type d'horaires pour les femmes enceintes, pourrait mener à des complications de la grossesse (source : travail de nuit, INRS).

Nous manquons d'éléments pour évaluer dans quelles proportions et dans quelles conditions exactes les IDEL exercent leur travail de nuit. L'enquête pourrait être approfondie sur cette caractéristique.

Note : les conséquences en termes de santé sont comparables entre le travail de nuit et les rythmes de travail atypiques. Les précisions apportées ici sont donc valables pour le point suivant.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **6 272 infirmiers** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives au **travail de nuit** :

- 60% des répondants (-19 points vs moyenne globale) déclarent ne **jamais** travailler de nuit



❖ Travail en équipe alternante

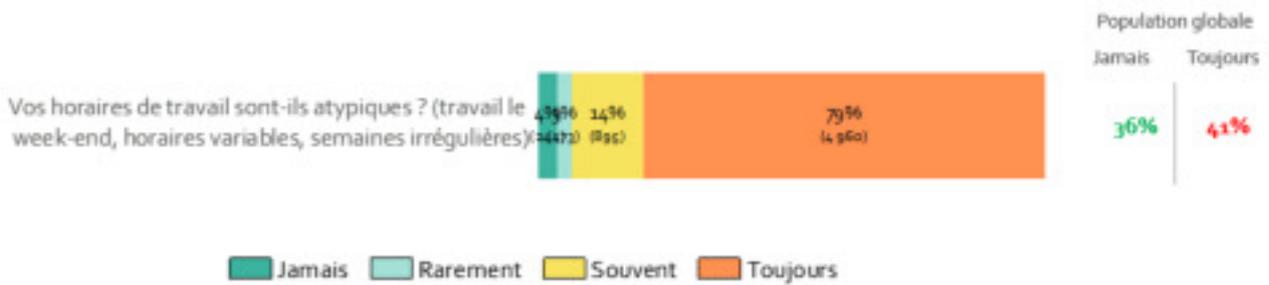
Concernant le rythme de travail atypique, il semblerait que certaines organisations constatées lors de nos interviews/observations augmentent le niveau de pénibilité du travail. Les réponses des IDEL au questionnaire confirme ce constat d'exposition à un rythme de travail atypique :

- Nombre de jours de travail variable
- Travail les week-end et jours fériés
- Temps de travail morcelés
- Et travail entre 21h et 6h (d'après les réponses à la question précédente).

	Semaine standard	Semaine atypique
Les horaires	Entre 7 h et 20 h	De 21 h à 6 h (Définition juridique du travail de nuit)
Les jours travaillés	5 jours : du lundi au vendredi	Nombre variable : samedi, dimanche ou les jours fériés
L'amplitude de la journée	8 h	En-deçà de 5 h ou au-delà de 8 h
La structure de la journée	Durée continue avec une pause déjeuner (entre 12 h et 14 h)	Temps morcelé, fragmenté par des « coupures » de durées variables
Le rythme du temps de travail	5 j. travaillés et 2 j. de repos consécutifs en fin de semaine	Régulier cyclique (3 x 8, 2 x 12) ou irrégulier

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **6 272 infirmiers** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives au **travail équipe alternante** :

- 93% des répondants (+40 points vs moyenne globale) déclarent avoir souvent voire toujours des horaires de travail atypiques.

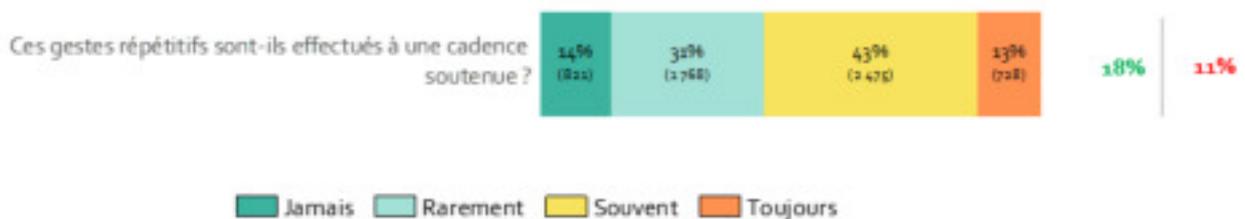
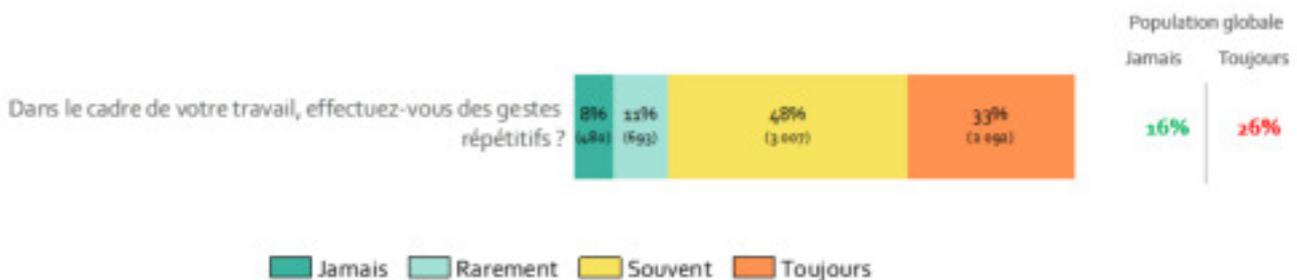


❖ Travail répétitif

Certains actes nécessitent la réalisation de gestes répétitifs (toilettes, pansements) qui vont solliciter principalement les membres supérieurs et le rachis.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **6 272 infirmiers** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives au **travail répétitif** :

- 92% des répondants disent effectuer des gestes répétitifs et parmi eux plus de la moitié estiment que ces gestes sont souvent voire toujours effectués à une cadence soutenue



7. FOCUS SUR LES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES : RESULTATS

7.1. Le métier

Le **masseur - kinésithérapeute** agit sur prescription médicale. Il réalise de façon manuelle ou instrumentale des actes destinés à prévenir, rétablir, compléter l'altération des capacités fonctionnelles de ses patients.

A partir du diagnostic d'un médecin et de l'examen des radiographies, puis de son examen clinique, il décide du traitement à mettre en pratique : **massages**, exercices et mouvements pratiqués par le patient sous son contrôle. Ce travail, réparti sur la durée du traitement, permet de corriger de mauvaises attitudes.

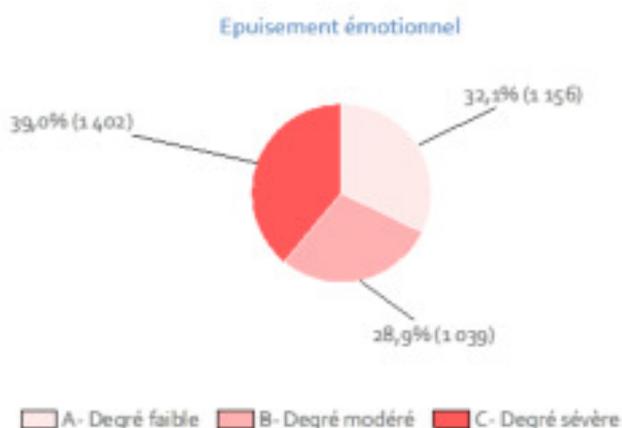
L'objectif du **kinésithérapeute** est aussi de réduire voire de supprimer la douleur. S'il soigne les affections bénignes telles que les lombalgies, torticolis ou entorses, il traite aussi les traumatismes dus aux accidents ou les conséquences du vieillissement.

Il intervient également dans le domaine sportif en cas de traumatisme musculaire, par exemple, (remise en forme, relaxation, massage) et en thalassothérapie (balnéothérapie, hydrothérapie...).

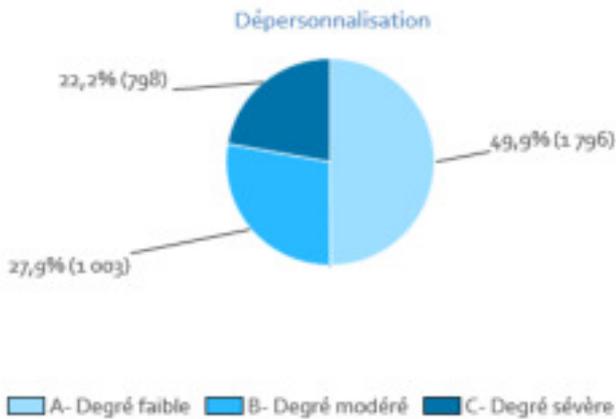
Une bonne résistance physique est indispensable : il travaille le plus souvent debout et produit des efforts physiques prolongés.

7.2. Indicateurs d'épuisement professionnel

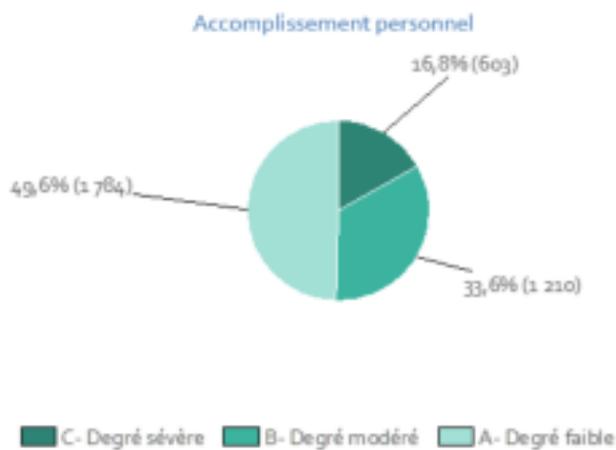
Parmi les 3 597 masseurs-kinésithérapeutes ayant rempli le questionnaire :



→ **67,9% présentent un certain niveau d'épuisement** et 39% de manière sévère soit un taux inférieur de près de 1,5 point par rapport à la moyenne de 40,5%

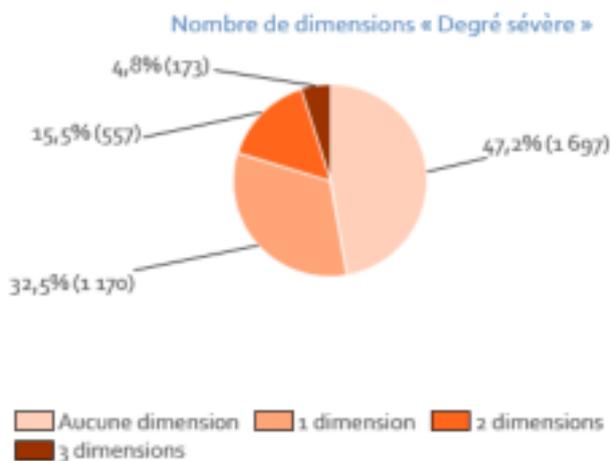


→ **50,1% présentent des manifestations de dépersonnalisation / déshumanisation** soit un taux **supérieur de 5,7 points** par rapport à la moyenne de 44,4%



→ **50,4% ressentent une réduction de l'efficacité et de la réalisation de soi** soit un taux inférieur de 3 points par rapport à la moyenne de 53,4%

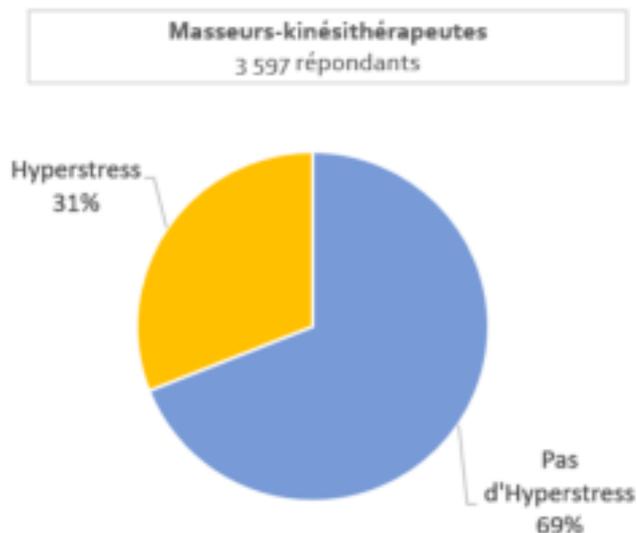
→ et 16,8% à un niveau sévère soit un taux inférieur de 3,2 points par rapport à la moyenne de 20%



→ **52,8% de la population présentent des manifestations de burn-out** soit un taux comparable à la moyenne de 53,5%

→ 20,3% d'entre eux ont sans doute un état de burn-out pathologique et **4,8% un burn-out très sévère** soit 173 personnes

7.3. Indicateurs de stress



Parmi les 3 597 masseurs-kinésithérapeutes ayant rempli le questionnaire :

- 1 115 personnes présentent un niveau d'Hyperstress soit **31% des répondants**
- cette proportion est **significativement inférieure à la moyenne** de 38% sur l'ensemble des affiliés

Ce niveau d'Hyperstress est tel qu'il représente un niveau de risque pour la santé de la personne.

En population globale :
Parmi les 12 671 affiliés ayant répondu au questionnaire, le taux d'Hyperstress est de **38%**

Examinons les sous-populations **les plus** et **les moins exposées en termes d'Hyperstress**

- 6 critères socio-professionnels permettent de mettre en évidence des différences significatives en termes d'Hyperstress : **la région, le genre, l'âge, l'ancienneté, le milieu professionnel et le temps de trajet professionnel / jour.**

Les sous-populations les plus exposées

Quand on regarde critère par critère, voici les modalités qui ressortent comme **plus exposées** en termes d'Hyperstress :

- **Régions PACA et Grand Est**
- **Femme**
- **Agés de 40 à 59 ans**
- **Plus de 11 ans d'ancienneté dans la profession**
- **Ayant entre 2 et 4 heures de trajet professionnel par jour**
- **Travailler en milieu rural**

Critère	Modalité	Répondants	Ecart significativité	Taux d'Hyperstress
Ancienneté	De 11 à 20 ans	911	■■■	35,7%
Ancienneté	Plus de 20 ans	1 349	■■■	34,2%
Région	Provence-Alpes-Côte d'Azur	329	■■■	38,0%
Age	De 50 à 59 ans	674	■■■	36,8%
Genre	Une Femme	1 971	■■	32,8%
Temps de trajet professionnel / jour	Entre 2 et 3 heures	253	■■	37,5%
Temps de trajet professionnel / jour	Entre 3 et 4 heures	73	■■	42,5%
Age	De 40 à 49 ans	737	■	34,3%
Milieu	En milieu rural	1 368	■	33,2%
Région	Grand Est	292	■	36,3%

Les sous-populations les moins exposées

Quand on regarde critère par critère, voici les modalités qui ressortent comme **moins exposées** en termes d'Hyperstress :

- **Travailler en milieu urbain**
- **Régions Pays de la Loire, Auvergne-Rhône-Alpes et Outre-mer**
- **Homme**
- **Agés de moins de 30 ans**
- **Moins de 5 ans d'ancienneté dans la profession**
- **Ayant entre 30 et 60 mn de trajet professionnel par jour**

Critère	Modalité	Répondants	Ecart significativité	Taux d'Hyperstress
Ancienneté	De 6 à 10 ans	615	■■■	24,9%
Région	Auvergne-Rhône-Alpes	532	■■■	26,1%
Temps de trajet professionnel / jour	Entre 30 et 60 minutes	1 050	■■■	27,2%
Age	Moins de 30 ans	715	■■■	25,2%
Région	Pays de la Loire	184	■■	24,5%
Genre	Un Homme	1 626	■■	29,6%
Ancienneté	De 2 à 5 ans	532	■■	27,1%
Ancienneté	Moins de 2 ans	190	■■	23,2%
Région	Outre-mer	109	■	23,9%
Milieu	En milieu urbain	2 229	■	30,2%

En **zone 1**, nous retrouvons **les facteurs cités par plus de 50% des répondants** et ayant **un fort impact sur le niveau d'Hyperstress** :

- Manque de temps pour tout le travail à faire (EXIG2) : 79%
- Conditions de travail épuisantes en termes de charge mentale (ORGA6) : 77%
- A mon domicile, je pense encore à mon travail (EQUI2) : 68%
- Inquiet.e pour ma santé physique (CONT3) : 59%
- Travail dans l'urgence la plupart du temps (EXIG5) : 55%
- Conditions de travail déstabilisantes sur le plan émotionnel (ORGA5) : 54%

En **zone 3**, nous retrouvons **les facteurs cités par moins de 50% des répondants** mais ayant **un fort impact sur le niveau d'Hyperstress** :

- N'arrive pas à concilier vie professionnelle et vie personnelle (EQUI1) : 36%
- Inquiet.e pour ma santé mentale (CONT5) : 34%

En **zone 2**, nous retrouvons **les facteurs cités par plus de 50% des répondants** mais ayant **un faible impact sur le niveau d'Hyperstress** :

- Travail 10 heures ou plus par jour (ORGA2) : 91%
- Mon métier nécessite de s'adapter sans cesse (CHAN2) : 88%
- Efforts ou des tâches physiquement pénibles (CONT2) : 87%
- Rémunération en incohérence avec mon travail (RECO2) : 85%
- Erreurs pouvant avoir des conséquences graves (EXIG3) : 76%
- Horaires de travail contraignants (ORGA4) : 74%
- Régulièrement inquiet.e concernant mes revenus (RECO4) : 71%
- Impossible de prévoir mon travail dans deux ans (CHAN1) : 71%
- Procédures rigides à respecter (CONT1) : 71%
- Longues périodes de concentration intense (EXIG4) : 70%
- Temps important consacré aux tâches administratives (EXIG6) : 69%
- Pas soutenu(e) moralement dans mon métier (SOUT3) : 69%
- Pas de visibilité sur mes possibilités d'évolution de carrière (RECO1) : 67%
- Informations complexes et nombreuses à traiter (EXIG1) : 65%
- Contacts avec les organismes de recouvrement insatisfaisants (EXIG7) : 61%
- Sollicité.e par mes patients en dehors de mes horaires de travail (EQUI3) : 59%
- Métier non reconnu par les autorités publiques (RECO5) : 55%
- Contacts avec les régimes obligatoires et complémentaires insatisfaisants (EXIG8) : 55%
- Procédures surveillées à respecter (CONT0) : 53%
- Confronté.e au manque d'hygiène des patients (CONT8) : 51%

7.5. Facteurs de pénibilité

Ce chapitre présente les constats issus de l'analyse du recueil qualitatif (à travers les 19 entretiens individuels et les deux demi-journées d'observations) complétés par les résultats au questionnaire.

❖ Les exigences du travail

• Une charge de travail réelle importante et complexe à appréhender

Il peut être difficile d'avoir une démarche globale pour l'évaluation de la charge de travail des masseurs-kinésithérapeutes (*notés MK par la suite*). Les indicateurs quantitatifs ne sont pas nécessairement pertinents car il y a une grande variabilité dans les pratiques.

Le nombre et la typologie des patients pourraient servir de première tendance (20 séances dans une journée ne représentent pas la même charge que 30, tout comme une séance de kiné respiratoire n'est pas une rééducation post-opératoire).

Au-delà de ces premières indications, il faut prendre en considération que la prise en charge diffère d'un MK à un autre. Les MK interviewés ironisent sur cette variabilité, durcissent le trait et évoquent « *que sur une même rue, il y a autant d'approches du métier que de cabinets, voire que de praticiens* ».

Sans aller dans la technique fine du soin, déjà dans la logique de fonctionnement d'un cabinet, nous distinguons plusieurs configurations impactant la charge réelle de travail :

- Prise en charge d'un patient à la fois, sur des séances jugées « normales » par les MK vis-à-vis de la prescription de 30 minutes.
- Prise en charge de plusieurs patients en parallèle
 - Intercaler les patients pour en traiter environ 3 par heure au lieu de 2 (temps partagé entre présence/accompagnement du MK et temps d'exercice réalisé en autonomie mais supervisé par le MK => vélo, franchissement, stepper, chaise à quad).
 - Traiter un patient pendant 30 mn et lui confier des exercices à réaliser en autonomie (ce temps est majoritairement non facturé, même si cela peut arriver : l'objectif poursuivi est de pouvoir compenser les exercices que les patients ne peuvent pas réaliser à leur domicile et qui ne passerait pas dans une séance de 30 mn)

« *La salle principale est au milieu donc on peut passer une tête. On peut laisser un patient travailler pendant qu'on fait un massage.* »

Cette dernière configuration permet de mettre en lumière **un écart très fréquent entre le prescrit et le réel** : le temps d'une séance ne dure pas forcément 30 mn. En comptabilisant les temps d'habillage et d'administratif (prise de RDV) nous sommes plus proche d'une moyenne de 45 mn, en tout cas, avant le COVID. Les séances d'une heure ne sont pas rares.

Les temps au-delà de la demi-heure, non facturés, restent sous la responsabilité du MK qui doit donc allouer une ressource attentionnelle à ces patients pour s'assurer que les exercices se déroulent bien.

• Un gros volume de travail

Pour compléter notre approche de la charge de travail des MK, nous pouvons évoquer le volume horaire.

- Une amplitude de travail importante, de 8h30/9h à 20h/21h.
- Un volume horaire de 50 heures en moyenne par semaine, réparties différemment en fonction des praticiens (nombres de jours travaillés variables, réalisation de domicile ou non, etc.)

La demande est très importante, donnant le sentiment que la charge de travail à absorber est trop importante. Beaucoup de MK ne font pas de liste d'attente, considérant que « *donner des RDV 1 ou 2 mois à l'avance n'est pas correct* » et que « *prendre tout le monde équivaldrait à travailler 24h sur 24* ».

Les MK, plus que les autres métiers, semblent sensibles aux dérives existantes dans leur profession. Ils déplorent l'existence de certains professionnels, jugés comme « personnes à éviter », car elles entretiennent des structures avec des fonctionnements en mode dégradé : au-dessus des seuils de patients par jour autorisés, des glissements de fonctions (secrétaire qui place le matériel, etc.) et des prises en charge écourtées pour soutenir une cadence importante (passages de 15 mn en 15 mn pour les massages).

- **Une telle charge a forcément un impact sur l'équilibre de vie**

Les MK déplorent que leurs horaires de travail empiètent sur la vie personnelle. Les parents regrettent de ne pas pouvoir être plus présents tôt le matin et lors des fins de journées, des « *créneaux importants dans l'équilibre de vie des enfants* ».

Dans la même logique, certains MK réalisent des journées continues, sans pause déjeuner, se contentant de repas/snacking sur le pouce pendant qu'un patient est sur une machine.

- **Le cas particulier des visites à domicile**

Les visites à domicile apparaissent comme une activité spécifique dans l'activité des MK. De nombreux MK sont attachés à cette pratique et mettent en avant la dimension sociale.

Malgré cela, en plus des contraintes physiques particulières, les prises en charge à domicile engendreraient un surplus de contraintes (en termes d'organisation, de perte de temps et de manque à gagner) qui éloigneraient de plus en plus les MK de cette pratique.

- **Les activités en institution (établissements de soins, EHPAD, etc.)**

- Ces interventions représentent la plupart du temps un volume minoritaire dans la charge de travail des MK.
- Un point commun répandu : l'exposition à un manque de ressources. Nombreux sont les MK à avoir exprimé devoir traiter un nombre important de patients en relativement peu de temps, et dans des conditions rarement optimales (environnement pas adapté, manque de matériel utilisable dans les locaux, etc.).

- **L'impact de la charge administrative**

Certains MK constatent des progrès dans l'évolution de la gestion de la charge administrative grâce aux outils et aux services accessibles. Pourtant ils soulignent qu'il y a encore beaucoup de « *paperasse* », de scan, etc.

En plus de la charge administrative, le recours au tiers payant engendre un sentiment d'injustice : « *il faut retravailler une seconde fois pour récupérer l'argent quand la sécu a payé mais la mutuelle n'est pas passée* ». Ces formalités au fil du temps entraînent une forme de lassitude qui pousse certains praticiens à ne pas courir après certains règlements.

De nombreux MK travaillent sur 4,5 voire 5 jours (avec le samedi) et se libèrent toujours une demi-journée par semaine pour les tâches administratives et gérer les relations avec les différents organismes (URSSAF, caisses, autorité de santé, etc.).

- Dans une enquête présentée par l'Association d'aide aux professionnels de santé et médecins libéraux (AAPML) et l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) d'Ile-de-France en 2014, **90% des MK considèrent que l'excès de tâches administratives est un facteur d'épuisement professionnel**. Il s'agit du facteur le plus cité par les MK.

- **Une relation particulière entre le patient et son thérapeute ...**

Le contact physique crée une proximité qui facilite la relation de confiance et l'expression. Les MK interviewés soulignent que le contexte particulier du soin aide les patients à se livrer, parfois émotionnellement (certains patients pleurent). C'est au soignant de savoir gérer cette charge émotionnelle tout en restant à sa place.

L'importance entre le corps et esprit est un autre point sur lequel les MK ont insisté. La dimension psychologique peut faciliter la guérison ou la bloquer en fonction de l'attention que le MK lui accorde. D'après eux, le rejet de cette dimension est un frein à une prise en charge optimale.

- **... qui engendre une fatigue psychologique**

Les témoignages convergent vers une accumulation de fatigue au fur et à mesure des prises en charge dans une semaine de travail. « *A la fin de la semaine je suis psychologiquement lessivé, vidé. Intérieurement ça use.* ».

Cette usure psychologique, si elle n'est pas régulée, évacuée, peut avoir des effets sur :

- la pratique professionnelle du MK « *ça perturbe ma capacité à écouter, à rentrer dans chaque prise en charge* »,
- son comportement « *la pénibilité psychologique, je m'en suis rendu compte en ayant des réactions inappropriées avec des personnes âgées* »,
- sa vie privée « *même en dehors du travail, on ne veut plus entendre parler de douleur, le mot devient tabou, on est plus agressif, plus tendu avec nos proches* ».

- **Des contextes de prise en charge parfois difficiles**

La pratique des MK est articulée, pour une grande partie, autour du traitement de la douleur. Avant qu'ils ne parviennent à la réduire ou à la supprimer, le praticien devra composer avec cette contrainte, associée à une charge émotionnelle et psychologique négative. Le fait que cette composante fasse partie de la discipline ne protège pas forcément les MK contre l'usure morale que cela peut engendrer et de l'impact sur leur propre santé psychologique.

La prise en charge de patients âgés en fin de vie, ou en phase irréversible de perte d'autonomie, peut également avoir un impact sur la santé psychologique des MK. La vocation de soignant, dans son essence, vise à guérir, mais certains MK vont « *plutôt soulager des personnes âgées et les accompagner vers la mort plutôt qu'accompagner des bébés et les accompagner vers l'autonomie/l'indépendance* ».

Dans la continuité, il peut y avoir une certaine désillusion, lorsque le soignant est confronté à des situations dans lesquelles il ne peut rien faire.

« *Il y a des malades qui laissent moins indifférent car on n'arrive pas à un détachement suffisant. Il y a des malades qu'on perd et qu'on ne digère pas, qu'on ne digérera jamais* ».

Les prises en charge de personnes en situation de lourd handicap cognitif, ou de polyhandicap, peuvent également véhiculer des charges émotionnelles importantes que le MK devra réguler pour éviter les impacts possibles sur sa santé psychologique.

❖ **Autonomie, latitude décisionnelle**

- La pratique est caractérisée par **une forte autonomie**

Elle offre une certaine liberté d'organiser son planning en fonction de sa vie personnelle et de la place que l'on veut bien laisser à l'activité.

Dans les zones avec une forte densité, possibilité de privilégier les domaines thérapeutiques qui intéressent et/ou de développer sa propre vision de la discipline (outillé ou non, machine vs thérapies manuelles, spécialisations, etc.).

- **Mais il y a quand même des limites à cette autonomie**

Nous évoquons la liberté de contrôler sa charge de travail pour un MK en libéral. En réalité le constat doit être nuancé. Faire fonctionner une structure engendre des charges pour lesquelles un MK doit assurer un minimum d'activité. Pèse donc sur le praticien, au-delà du choix de son organisation, une pression financière et systémique pour vivre de son activité et la garder pérenne.

La première conséquence est qu'en cas de difficulté physique et/ou psychologique, il ne peut pas se permettre de « lever le pied » sans avoir évalué et anticiper les impacts que cela pourra avoir sur sa situation financière.

Une autre difficulté réside dans la capacité à se faire remplacer. Pour garantir une certaine cohérence dans la prise en charge, un MK qui doit s'absenter cherchera un MK qui ne bouleverse pas les plannings et/ou la nature des prises en charge (importance de la continuité de soin en traumatologie et post-op). Une majorité des MK interviewés témoignent d'une difficulté pour y parvenir.

Cette problématique peut être plus ou moins importante en fonction des secteurs.

« Là où je suis, c'est une misère de venir, de trouver un remplaçant. L'année dernière je suis venu travailler avec des béquilles ».

❖ **Rapports sociaux**

- **Relations entre les MK**

De manière générale, les MK interviewés évoquent une relation saine entre les praticiens et une certaine forme de solidarité (soutien, orientation de patients, etc.).

Par contre, les divergences de points de vue sur la manière d'organiser ou de faire le métier semblent être nombreuses et interpellent sur le risque de rencontrer des difficultés lors d'une création de cabinet à plusieurs MK.

« La plupart des associations, qui se font trop vite, ne durent pas plus de deux ans ».

- **Relations avec les patients**

Les relations avec les patients sont très largement positives et source de motivation et de reconnaissance. Cependant, des situations spécifiques peuvent venir ternir le bilan que les MK font de leur métier :

- Irrespect des gens (RDV pas respectés, ne pas prévenir, ne pas s'excuser, considérer que c'est normal)
- Pression pour faire passer des actes d'ostéo dans la prise en charge des MK qui ont cette compétence supplémentaire

❖ Relations au travail

• Des relations compliquées avec les organismes de tutelles, les autorités de santé, etc.

- Un sentiment de fatalité face au traitement des MK par les caisses/autorités, etc.

« On considère le kiné comme le fraudeur »

« On apprend qu'on prend une cotation de 25% si on ne prend pas une agence comptable »

- Le sentiment d'être démuné, toujours face à ces même instances, CPAM, URSSAF, Carpimko, etc.

« Comme il faut aller au tribunal, on s'assoie dessus »

- L'exposition à des situations, qui peuvent s'expliquer rationnellement, mais semblent disproportionnées et/ou déconnectées de la réalité du terrain.

« On a demandé un rappel de 3 000€ à ma collègue pour la balnéo, à coup de 4,5€ »

« J'ai été accusé d'avoir fait des soins en dehors d'ordonnance. Le médecin faisait des ordonnances à échéance de 3 mois. Alors qu'il était en congés, au titre de la continuité des soins, j'ai continué les séances en attendant qu'il revienne. Le monsieur je l'ai remis debout, il a évité l'hospice. Ils ont annulé les séances concernées. Le médecin a fait un courrier pour expliquer la situation, mais ils n'en ont pas tenu compte ».

- Un sentiment d'injustice est exprimé concernant le manque de revalorisation significatif des actes

« Je suis payé à l'acte, 16 euros, quand le patient reste une heure, ça fait 16 euros de l'heure »

« La cotation n'a augmenté que de 11 centimes en une dizaine d'année ».

❖ Insécurité socio-économique

• L'impact de la crise sanitaire sur l'activité et la santé psychologique

- Un changement de rythme au sein des cabinets « avant je prenais un patient toutes les 45 mn, mais maintenant toutes les 30 mn ».

- Il faut faire en sorte que personne ne se croise, dans des salles différentes : « J'ai dû modifier le cabinet (enlever la moquette, mettre du mobilier qui peut facilement se désinfecter). Le matériel je l'ai gardé mais il faut le désinfecter à chaque fois. »

- Les contraintes sont devenues plus importantes, également au niveau des coûts : gel, masque, produit pour désinfection des sols/matériels).

« Moi je peux le faire parce que je suis en fin de carrière et j'ai quelques économies. J'ai encore 3 mois d'honoraires d'avance. Mais si on reconfine, certains collègues ne s'en sortiront peut-être pas ».

- Une anxiété concernant sa propre santé : « La période a été hyper stressante est-ce que je ne vais pas attraper le COVID, le transmettre aux patients, on avait une pénurie de masque, de gel, etc. Cela a démontré le manque de préparation de nos dirigeants et de nos tutelles. L'ARS était sur l'administratif : à côté de la plaque par rapport à nos besoins et nos ressentis ».

• Une inquiétude sur l'avenir à au moins deux niveaux

Un sentiment d'insécurité financière :

- pour les MK qui ne sont pas propriétaires de leur cabinet ou de leur patientèle,
- et concernant les aléas de la vie qui pourraient empêcher un praticien d'exercer (problèmes de santé, ou nouvelle crise sanitaire par exemple)

« J'ai eu 3 fois des soucis de santé. Les deux premières fois on a trouvé un remplacement. La 3^e fois le cabinet n'avait pas tourné pendant 6/8 mois. J'avais puisé dans mes économies. »

« Je suis passé de 100 actes semaine à 8 actes semaines. J'ai reçu des aides Carpimko, Sécu, etc. Sans ça, je me serai posé la question de changer de métier ».

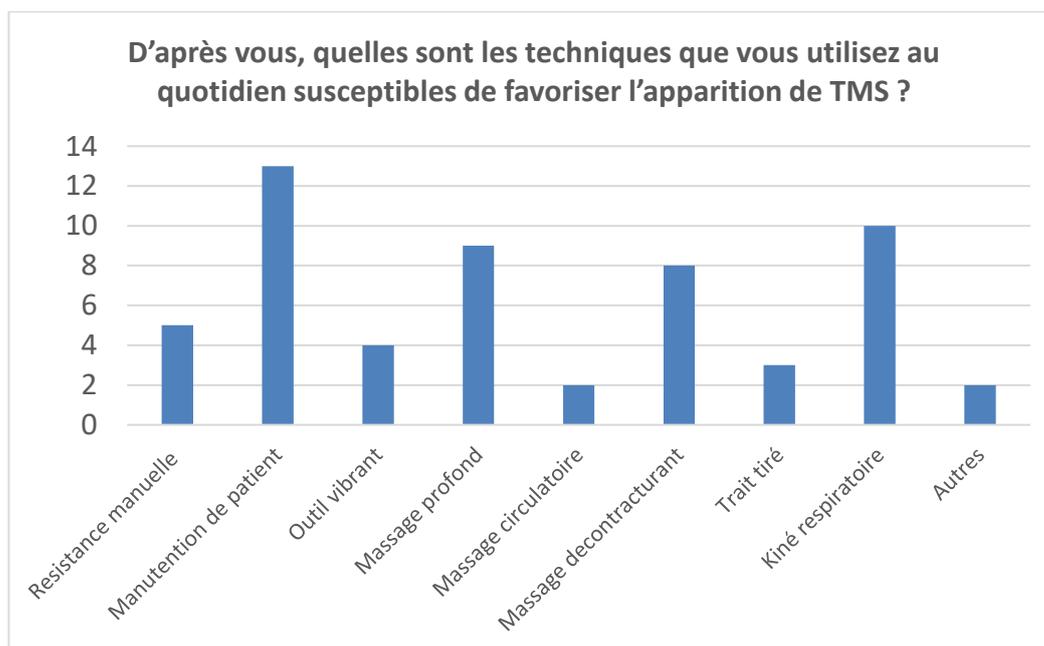
Il y a également une inquiétude sur le vieillissement et les conditions de travail

« *Je pense que je vais arrêter les domiciles* ».

« *J'arrêterai certaines prises en charge, il faudra bien ralentir* ».

❖ Manutentions manuelles

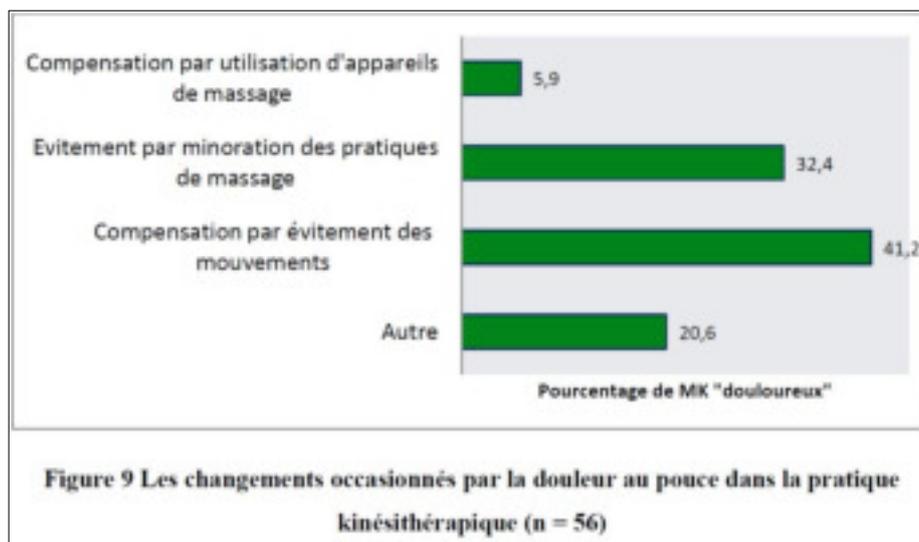
Nous avons sollicité 15 MK en entretiens et observations pour identifier les actes les plus susceptibles de favoriser l'apparition de TMS. **Les manutentions manuelles, les massages et la kiné respiratoire** ressortent nettement.



La gestion de leur propre capital humain et physique

- Les MK sont aux prises avec une injonction paradoxale : utiliser leur corps pour soigner sans l'user. Ils doivent donc trouver l'équilibre entre :
 - ce qu'ils sont en mesure de donner (allocation de ressources physiques dans les actes, par exemple le massage) pour la qualité du soin,
 - et la ressource que cela va consommer à court, moyen et long terme (fatigue, douleur voire pathologies de type TMS).

Ainsi un kiné qui ne prendrait pas conscience de cet enjeu pourrait favoriser l'usure de son principal outil de travail, son propre corps, l'empêchant progressivement de prodiguer des soins de qualité, et potentiellement à termes d'exercer son activité.



48,3% des MK présentant des douleurs à la base de la colonne du pouce ont dû adapter une partie de leur pratique professionnelle (*source travail de recherche de fin d'étude GALLOT-LAVALLEE Camille, 2014-2015*)

- **Les cordonniers les plus mal chaussés ?**

Il y a deux configurations sur lesquelles nous pouvons nous pencher :

Au domicile :

Les prises en charge à domicile sont considérées par les MK comme les plus difficiles, pour deux principales raisons :

- Il s'agit des patients les moins autonomes, les moins mobiles. Par définition, il s'agit d'une patientèle qui ne peut pas venir au cabinet par ses propres moyens. Le niveau de dépendance peut être plus élevé, les manipulations vont être plus nombreuses et plus exigeantes en termes d'efforts/de force.
- Les domiciles ne sont pas aménagés comme peut l'être un cabinet de MK. Les exercices et ateliers se font « *avec les moyens du bords* ». Il est quasiment impossible, d'après les MK interviewés de faire son travail en respectant les principes de prévention en termes de positions de travail.

Note : certains MK transportent une table pliante lorsqu'ils se déplacent chez les patients afin de disposer d'une meilleure installation.

En cabinet :

L'aménagement permet de travailler dans de meilleures positions mais il reste toujours une charge physique plus ou moins importante et dépendante de plusieurs facteurs :

- caractéristiques du patient (morphologie, pathologie)
- caractéristiques du soignant (morphologie, capacité en terme de travail de force, etc.)
- nature de l'acte de soin (par exemple, quels type de massages : Massages Transverses Profonds - MTP, etc.)

➤ **Dans tous les cas (cabinet ou domicile) il y a de la manutention de patients et des massages.**

Les MK n'ont pas tous recours à la même fréquence aux massages et n'ont pas nécessairement les mêmes techniques également. Certains praticiens mettent en avant des techniques de massages qui réduisent l'exigence physique de cette pratique.

De manière générale, il semble tout de même que l'ensemble des MK soit d'accord pour affirmer qu'un masseur à de grandes chances de développer des douleurs, voire des pathologies aux membres supérieurs (tendinopathie, rhizarthrose) causées par une pratique à long terme.

De nombreuses études démontrent des taux de **prévalences des TMS** (Troubles Musculo Squelettiques) **chez les MK compris entre 40 et plus de 80%**. Elles mettent en évidence un impact sur la région lombaire, puis le poignet et la main, l'épaule et enfin les cervicales. Différents facteurs de risques sont mis en évidence au niveau biomécanique (postures, répétitions, efforts prolongés) et des techniques (manutention, massage).

« *Là où le bas blesse c'est les mains : canaux carpiens* »
 « *Il faudrait m'opérer d'après l'électromyogramme, nodule sur un tendon, épaule qui me chatouille* »

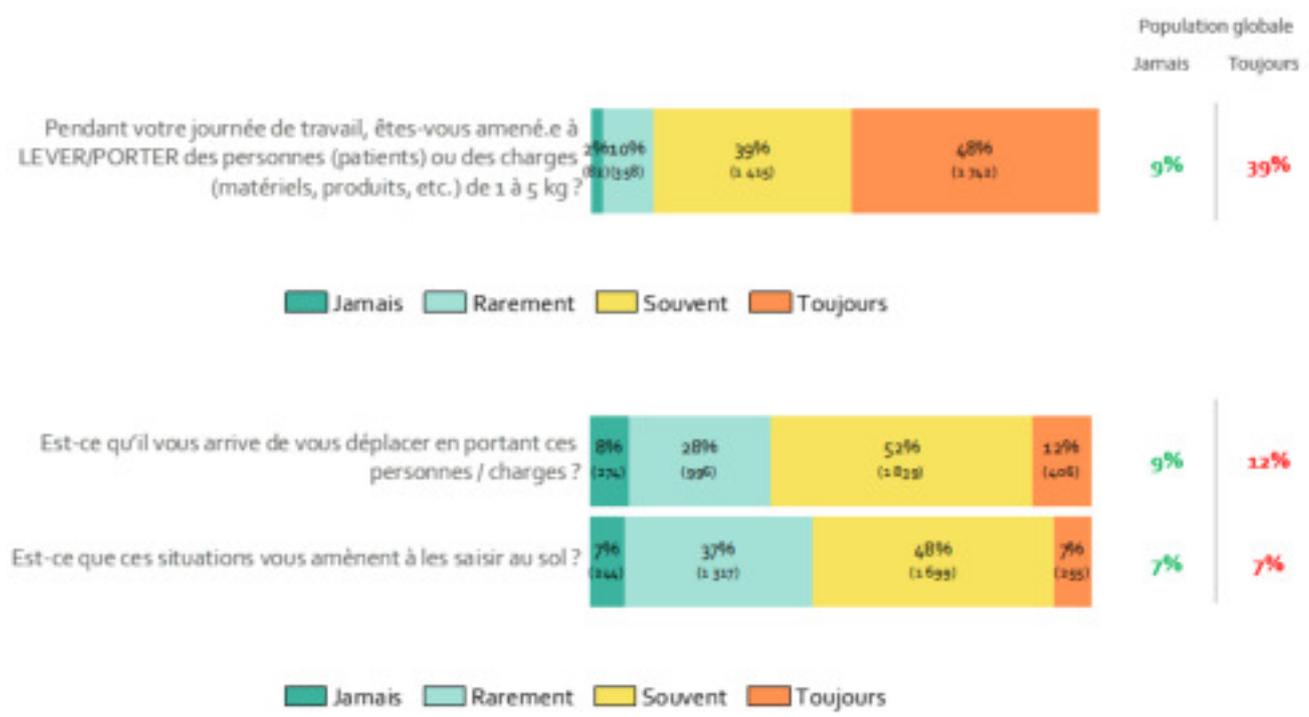
Malgré leur expertise sur le fonctionnement du corps, les études démontrent que le niveau d'informations sur les pathologies de type TMS ne suffit pas à réduire la prévalence de ces affections.

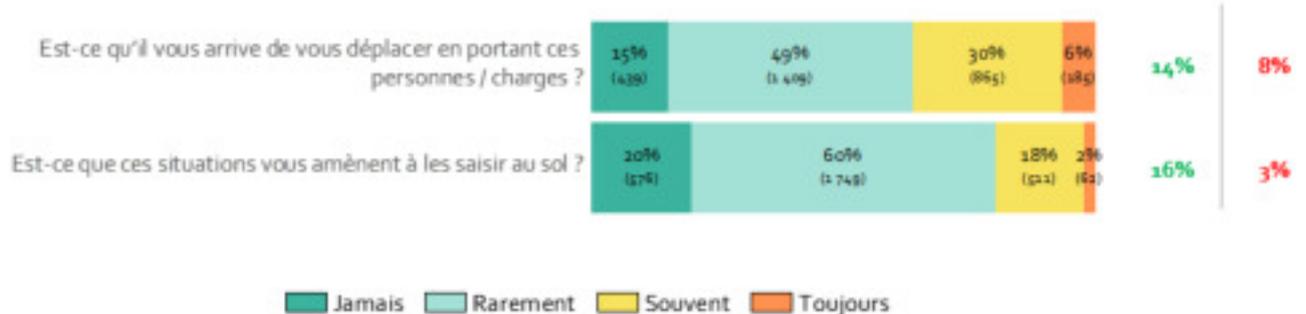
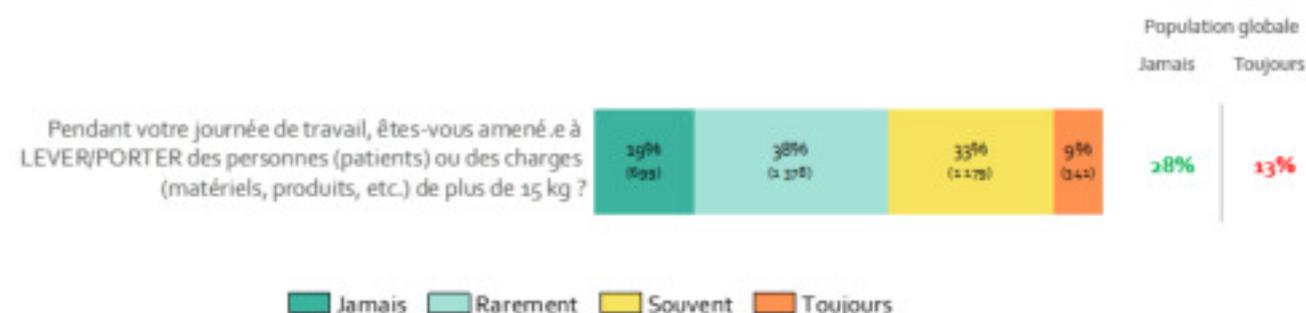
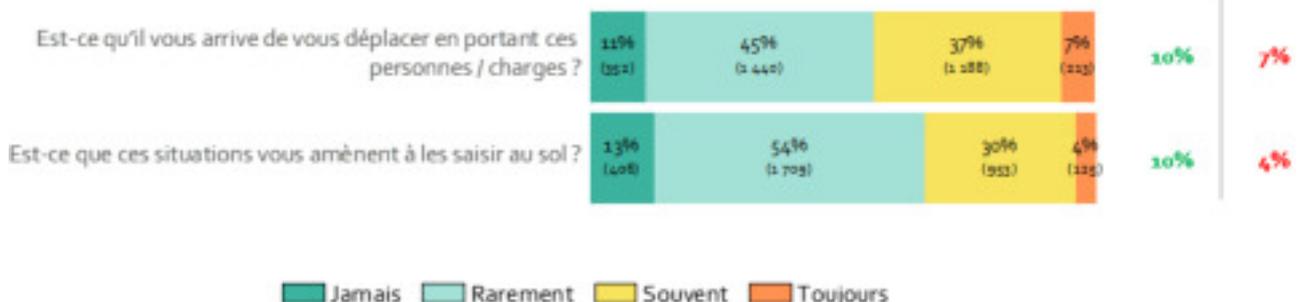
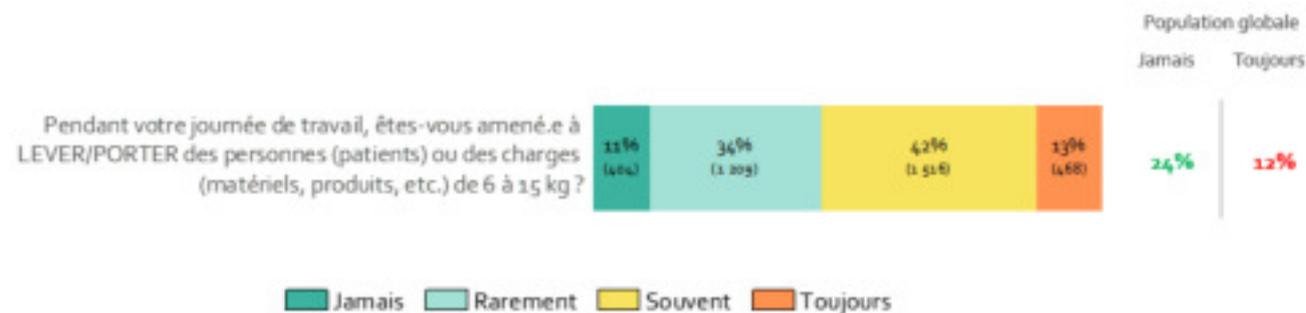
Nous avons pu, lors de nos observations, confirmer qu'en plus de les connaître, la plupart des MK observés mettent en application les principes de prévention dans les actions de manutention de patients suivantes :

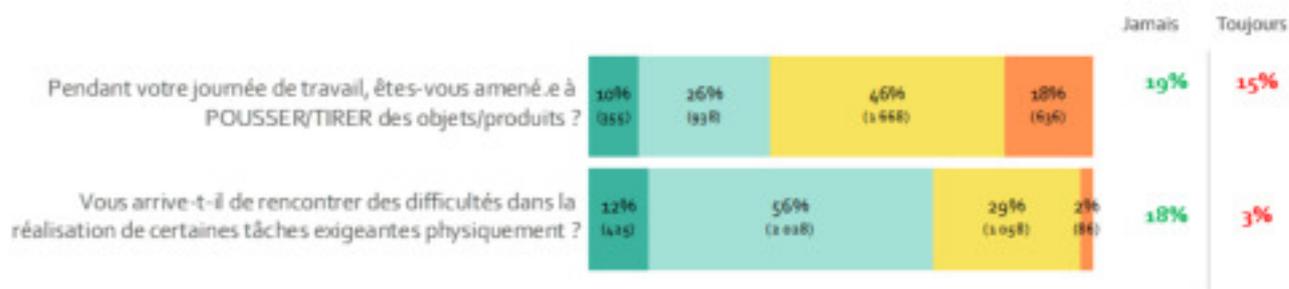
Aide à la marche	Redressement assis/debout guidé
Redressement couché/assis	Abaissement debout/assis
Rehaussement assis aidé	Transfert lit (table) / fauteuil
Redressement assis/debout aidé	Transfert fauteuil / lit (table)

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **3 597 masseurs-kinésithérapeutes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **manutentions manuelles** :

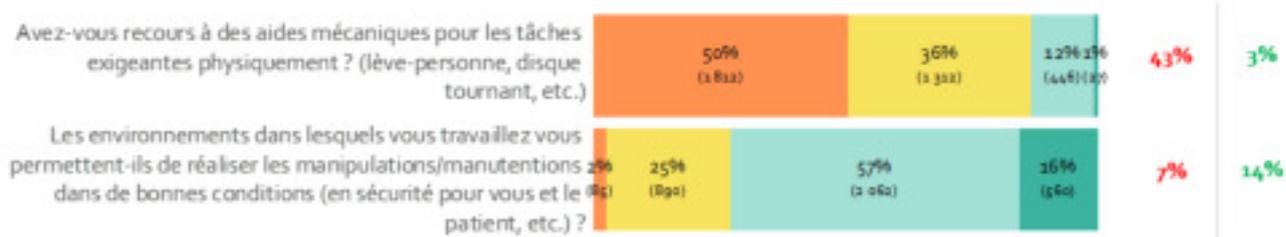
- **48% des répondants** déclarent être amenés dans leur journée de travail à **toujours** LEVER/PORTER des patients ou des charges de 1 à 5 kg (+9 points vs moyenne globale) et **39% souvent**
- **50% des répondants** déclarent **ne jamais avoir recours à des aides mécaniques** pour les tâches exigeantes et **36% rarement**







Jamais Rarement Souvent Toujours

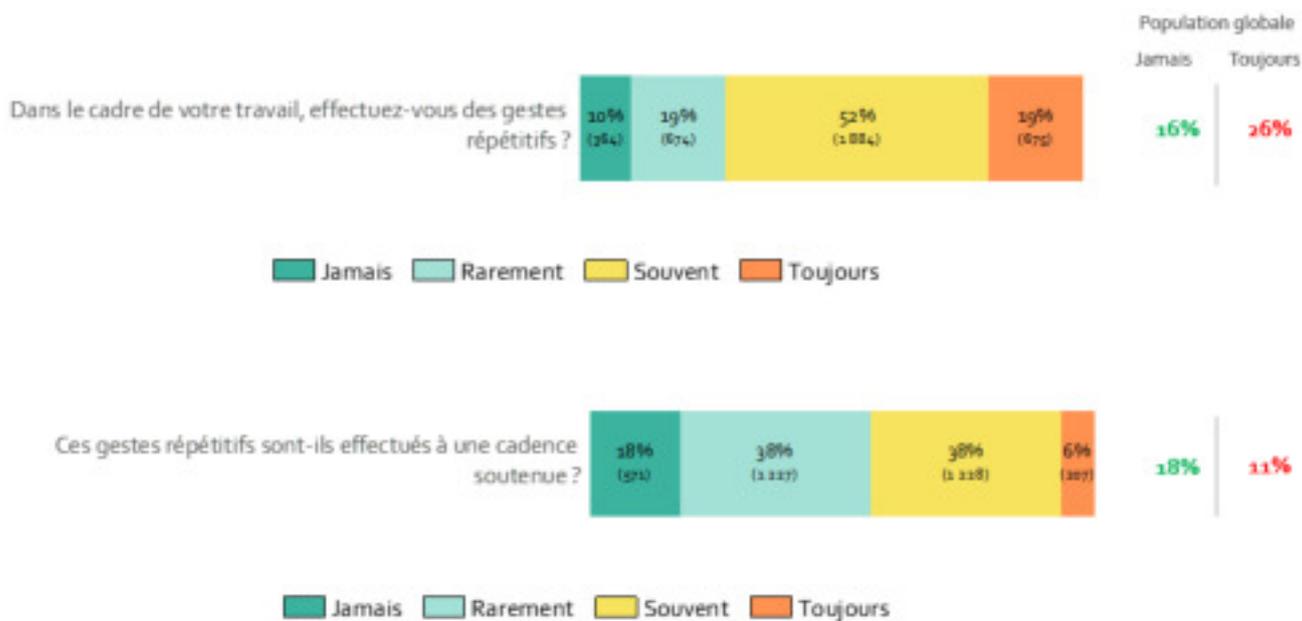


Jamais Rarement Souvent Toujours

❖ Travail répétitif

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **3 597 masseurs-kinésithérapeutes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives au **travail répétitif** :

- **90% des répondants disent effectuer des gestes répétitifs et parmi eux 44% estiment que ces gestes sont souvent voire toujours effectués à une cadence soutenue**



❖ Postures pénibles

La posture debout prolongée et le piétinement sont également un facteur d'usure mentionné par les MK interviewés.

« Vers 65 ans j'arrêterais. Le boulot est fatigant parce qu'on est debout toute la journée ».
« On doit s'asseoir 30 mn sur tout l'après-midi. Physiquement on apprend à mobiliser les gens sans trop se faire mal. C'est dans la longueur que ça fatigue. C'est de l'usure »

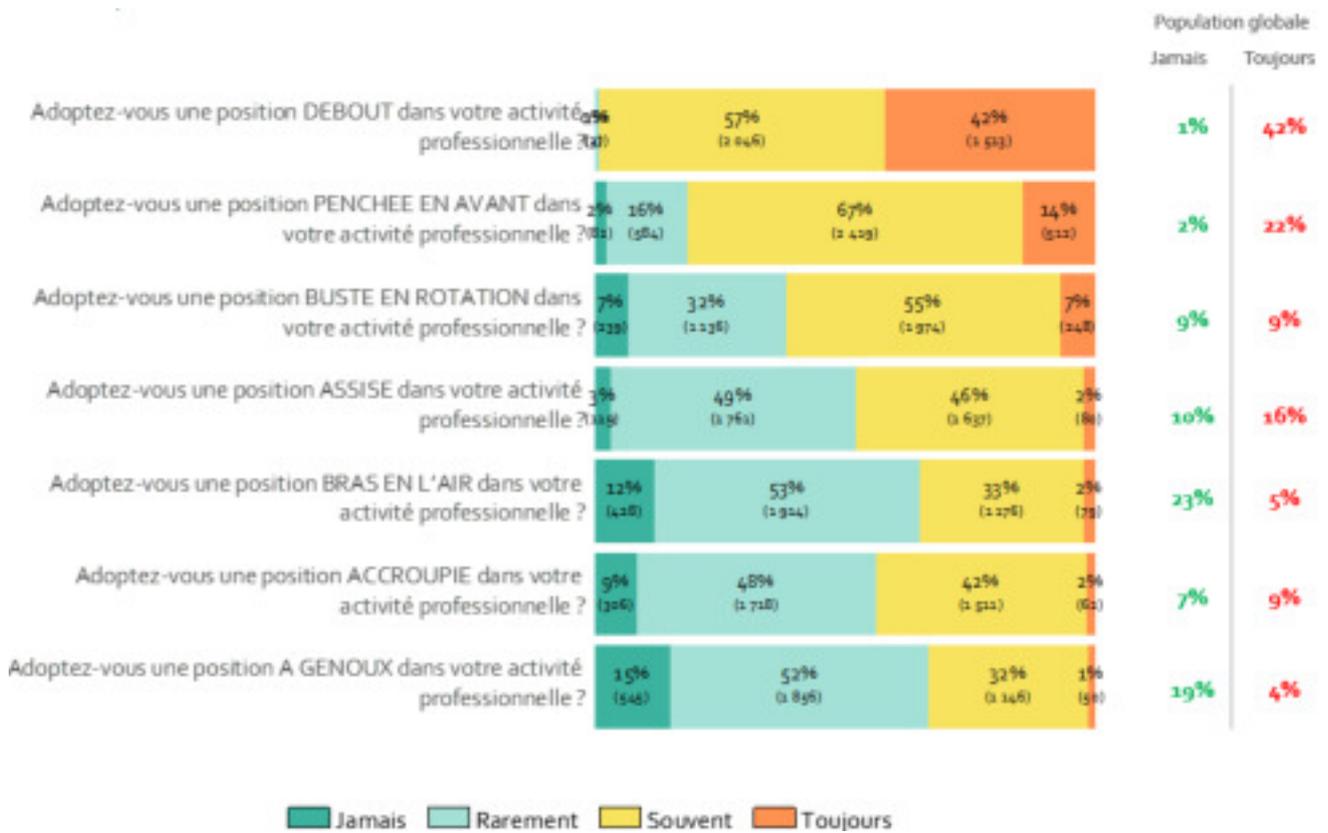
La « **posture debout** » requiert un effort musculaire important. Cette position réduit l'afflux sanguin aux muscles soumis à la charge. Un afflux sanguin insuffisant accélère l'apparition de la sensation de fatigue, d'inconfort et entraîne des douleurs dans les muscles des jambes, du dos et du cou. A long terme, des complications peuvent survenir (inflammation, varices, blocage temporaire des articulations de la colonne vertébrale, des hanches, des genoux et des pieds, etc.).

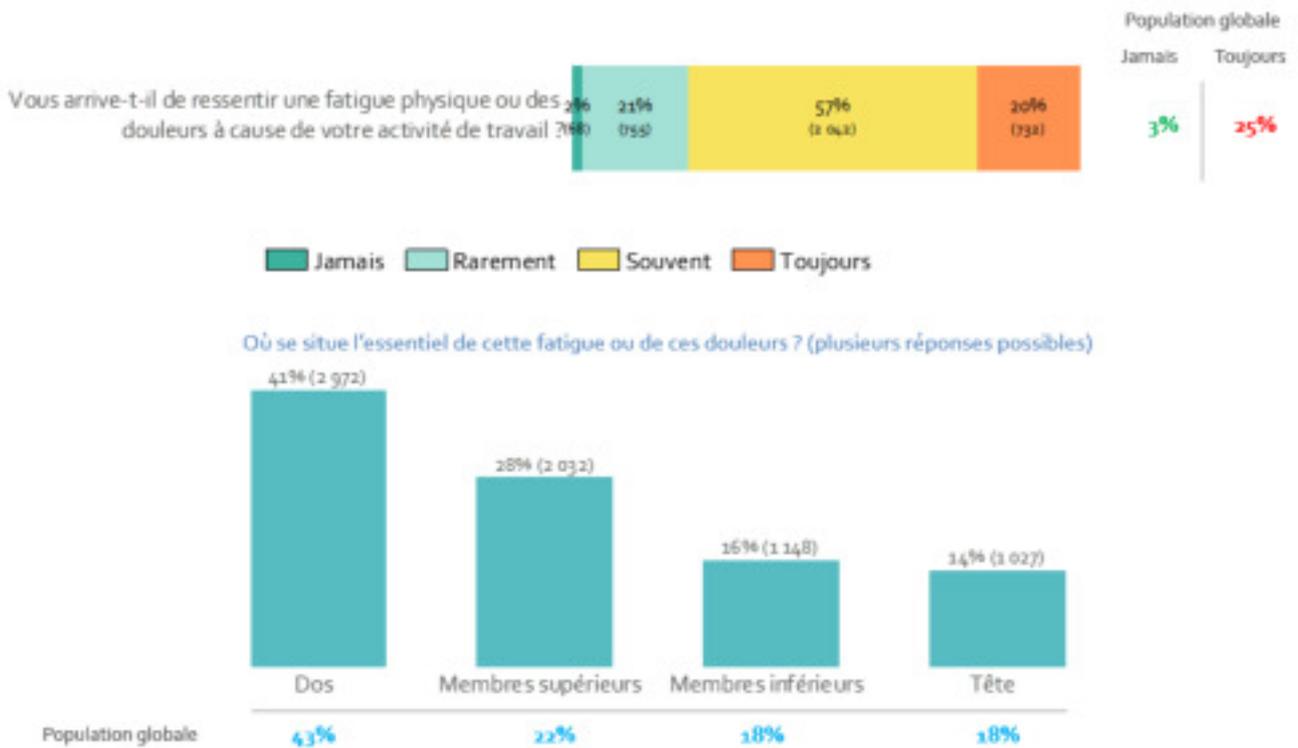
La **posture « penchée en avant »** est également adoptée pour plus de 60% des soins sur table observés. Ce qui aurait pu alimenter le débat d'une reconnaissance de posture pénible dans l'ancienne grille de critères éligibles.

De manière générale, les MK sont unanimes sur la nécessité d'avoir une bonne condition physique pour réussir à faire face à la charge physique du métier.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **3 597 masseurs-kinésithérapeutes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **postures pénibles** :

- Les deux postures pénibles qui concernent le plus de répondants sont : **DEBOUT** et **PENCHEE EN AVANT** avec respectivement 99% (+14 points vs moyenne globale) et 81% qui déclarent l'être souvent voire toujours dans le cadre de leur activité professionnelle
- Seulement 2% des répondants déclarent ne **jamais** ressentir de fatigue physique ou de douleur à cause de leur activité de travail – pour les autres, la zone majoritaire concernée est le DOS citée par 83% d'entre eux



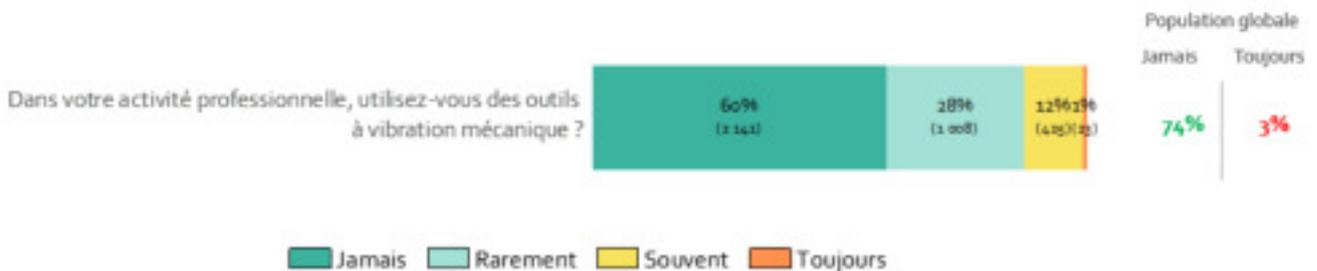


❖ **Vibrations mécaniques**

Le recours au traitement par ondes de choc semble exposer les MK à des vibrations main-bras. Ces dispositifs n'étant pas systématiques, nous n'avons pas pu les observer pour en évaluer l'impact. Certains praticiens ont évoqué dans la question ouverte les douleurs que cette technique pouvait engendrer (conséquence de la position du bras et la crispation sur l'appareil pour une pression suffisante en durée et en intensité).

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **3 597 masseurs-kinésithérapeutes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **vibrations mécaniques** :

- 60% des répondants (-14 points vs moyenne globale) déclarent ne **jamais** utiliser des outils à vibration mécanique

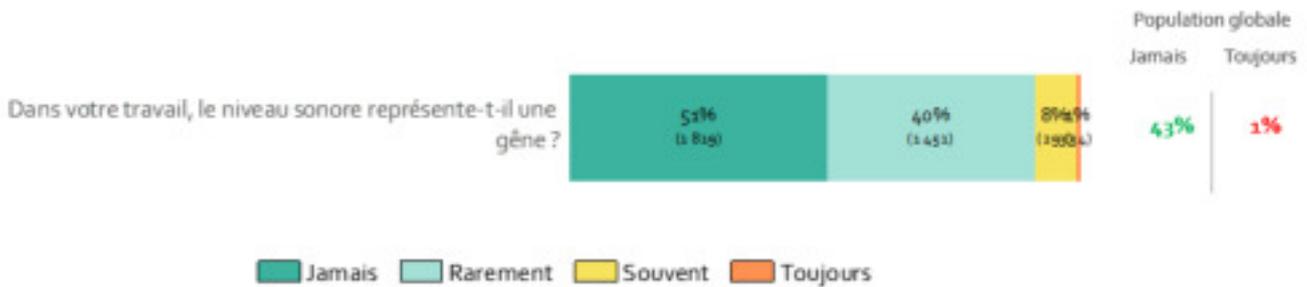


❖ **Bruit**

Pas d'exposition significative identifiée en dehors de l'utilisation des outils à ondes de choc évoqués plus haut (qui pousse certains MK à utiliser des EPI pour atténuer la nuisance sonore de l'appareil). Les nuisances sonores sont plus souvent de l'ordre de la gêne (co-activité, mauvaise insonorisation, etc.) que de la pénibilité.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **3 597 masseurs-kinésithérapeutes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives au **bruit** :

- 91% des répondants disent ne jamais être gênés ou rarement par le niveau sonore

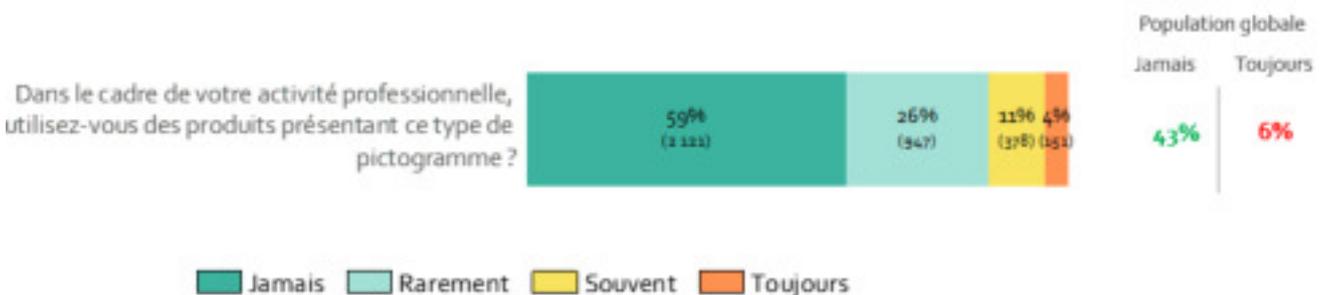


❖ **Agents chimiques dangereux**

Possibilité d'utilisation de produits antiseptiques, de désinfectants et détergents. Pas de risque pour la santé identifié sur ce critère.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **3 597 masseurs-kinésithérapeutes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **agents chimiques dangereux** :

- 59% des répondants (+16 points vs moyenne globale) déclarent ne **jamais** utiliser de produits chimiques dangereux

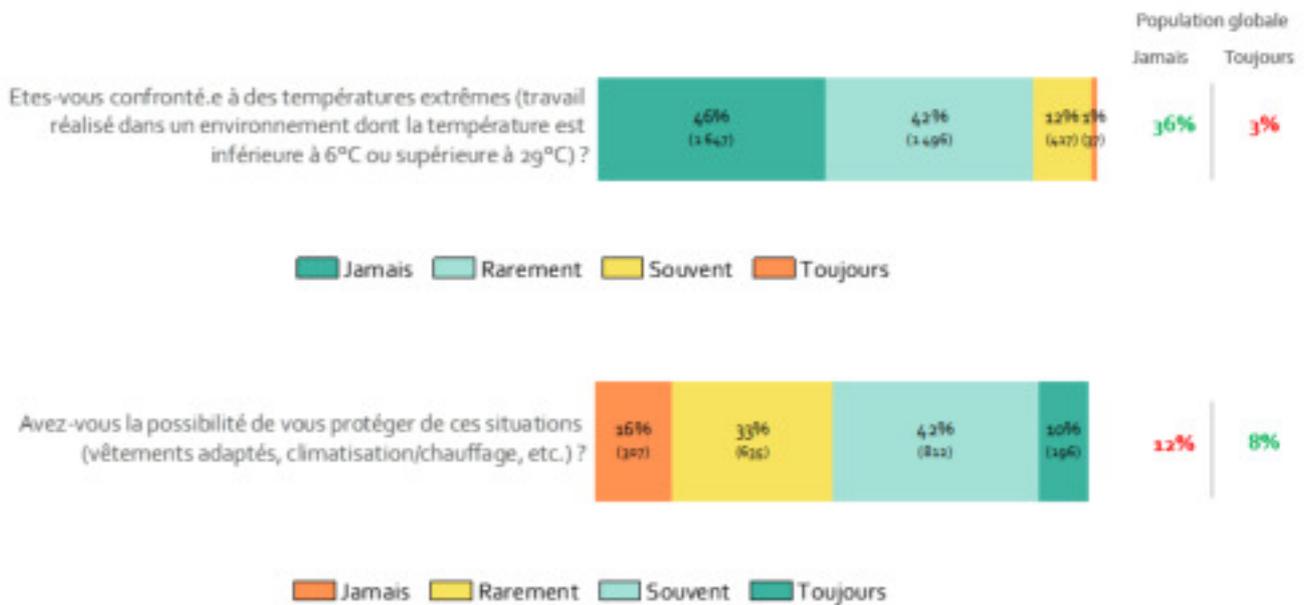


❖ Températures extrêmes

Pas d'exposition significative identifiée

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **3 597 masseurs-kinésithérapeutes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **températures extrêmes** :

- 88% des répondants (+16 points vs moyenne globale) disent ne jamais ou rarement être confrontés à des températures extrêmes

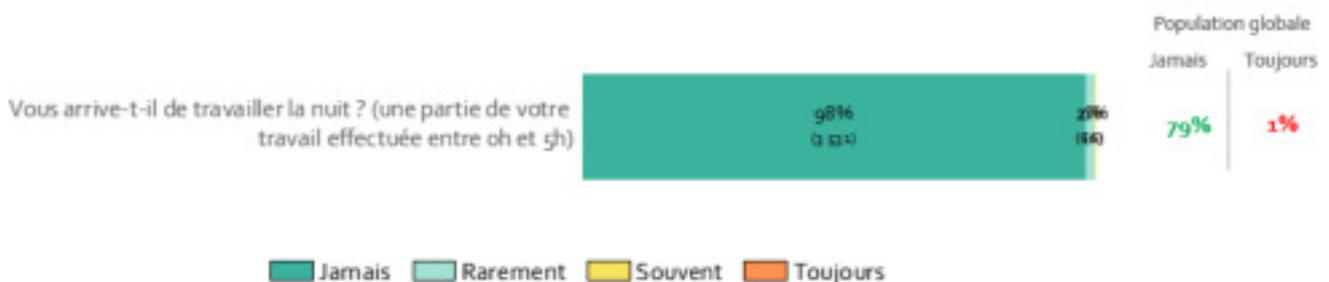


❖ Travail de nuit

Pas d'exposition significative identifiée

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **3 597 masseurs-kinésithérapeutes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives au **travail de nuit** :

- 98% des répondants (+19 points vs moyenne globale) déclarent ne **jamais** travailler de nuit

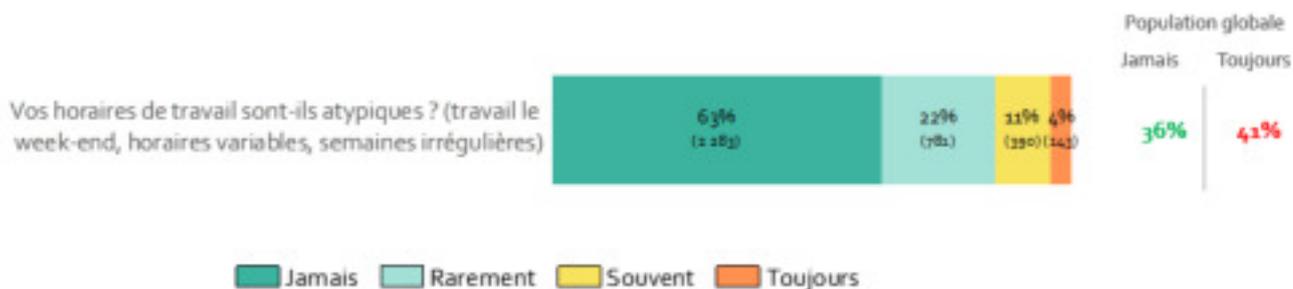


❖ Travail en équipe alternante

Certains MK sont concernés par ce critère au titre de leur rythme de travail et de leur activité le weekend (principalement le samedi). Pas de risque pour la santé identifié sur ce critère.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **3 597 masseurs-kinésithérapeutes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives au **travail en équipe alternante** :

- 85% des répondants (+31 points vs moyenne globale) déclarent avoir souvent voire toujours des horaires de travail atypiques



8. ORTHOPHONISTES : RESULTATS

8.1. Le métier

Retard du langage, défauts de prononciation, mais aussi difficultés d'écriture ou de calcul sont autant de situations qui intéressent l'orthophoniste. Au-delà des troubles du langage écrit et oral, l'orthophoniste rééduque aussi les troubles neurologiques, les troubles du spectre autistique, les personnes atteintes de surdité, de maladies génétiques ou neurodégénératives.

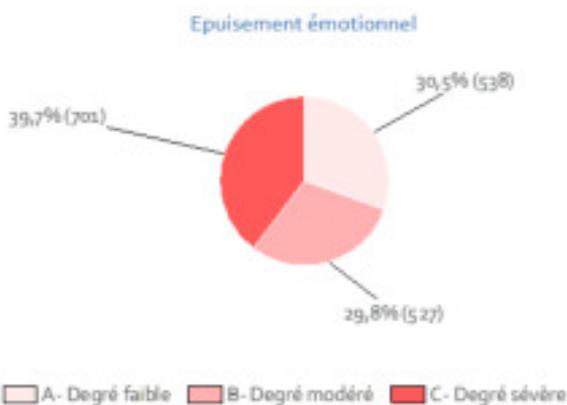
L'orthophoniste prévient, évalue et traite les déficiences et les troubles de la communication orale et écrite, ainsi que les troubles qui y sont associés. Pour cela, il fait appel au jeu ou à des exercices adaptés à chaque patient. Il procède aussi à **des actes de dépistage et à des bilans**, en intégrant toujours à son travail la dimension psychologique, sociale, économique et culturelle de ses patients.

En libéral, les **horaires** sont le plus souvent lourds et forcément **adaptés aux disponibilités des patients**. Ce métier exige **un excellent sens des relations humaines**, un bon équilibre personnel et des qualités de patience et d'écoute.

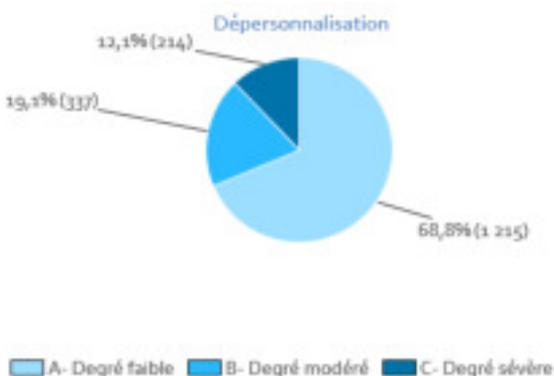
Pour être toujours au fait, l'orthophoniste doit par ailleurs se former tout au long de la vie, suivre les nouvelles études et mettre à jour ses connaissances scientifiques.

8.2. Indicateurs d'épuisement professionnel

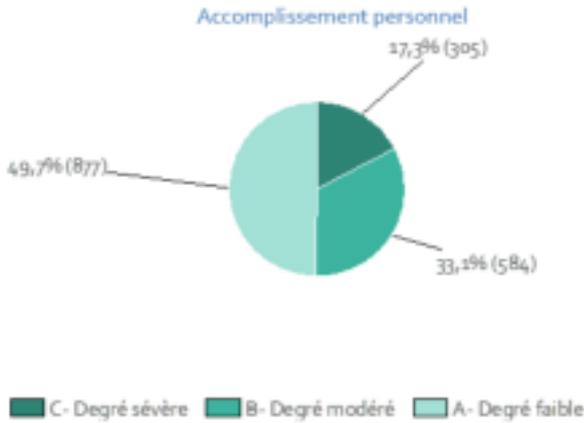
Parmi les 1 766 orthophonistes ayant rempli le questionnaire :



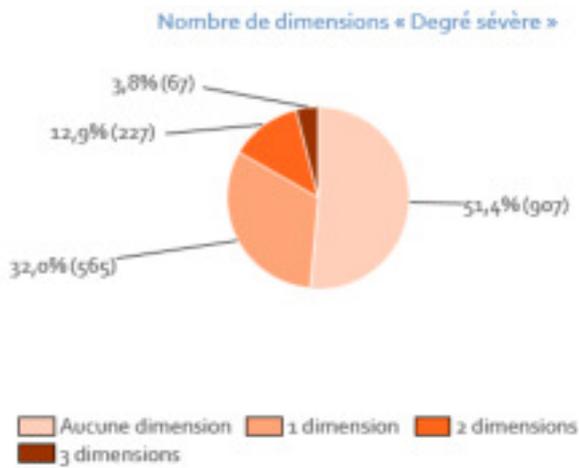
→ **69,5% présentent un certain niveau d'épuisement** et 39,7% de manière sévère soit un taux comparable à la moyenne de 40,5%



→ **31,2% présentent des manifestations de dépersonnalisation / déshumanisation** soit un taux **inférieur de 13,2 points** par rapport à la moyenne de 44,4%

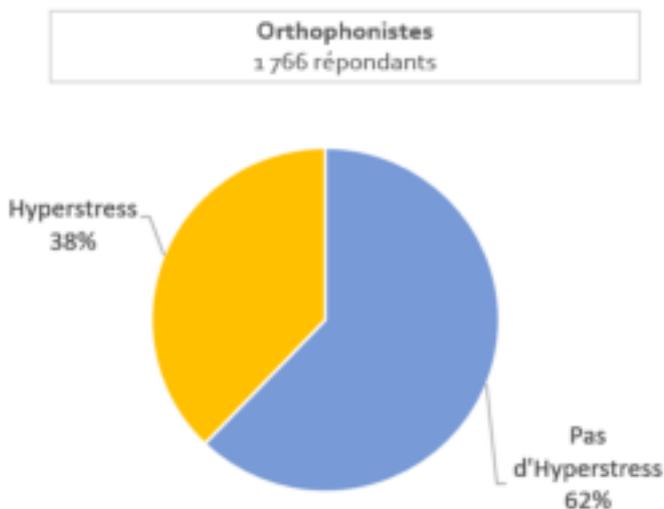


- **50,4% ressentent une réduction de l'efficacité et de la réalisation de soi** soit un taux supérieur de 3 points par rapport à la moyenne de 53,4%
- et 17,3% à un niveau sévère soit un taux supérieur de près de 3 points par rapport à la moyenne de 20%



- **48,6% de la population présentent des manifestations de burn-out** soit un taux inférieur de près de 5 points par rapport à la moyenne de 53,5%
- 16,7% d'entre eux ont sans doute un état de burn-out pathologique et **3,8% un burn-out très sévère** soit 67 personnes

8.3. Indicateurs de stress



Parmi les 1 766 orthophonistes ayant rempli le questionnaire :

- 668 personnes présentent un niveau d'Hyperstress soit **38% des répondants**
- cette proportion est **comparable à la moyenne** de 38% sur l'ensemble des affiliés

Ce niveau d'Hyperstress est tel qu'il représente un niveau de risque pour la santé de la personne.

En population globale :
Parmi les 12 671 affiliés ayant répondu au questionnaire, le taux d'Hyperstress est de **38%**

Examinons les sous-populations **les plus** et **les moins exposées en termes d'Hyperstress**

→ 3 critères socio-professionnels permettent de mettre en évidence des différences significatives en termes d'Hyperstress : **la région, le genre et l'âge**

Les sous-populations les plus exposées

Quand on regarde critère par critère, voici les modalités qui ressortent comme **plus exposées** en termes d'Hyperstress :

- **Femme**
- **Agés de 30 à 39 ans** : tranche d'âge charnière peut-être pour la vie personnelle

Critère	Modalité	Répondants	Ecart significativité	Taux d'Hyperstress
Age	De 30 à 39 ans	567	***	42,5%
Genre	Une Femme	1 726	*	38,4%

Les sous-populations les moins exposées

Quand on regarde critère par critère, voici les modalités qui ressortent comme **moins exposées** en termes d'Hyperstress :

- **Région Outre-mer**
- **Homme**
- **Agés de 60 ans et plus** : correspond à la fin de carrière

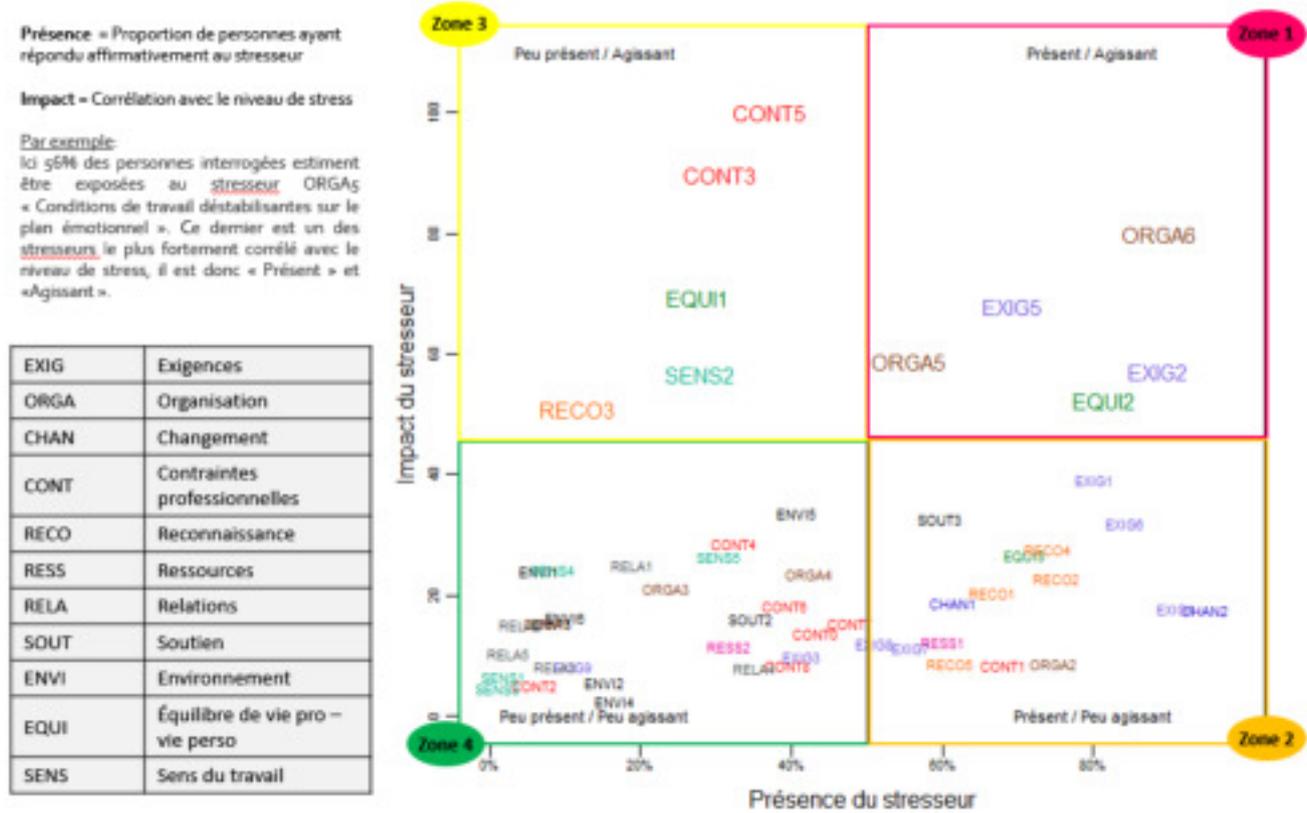
Critère	Modalité	Répondants	Ecart significativité	Taux d'Hyperstress
Région	Outre-mer	40	**	22,5%
Age	60 ans et plus	160	**	30,0%
Genre	Un Homme	40	*	25,0%

8.4. Analyses des causes de risques psychosociaux

Une analyse statistique nous permet de mettre en évidence les facteurs de risques psychosociaux en fonction :

- de leur présence
- de l'impact sur le niveau d'Hyperstress

La cartographie ci-dessous présente les facteurs de risques pour la population des 6 272 infirmiers ayant participé au questionnaire :



En **zone 1**, nous retrouvons **les facteurs cités par plus de 50% des répondants** et ayant **un fort impact sur le niveau d'Hyperstress** :

- Conditions de travail épuisantes en termes de charge mentale (ORGA6) : 89%
- Manque de temps pour tout le travail à faire (EXIG2) : 89%
- A mon domicile, je pense encore à mon travail (EQUI2) : 81%
- Travail dans l'urgence la plupart du temps (EXIG5) : 69%
- Conditions de travail déstabilisantes sur le plan émotionnel (ORGA5) : 56%

En **zone 3**, nous retrouvons **les facteurs cités par moins de 50% des répondants** mais ayant **un fort impact sur le niveau d'Hyperstress** :

- Inquiet.e pour ma santé mentale (CONT5) : 37%
- Inquiet.e pour ma santé physique (CONT3) : 31%
- La manière dont j'effectue mon travail ne répond pas à mes attentes (SENS2) : 28%
- N'arrive pas à concilier vie professionnelle et vie personnelle (EQUI1) : 28%
- Travail ne me fait pas me sentir utile/bonne opinion de moi (RECO3) : 12%

En **zone 2**, nous retrouvons **les facteurs cités par plus de 50% des répondants** mais ayant un **faible impact sur le niveau d'Hyperstress** :

- Mon métier nécessite de s'adapter sans cesse (CHAN2) : 95%
- Longues périodes de concentration intense (EXIG4) : 91%
- Temps important consacré aux tâches administratives (EXIG6) : 84%
- Informations complexes et nombreuses à traiter (EXIG1) : 80%
- Rémunération en incohérence avec mon travail (RECO2) : 75%
- Travail 10 heures ou plus par jour (ORGA2) : 75%
- Régulièrement inquiet.e concernant mes revenus (RECO4) : 74%
- Sollicité.e par mes patients en dehors de mes horaires de travail (EQUI3) : 71%
- Procédures rigides à respecter (CONT1) : 68%
- Pas de visibilité sur mes possibilités d'évolution de carrière (RECO1) : 67%
- Impossible de prévoir mon travail dans deux ans (CHAN1) : 62%
- Métier non reconnu par les autorités publiques (RECO5) : 61%
- Manque de formation pour certaines tâches (RESS1) : 60%
- Pas soutenu(e) moralement dans mon métier (SOUT3) : 60%
- Contacts avec les organismes de recouvrement insatisfaisants (EXIG7) : 56%
- Contacts avec les régimes obligatoires et complémentaires insatisfaisants (EXIG8) : 51%

8.5. Facteurs de pénibilité

Ce chapitre présente les constats issus de l'analyse du recueil qualitatif (à travers les 10 entretiens individuels et les deux demi-journées d'observations) complétés par les résultats au questionnaire.

❖ Exigences de l'activité

Au cours de dernières décennies, le métier d'orthophoniste a évolué et a gagné en complexité (reconnaissance du métier, champ d'action, outils thérapeutiques, etc.).

Cette complexité engendre un besoin important formation. Déjà exprimé dans les autres métiers, ce besoin ressort de manière encore plus forte pour les orthophonistes. L'intégralité des orthophonistes interrogés affirment se former continuellement sur divers sujets (les pathologies les plus lourdes comme les maladies neurodégénératives, ou d'autres champs de compétences, comme le langage écrit, la dyscalculie, etc.).

• Une charge de travail qui nécessite un engagement fort

L'activité est associée à une charge de travail élevée, avec une convergence pour un rythme moyen de 50 patients par semaine (entre 40 et 60), quel que soit le rythme de travail (4 jours, 4,5 ou 5 par semaine). Cela se traduit par des amplitudes horaires variables entre les orthophonistes, mais une journée type se dessine entre 9h et 18h/19h. Globalement, les orthophonistes passent 40 heures par semaine dans leur cabinet.

La durée des consultations était comprise entre 30 mn minimum et 45 mn avant la COVID. Elle se cantonne à 30 mn aujourd'hui à cause des 15 mn de désinfection entre chaque consultation.

Les praticiens interviewés réalisent entre 10 et 20 consultations par jour.

Concernant la gestion des temps de pause, les principaux choix organisationnels sont :

- prendre une pause méridienne, de 30 à 60 mn,
- faire « *une journée continue* » - cette configuration nécessite, d'après les orthophonistes, une grosse capacité de concentration.
- prendre une courte pause tous les 5 à 6 patients. Pour réussir à faire redescendre, ne serait-ce qu'un peu, le niveau de charge mentale.

Dans tous les cas, les pauses servent aussi à traiter les tâches administratives / secrétariat et ne sont pas de véritables temps de récupération.

Pour appréhender la charge de travail réelle, il faudrait ajouter à ces heures, les temps réservés aux tâches administratives/secrétariat (dont une partie est très souvent réalisée en dehors des temps de présence au cabinet) ainsi que les temps consacrés à des participations pour des événements importants (réunions dans les établissements scolaires, associations, formations, etc.) - temps pris sur leur vie personnelle.

Ce dernier constat illustre une des caractéristiques marquantes chez les orthophonistes : le haut niveau « d'auto-exigence » (qui s'ajoute à l'exigence fixée par leurs interlocuteurs). En termes de charge de travail cela se traduit par une sorte de « travail masqué », composé de préparation/personnalisation du matériel thérapeutique, de participation à différentes réunions des institutions (établissements de soins, établissements scolaires, etc.), autoformation, etc.

Ce type d'activité est dit « masqué » car il est rarement visible dans l'évaluation de la charge de travail, et de fait, rarement valorisé.

- L'auto-exigence est une caractéristique qui peut jouer un rôle important dans un processus d'épuisement professionnel, car elle contribuera à ignorer les signaux de fatigue que l'organisme pourra envoyer, sous prétexte que le travail doit être fait. Dans le cas contraire, un sentiment de culpabilité pourra émerger.
- Pour contrer ce type de sentiments (de ne pas en faire assez), il est fréquent de développer des comportements extra-rôles.

« Je vais toujours rappeler les gens. Quand je sens les gens motivés, je fais le nécessaire pour leur trouver une solution ».

« J'ai intégré une association de parents d'enfants autistes, pendant 6 ans. C'était épuisant. Les gens étaient en souffrance mais en demande très forte. C'était épuisant. J'ai néanmoins continué dans l'autisme pendant 20 ans »

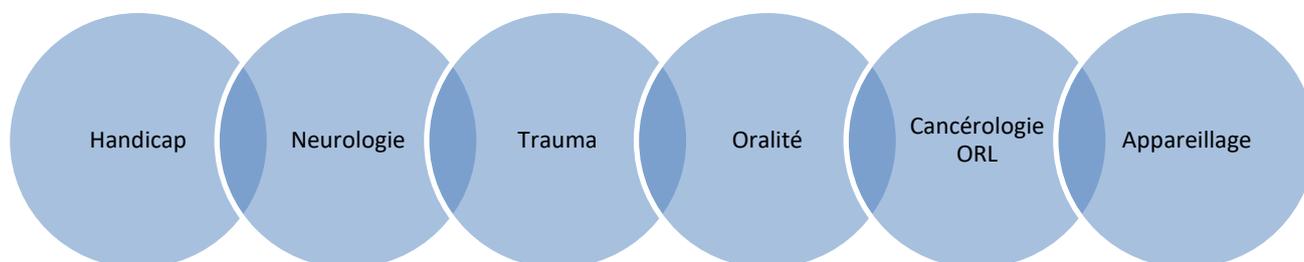
Dans ce contexte, les orthophonistes sont pris dans un étau d'exigences, de fortes demandes entre les familles, les autres professionnels de santé, l'éducation nationale, etc. Au carrefour de ces exigences, il peut être difficile de déconnecter psychologiquement, même quand on n'est plus physiquement au travail.

- **Une agilité morale et intellectuelle**

La variabilité des pathologies (et donc des prises en charge) implique une gymnastique cognitive perpétuelle entre chaque RDV. Ces bascules à opérer sont génératrices d'une augmentation de la charge mentale (en termes d'intensité et de complexité).

« C'est un métier très varié. On a une palette d'actes hallucinante allant du bébé jusqu'aux personnes âgées, tous les âges de la vie ».

« En termes de compétences on ne peut pas être expert de tout et tout couvrir »



Cette demande psychologique, nécessite une certaine « *endurance* » mentale. Par le niveau de mobilisation, d'implication et par la convergence de multiples exigences, l'activité des orthophonistes peut favoriser l'apparition d'un sentiment d'isolement et être considérée comme « *usante psychologiquement* ».

« Quand on est en cabinet, on est toujours en train de travailler, il n'y a pas d'interruption ».

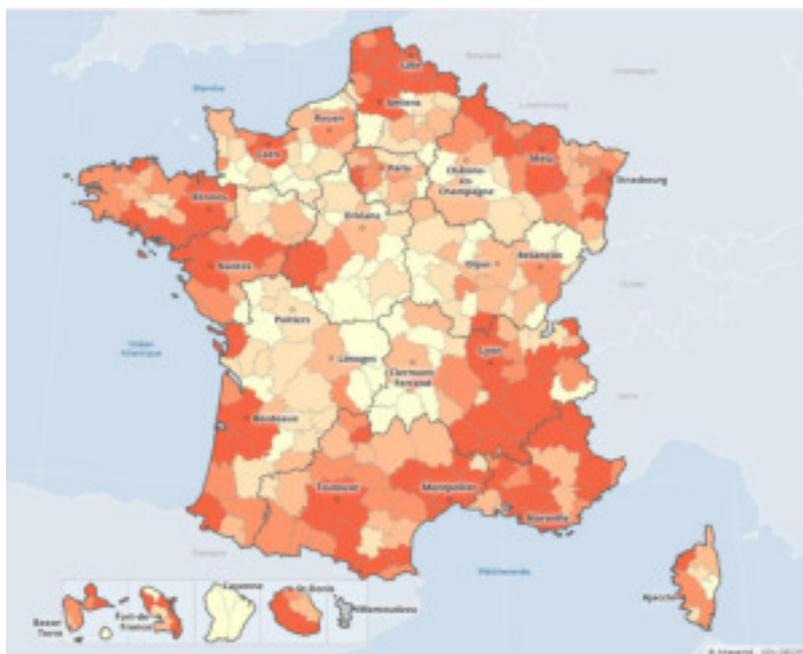
« Le plus dur dans nos journées : l'amplitude et l'absence de pauses ».

- **Le type de secteur, une variable qui peut faire la différence**

L'orthophonie semble être une des disciplines avec la plus grande tension dans le ratio entre l'offre de soins et la demande (= le besoin). En fonction des secteurs, les listes d'attente peuvent atteindre des proportions que les orthophonistes qualifient eux-mêmes de « *délirantes* » (liste d'attente de plus de 300 patients, temps d'attente de 12 à 24 mois).

Ce constat a un impact sur les conditions de travail des orthophonistes :

- Dans les zones avec une forte densité, comme les centres urbains, les praticiens peuvent choisir de privilégier certaines prises en charge, plus en adéquation avec leur profil ou leurs compétences. Le champ d'expertise étant large, certains praticiens n'hésitent pas à exprimer qu'ils ne se sentent pas aussi pertinents avec toutes les pathologies. Quand cela arrive, ils préfèrent orienter vers des confrères.
- A l'inverse, certaines zones peuvent contraindre un patient à « *parcourir 60 kms pour trouver un orthophoniste* ». Dans ces zones, avec la responsabilité éthique d'assurer l'accès aux soins, les orthophonistes prennent en charge les patients « *tout venants* » et doivent donc couvrir l'ensemble des champs d'expertise de la discipline.
- Dans les régions qui ne sont pas sous-dotées, le poids du refus apparaît également moins critique. Ce point est une des principales sources de charge émotionnelle pour les praticiens concernés.



Densité des orthophonistes libéraux pour 100 000 hab. pour 2019 (source altasanté, cartosanté)

Note : Il pourrait être intéressant, dans un approfondissement de tester la corrélation entre les taux de stress ou d'épuisement et le niveau de dotation d'une zone géographique afin d'appréhender l'impact de cette variable.

- **La charge administrative**

Il s'agit d'un point sur lequel les contraintes auraient augmenté

« *On me demande de plus en plus de bilans normés. Quand j'ai commencé c'était une demi-page, maintenant c'est plutôt 3 / 4 pages* »

La conséquence directe est un impact sur l'équilibre de vie (la charge qui ne peut pas être absorbée dans le cadre des horaires de travail est réalisée pendant les pauses ou sur le temps personnel).

« *Dans l'idéal ça devrait passer dans le fil de la semaine. Mais plus généralement ça déborde le soir et le vendredi quand je garde mes enfants* ».

« *Pendant les pauses, secrétariat, j'appelle les patients, je rédige des notes, etc.* »

« Je prends 15 jours de off et je vais prendre une semaine pour faire mes bilans en retard ».
 « Le dimanche je rentre les séances, accord préalable, carnet de communication (pour les aphasiques par exemple), etc. »

La réalisation des bilans alimente énormément les discussions autour de cette notion de charge administrative.

« Le plus compliqué c'est les comptes-rendus de bilans, analyser le corpus de données qu'on a reçu, pendant l'anamnèse écouter passer les épreuves, et tout rédiger ».

« La cotation du bilan est lamentable 85 euros ».

« Un bilan déglutition c'est 30 mn. Le bilan vocal aussi c'est facile et rapide. Un neuro ou enfant sans langage ça peut être plusieurs heures. Les patients sont fatigués, ne peuvent pas tout faire d'un coup, il faut étaler »

❖ Exigences émotionnelles

• Emotionnellement aussi c'est un métier qui est extrêmement exigeant

- Un sentiment de culpabilité peut pousser les orthophonistes à aller au-delà de leur capacité, pour éviter d'avoir à gérer la charge émotionnelle associée au refus d'un patient. Confronté à la détresse de patients ou de leurs proches, les praticiens ont tendance à « tordre » leur agenda pour réussir à prendre en charge plus de patients. Cette pression est d'autant plus vraie lorsque le secteur est sous-doté. Chez certains orthophonistes, ce conflit interne peut engendrer une anxiété à l'idée de répondre au téléphone et d'avoir à refuser un patient.

« On est exposé à l'évolution de la société. Hier j'ai eu un homme qui m'a supplié pour sa fille ».

« Une femme s'est mise à pleurer dans la salle d'attente car désorientée ».

- Certaines situations de prises en charge nécessitent de savoir prendre sur l'activité afin de se protéger de la charge émotionnelle. Au contact des familles, des enfants, des patients incurables, un sentiment d'impuissance peut s'emparer du soignant (rapport avec des personnes au temps de vie court, 18 mois, par exemple dans le cas de tumeur cérébrale, maladie dégénérative, etc.).
- La bonne distance doit permettre de se centrer sur la contribution qu'apporte l'orthophoniste, par exemple, au maintien des fonctions de communication du patient Alzheimer, Parkinson, ou autre.

« J'ai vu un monsieur de 40 ans avec son gamin qui me disait qu'il était en train de mourir ».

- L'orthophoniste doit maintenir une attention soutenue durant la majeure partie de la consultation. La succession de patients sans interruption au fil de la journée rend la récupération psychologique et émotionnelle difficile, voire impossible.

« Quelquefois on se demande comment on fait pour tenir toute la journée. Contrainte physique avec l'enfant et psychologique avec les parents ».

« C'est épuisant de canaliser les patients et avec en plus les parents qui peuvent être hyper exigeants ».

- Dans la relation « soignant/soigné », il n'y a pas de place pour la souffrance de l'orthophoniste, même si elle découle de la prise en charge.

« Je me sens au bout du rouleau et j'en ai encore pour 11 ans. Je vais bosser avec l'estomac dur comme de la pierre. Je rentre à la maison, je m'écroule de sommeil ».

« Au départ ça m'a bouffé. Les petits patients, j'y repensais le soir, etc. Aujourd'hui j'arrive à rester à distance émotionnellement. Je souffre moins avec eux. On peut se laisser complètement dévorer. C'est le plus difficile. On voit des choses tellement dures ».

Pour que cette charge ne pèse pas sur la santé psychologique du soignant, il est important d'avoir une vie personnelle soutenable et d'avoir la capacité de préserver la frontière entre vie privée et vie professionnelle.

« Personnellement j'arrive à couper en arrivant chez moi. Si je n'avais pas cette capacité de le faire, je serais en burn-out. »

- **Le deuil du soignant**

Au-delà de la gestion de la souffrance des patients, les orthophonistes sont également confrontés à la perte de patients. Il peut exister un lien fort avec des patients suivis pendant plusieurs années parfois. La gestion du deuil des soignants est à prendre en compte.

Face à la mort d'un patient, le soignant est doublement touché.

- En tant qu'individu d'abord, il est, comme tout un chacun, ramené à l'appréhension de sa propre mort, de celle de ses proches et au souvenir des décès antérieurs qu'il a pu connaître.
- Mais en tant que soignant, il est aussi confronté au deuil personnel représenté par le décès d'une personne qu'il a appris à connaître, qu'il a accompagné et à qui il a tenté, tant bien que mal, de redonner de la dignité, du bien-être et du soulagement. En tant que praticien, il peut parfois souffrir d'un sentiment d'échec. « *Que n'ai-je pas fait ? Qu'ai-je mal fait ? Aurais-je pu faire quelque chose de plus ? Est-ce ma faute ?* »



Source : *Le vécu de la soignante devant la mort*, Margot Phaneuf, inf. PhD, 2014)

Face à toutes ces contraintes, il peut être vivement conseillé d'envisager une supervision ou un suivi.

« Je fais une analyse de la pratique avec un psychologue, c'est une démarche personnelle. Ça m'a énormément aidé. Je suis bien plus sereine, plus ferme, avec plus de bienveillance. »

❖ **Rapports sociaux**

- **Relation avec les patients**

Le métier est décrit comme très valorisant. Les orthophonistes interviewés décrivent les bonnes relations qu'ils entretiennent avec les patients et leurs proches. Les remerciements ne sont pas rares, mais tous ne se rendent pas compte de l'investissement requis. Certains peuvent faire preuve d'ingratitude et s'inscrire dans un rapport clientéliste avec le praticien.

« Je constate qu'on a l'impression d'être un bien de consommation. Le patient appelle tous les praticiens du secteur, va au plus rapide et ne prévient pas. C'est surtout sur le premier RDV généralement »

Concernant les prises en charges, les orthophonistes indiquent que la relation de confiance entre le patient et le soignant se crée petit à petit. Au début, il peut y avoir des réserves, voire de la réticence à s'inscrire dans une pratique corporelle, par exemple dans la rééducation vocale ou la déglutition.

Il faut aussi considérer les situations de prise en charge de certaines pathologies qui exposent les orthophonistes à de l'agressivité, voire des violences.

« *J'ai été étranglé, roué de coups, griffé, etc.* »

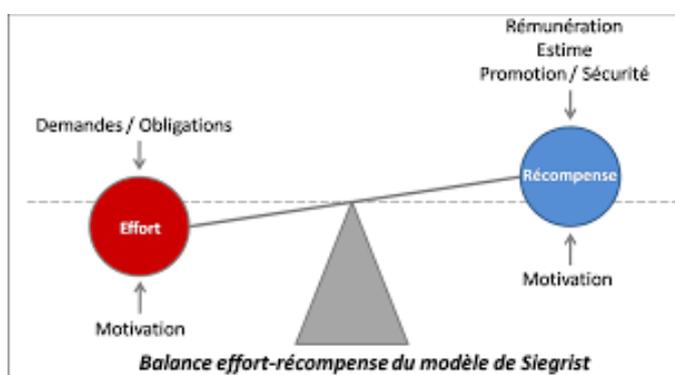
- **Relation avec les confrères**

Les orthophonistes semblent faire preuve d'une solidarité tant sur le plan technique que moral. Cela se traduit par de nombreux réseaux et groupes d'échanges (notamment sur les réseaux sociaux) pour partager leurs expériences, bonnes pratiques, etc.

« *Je suis en libérale mais quand j'étais en difficulté, ce sont des collègues qui m'ont aidé à remonter la pente* ».

❖ Relation au travail

D'après le modèle de Siegrist⁹ « efforts - récompenses », pour conserver une sérénité psychologique, un individu a besoin d'avoir la perception que les récompenses qu'il tire de son activité, soient à la mesure des efforts qu'il fournit.



Partant du principe que les orthophonistes interviewés présentent des signes de surinvestissement (des heures de préparations, de formations, participation aux réunions, de contacts avec des enseignants, médecins, souvent sur du temps personnel, etc.), il n'est pas surprenant de constater un certain sentiment d'injustice quant à la reconnaissance de leur activité (le « travail masqué » étant difficilement visible et valorisable).

Des critères complémentaires viennent alimenter ce sentiment d'injustice :

- Le manque de soutien durant la crise COVID

« *On s'est retrouvé à chercher les infos tout seuls. Je suis allé sur le site du syndicat* »

- Les incivilités de certains patients

« *J'ai une famille, la jeune fille était régulièrement absente. Sans prévenir, sans s'excuser* »

- Le manque de revalorisation significative des actes

« *La dernière augmentation date de 2012, où nous étions passé de 2€40 à 2€50. La précédente revalorisation datait de décembre 2007, avec +1,3%* ».

Malgré ces constats, les orthophonistes reconnaissent que leur métier a pris de l'importance, qu'il est mieux connu et mieux accepté qu'il ne l'était par le passé.

« *Au début de ma pratique les gens étaient peu nombreux, les gens étaient réticents. Alors qu'aujourd'hui il y a une sur-demande. On nous envoie un peu tout au moindre problème* ».

⁹ (*) Johannes Siegrist, né en 1943 en Suisse, est sociologue de formation. Il a été professeur de sociologie médicale à la faculté de Médecine de l'Université de Düsseldorf jusqu'en 2012. Il est mondialement connu pour ses recherches sur le stress au travail et sur les inégalités sociales de santé.

❖ Insécurité socioéconomique

Les orthophonistes interviewés expriment une inquiétude concernant la pathologie du burn-out qui semble se répandre dans la profession.

« Je suis étonné de voir la proportion de consœurs en burn-out. Elles se donnent énormément ».

Dans les critères qui peuvent alimenter un sentiment d'insécurité, est fréquemment évoqué le poids des charges. L'utilisation de *« beaucoup de matériel, logiciel »* engendre des investissements significativement moins lourds que d'autres profession (comme les MK par exemple) mais plus fréquents (appareil de massage pour l'intérieur de la bouche, un bilan qui vient de sortir, des abonnements pour les plateformes logicielles pour la rééducation, etc.).

Ce constat s'accompagne d'une inquiétude concernant la perte en pouvoir d'achat (réduction de 30% sur les 10 dernières années d'après les orthophonistes interviewés) et la viabilité économique de l'activité en cas d'imprévus.

« En libéral on ne s'arrête pas. Mes enfants quand ils étaient malades venaient avec moi au cabinet ».

Concernant l'évolution de la profession, ont été exprimées des craintes que d'autres métiers (psychomotricien, ergothérapeute, psychologue, orthopédaogogue) s'approprient les compétences des orthophonistes et que certains actes soient réalisés par d'autres métiers (ex. autour du langage écrit qu'on donnerait à des enseignants spécialisés)

❖ Conflits de valeurs

Les prises en charge difficiles provoquent des situations délicates dans lesquelles l'orthophoniste peut se retrouver dans un conflit de valeurs, mais aussi un conflit éthique / déontologique : être transparent ou mentir au patient dans son propre intérêt.

« On est face à des situations qui sont souvent dramatiques. Jeune patient, cancer du cerveau qu'on va regarder mourir à petit feu. Il faut parfois mentir au patient, au conjoint, pour remonter le moral des troupes car l'aspect psychologique est important si on veut avancer ».

« Dans les pathologies neurodégénératives, aujourd'hui je connais toutes les phases qui vont arriver. Par rapport à ce que le patient va traverser et il ne le sait pas encore. Plus ils sont jeunes plus c'est dur mais malgré le découragement, il faut trouver les mots pour les garder motivés ».

« La motivation est 50% de la qualité de prise en charge ».

❖ Postures pénibles

L'essentiel de l'activité des orthophonistes se réalise « assis », dans de plus ou moins bonnes conditions en fonction du type solutions d'assises dont ils disposent. Dans certaines situations, le praticien sera debout ou se mettra au niveau de ses plus jeunes patients (accroupi, à genoux, sur une chaise taille enfant, etc.).

La prise en charge étant active, le praticien est souvent penché en avant, vers son patient. Il peut également arriver qu'il sollicite énormément son buste en rotation, lorsqu'il se place à côté de lui et doit interagir physiquement ou lors d'exercice sur un poste informatique.

Dans l'ensemble **il s'agit d'une activité à caractère sédentaire, mais il ne faut pas considérer pour autant qu'elle n'entraîne aucun risque pour la santé.**

La posture assise n'étant pas naturelle pour les humains, lorsqu'elle est prolongée, tout le corps peut en être affecté.

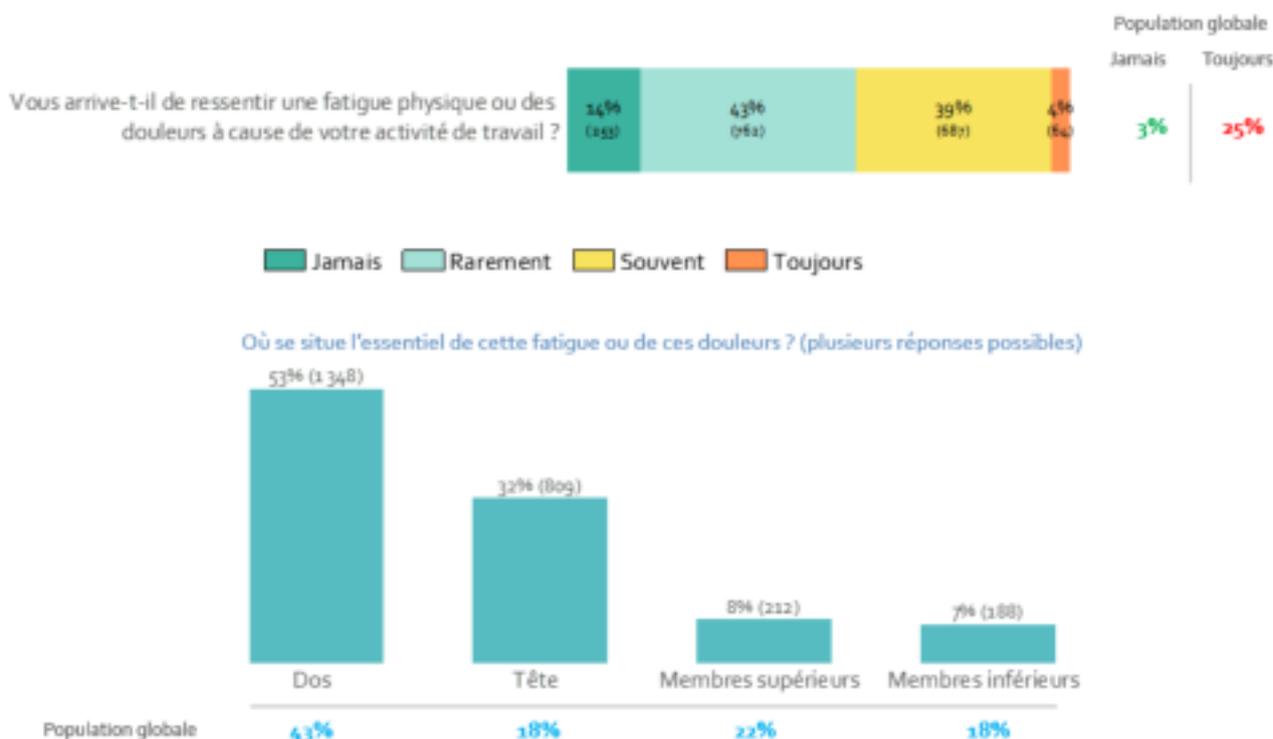
L'impact à court terme peut porter sur la circulation sanguine et l'apparition de douleurs (notamment dorsales). Dans la durée, son effet néfaste pour le cœur, les muscles et les os a été démontré par de nombreuses études de cohorte¹⁰. Rester assis pendant de longues périodes peut entraîner des maladies cardiaques, des maladies cardiovasculaires et le cancer du côlon et du sein.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **1 766 orthophonistes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **postures pénibles** :

- Les deux postures pénibles qui concernent le plus de répondants sont : **ASSISE** et **PENCHEE EN AVANT** avec respectivement 99% (+48 points vs moyenne globale) et 65% (-20 points vs moyenne globale) qui déclarent l'être souvent voire toujours dans le cadre de leur activité professionnelle
- 14% des répondants (+11 points vs moyenne globale) déclarent ne **jamais** ressentir de fatigue physique ou de douleur à cause de leur activité de travail – pour les autres, la zone majoritaire concernée est le DOS citée par ¾ d'entre eux.



¹⁰ Source: WILMOT E.G., EDWARDSON C.L., ACHANA F.A. et al — Sedentary time in adults and the association with diabetes, cardiovascular disease and death: systematic review and meta-analysis. Diabetologia, 2012, 55, 11, pp. 2895-2905.



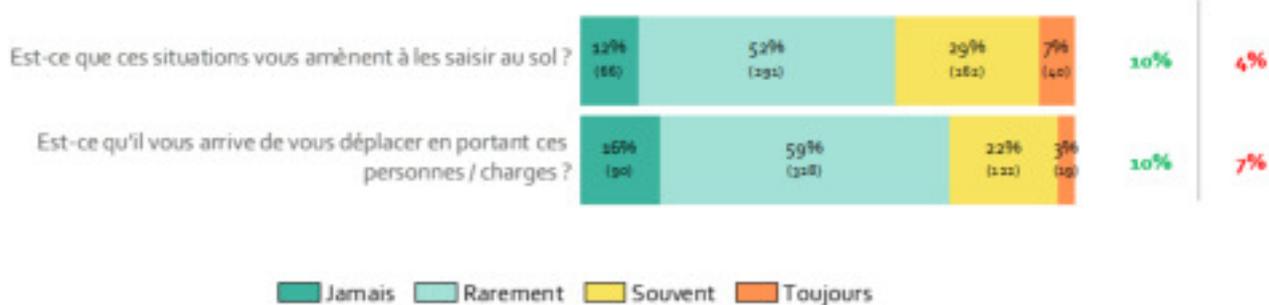
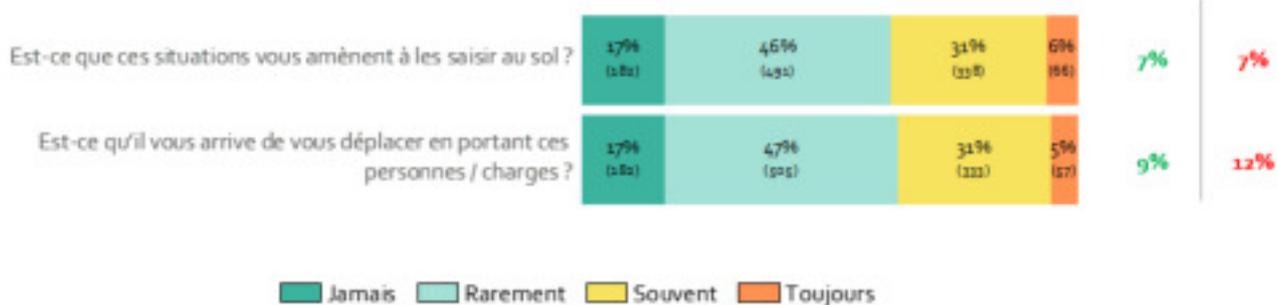
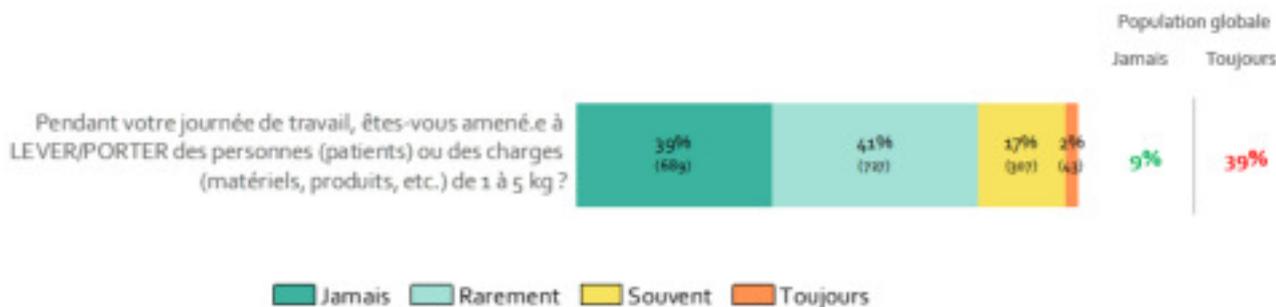
❖ Manutentions manuelles

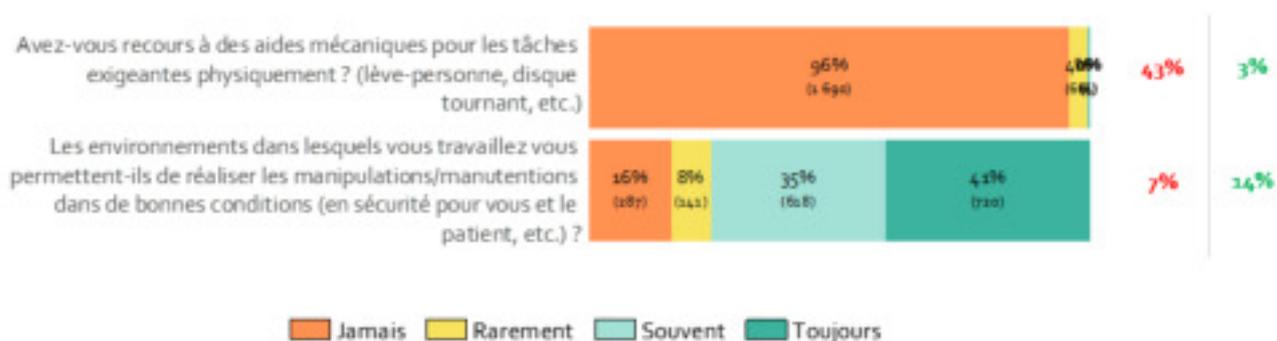
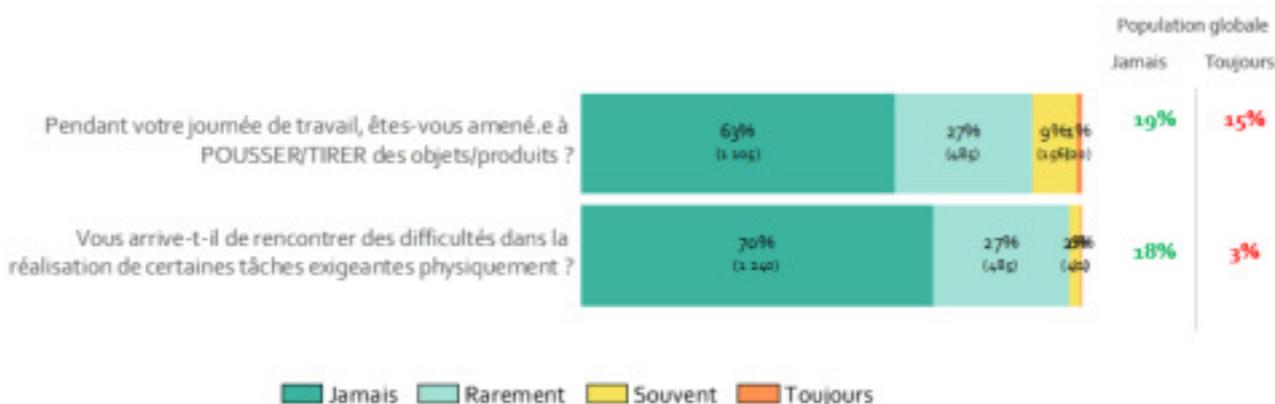
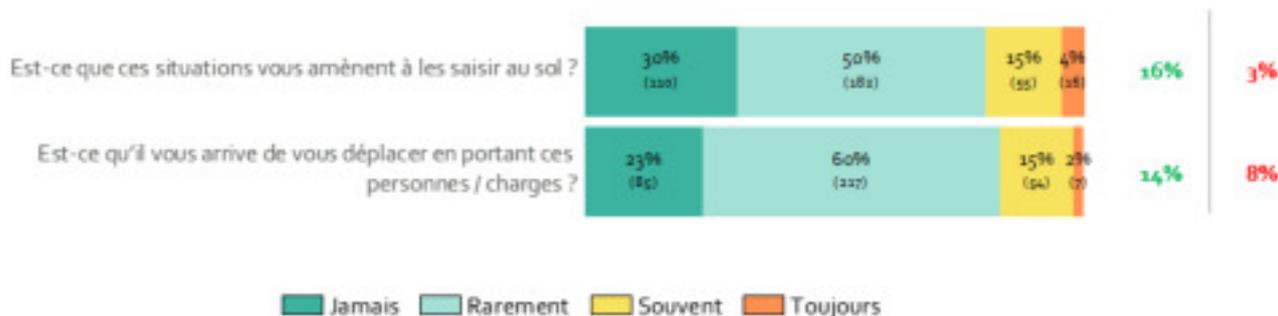
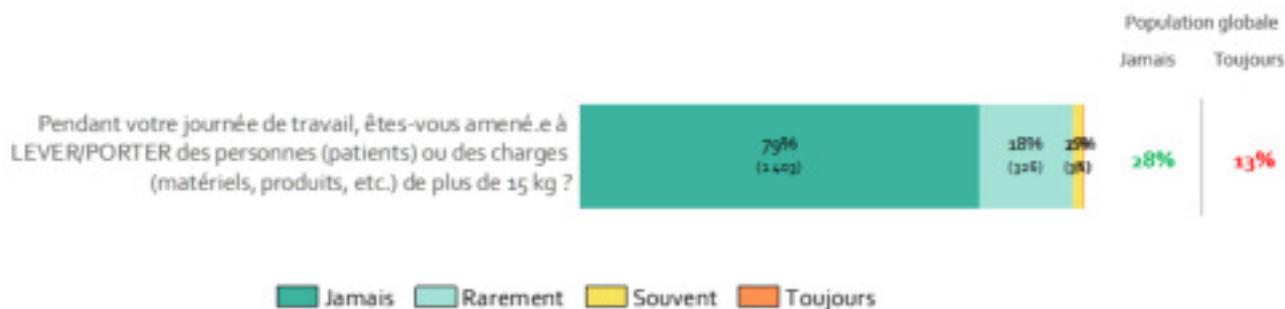
Nous n'avons pas relevé de situation d'exposition chronique à la manutention manuelle. Les situations de manipulation d'outils de travail (matériel, fourniture, etc.) n'apparaissent pas assez significatives pour être considérées dans cette approche « pénibilité ».

Note : indépendamment de la notion de « port de charge », les orthophonistes sont parfois en interaction avec des patients présentant des pathologies ou des troubles du comportement susceptibles de provoquer des mouvements brusques, etc. Il peut donc exister un risque, perçu ou réel, pour l'intégrité physique des praticiens, dans certaines situations spécifiques de prises en charge.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **1 766 orthophonistes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **manutentions manuelles** :

- Seulement **2% des répondants** déclarent être amené dans leur journée de travail à **toujours** LEVER/PORTEZ des patients ou des charges de 1 à 5 kg (-37 points vs moyenne globale) et **17% souvent** (-18 points vs moyenne globale)



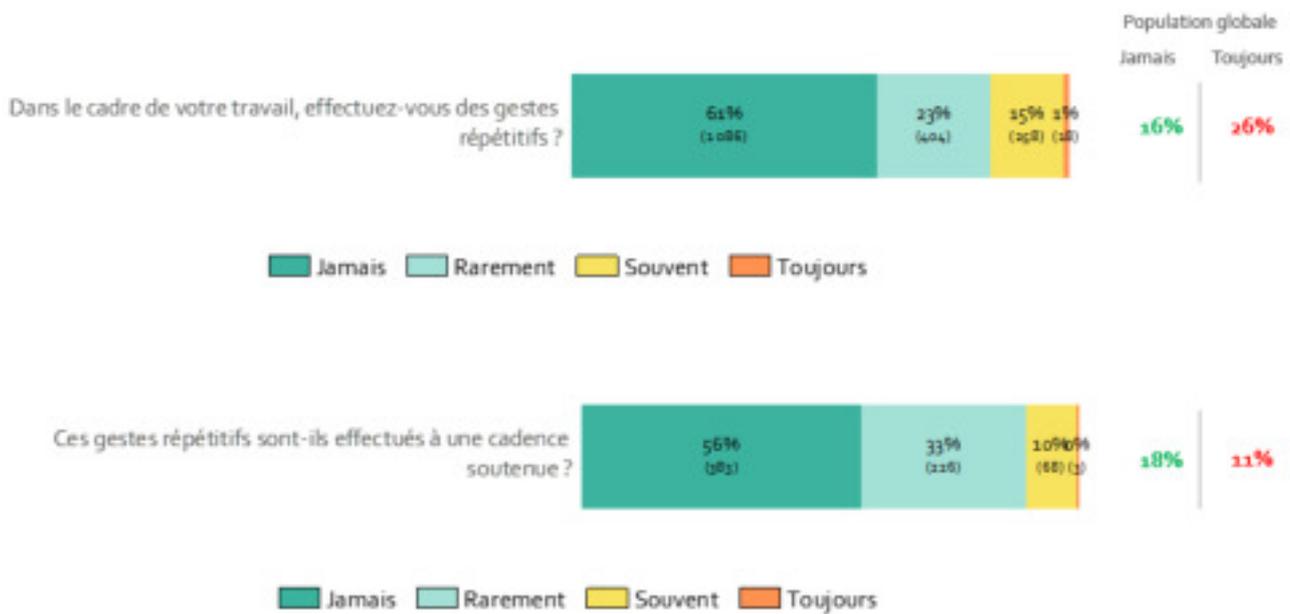


❖ Travail répétitif

L'exposition des orthophonistes au travail répétitif n'est, selon nous, pas assez significative pour être considérée dans cette approche « pénibilité ».

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **1 766 orthophonistes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives au **travail répétitif** :

- Seulement 39% des répondants disent effectuer des gestes répétitifs (-45 points vs moyenne globale) et parmi eux seulement 11% estiment que ces gestes sont souvent voire toujours effectués à une cadence soutenue (-40 points vs moyenne globale)

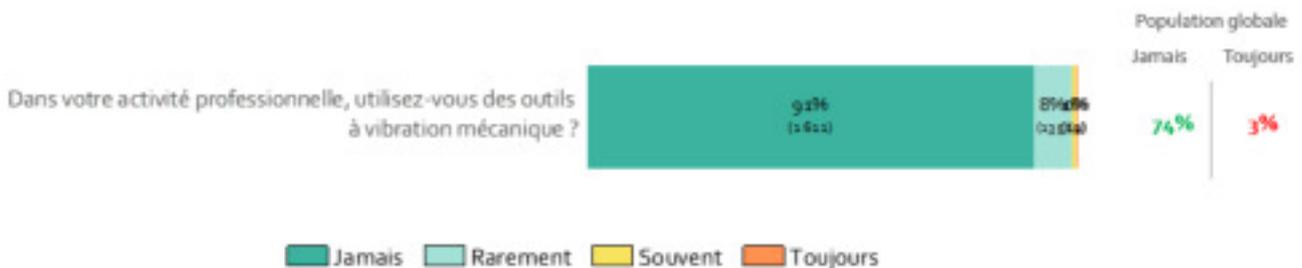


❖ Vibrations mécaniques

Certains orthophonistes utilisent des dispositifs de thérapie locale par vibrations (infrason). Cette utilisation, occasionnelle, n'est pas assez significative pour être considérée dans cette approche « pénibilité ».

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **1 766 orthophonistes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **vibrations mécaniques** :

- 91% des répondants (+17 points vs moyenne globale) déclarent ne **jamais** utiliser des outils à vibration mécanique

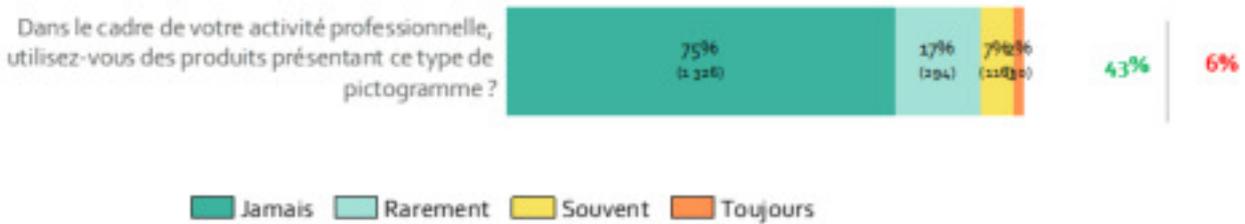


❖ Agents chimiques dangereux

Possibilité d'utilisation de produits antiseptiques, de désinfectants et détergents. Cette exposition ne semble n'est pas assez significative pour être considérée dans cette approche « pénibilité ».

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **1 766 orthophonistes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **agents chimiques dangereux** :

- 75% des répondants (+32 points vs moyenne globale) déclarent ne **jamais** utiliser de produits chimiques dangereux

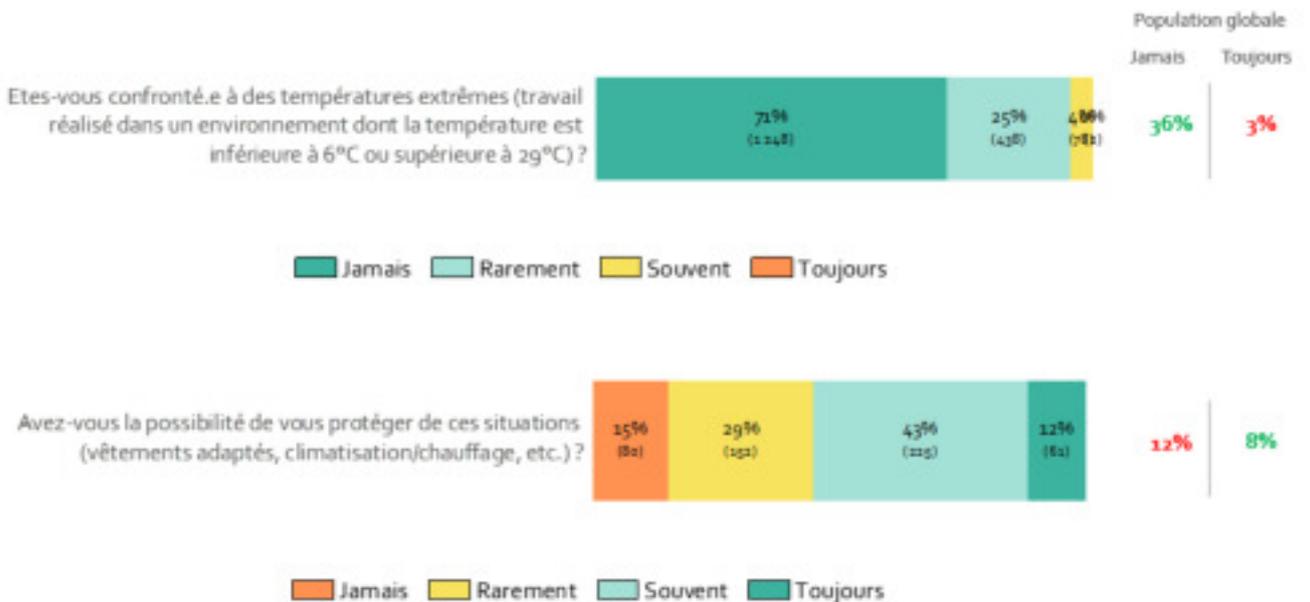


❖ Températures extrêmes

L'exposition des orthophonistes aux températures extrêmes n'est, selon nous, pas assez significative pour être considérée dans cette approche « pénibilité ».

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **1 766 orthophonistes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **températures extrêmes** :

- 71% des répondants (+35 points vs moyenne globale) disent ne **jamais** être confronté à des températures extrêmes

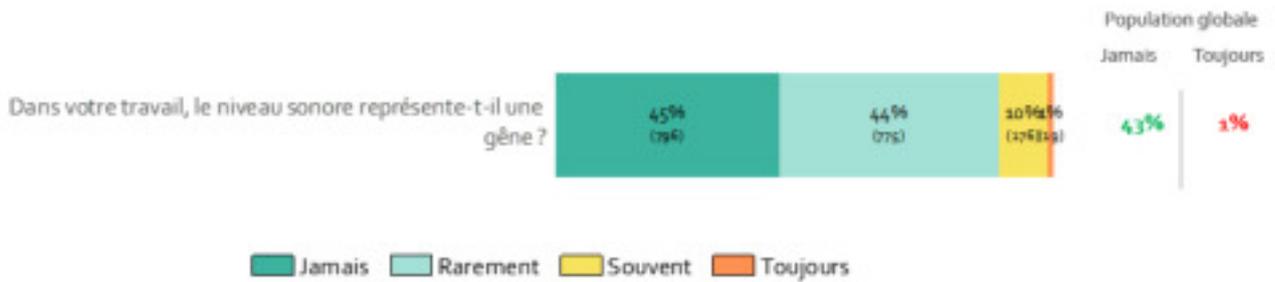


❖ Bruit

L'exposition des orthophonistes aux nuisances sonores ne semble pas assez significative pour être considérée dans cette approche « pénibilité ». Elle constitue par contre un facteur supplémentaire d'usure psychologique. La gêne occasionnée par l'ambiance sonore (salle d'attente, patient, téléphone, etc.) nuit à la concentration et la récupération.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **1 766 orthophonistes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives au **bruit** :

- 86% des répondants disent ne jamais être gêné ou rarement par le niveau sonore

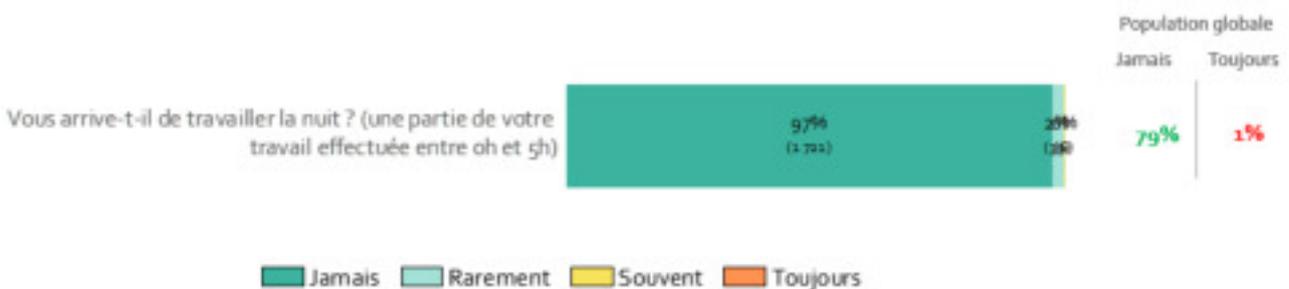


❖ Travail de nuit

L'exposition des orthophonistes au travail de nuit ne semble pas assez significative pour être considérée dans cette approche « pénibilité ».

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **1 766 orthophonistes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives au **travail de nuit** :

- 97% des répondants (+18 points vs moyenne globale) déclarent ne **jamais** travailler de nuit



❖ **Travail en équipe alternante**

L'exposition des orthophonistes au travail en équipe alternante ne semble pas assez significative pour être considérée dans cette approche « pénibilité ».

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **1 766 orthophonistes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives au **travail en équipe alternante** :

- 80% des répondants (+44 points vs moyenne globale) déclarent ne **jamais** avoir des horaires de travail atypiques



9. ORTHOPTISTES : RESULTATS

9.1. Le métier

Spécialiste de la vision, l'orthoptiste fait pratiquer des exercices oculaires adaptés à chaque pathologie signalée par l'ophtalmologiste prescripteur. Il évalue les défaillances visuelles et détermine les possibilités de rééducation à l'aide de toute une batterie de tests.

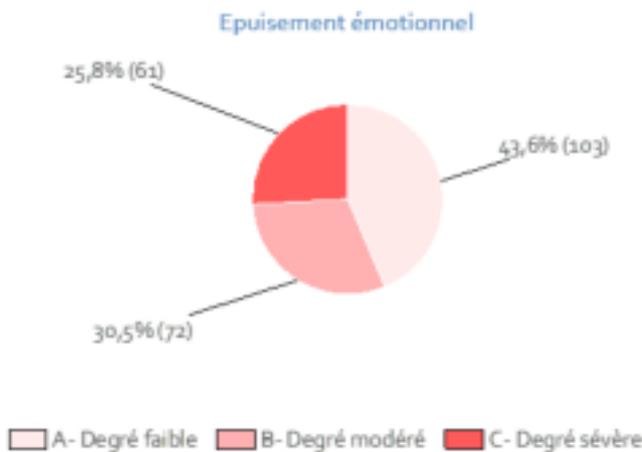
Une fois le diagnostic établi, **le traitement consiste à faire travailler les muscles de l'œil** pour corriger une fatigue oculaire, réduire un strabisme ou améliorer un trouble de la vue après un traumatisme, une maladie ou un accident, par exemple.

Parce que certains troubles de la vision diagnostiqués très tôt peuvent être corrigés par des exercices, les jeunes enfants constituent une part très importante de la clientèle de l'orthoptiste, suivis des adultes qui travaillent intensément sur écran.

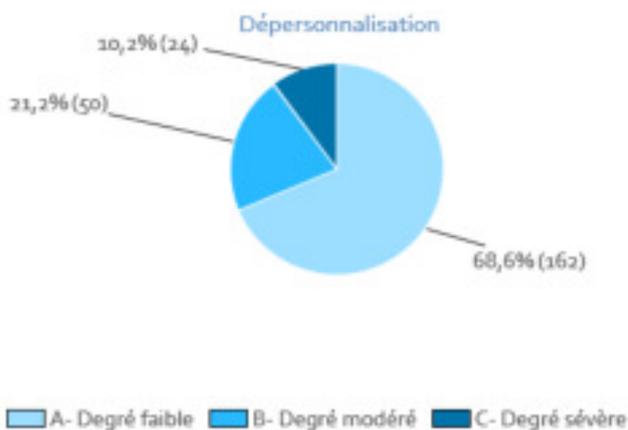
L'orthoptiste doit avoir **le sens de l'écoute et du contact**. Il doit savoir inciter ses patients à participer au travail de rééducation en dehors des rendez-vous et doit faire preuve de précision et de sûreté dans ses gestes.

9.2. Indicateurs d'épuisement professionnel

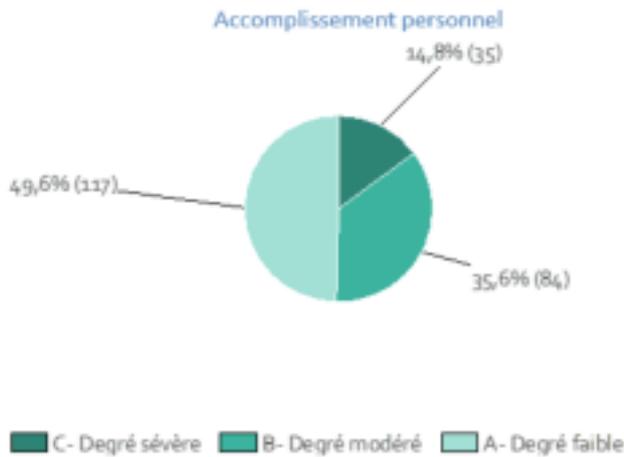
Parmi les 236 orthoptistes ayant rempli le questionnaire :



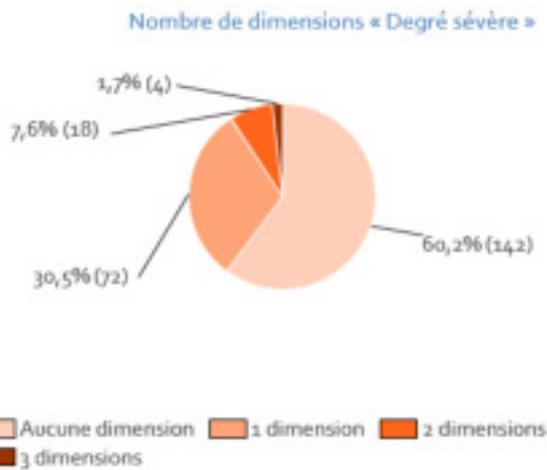
→ **56,3% présentent un certain niveau d'épuisement** et 25,8% de manière sévère soit un taux **nettement inférieur** à la moyenne de 40,5% (- 15 points)



→ **31,4% présentent des manifestations de dépersonnalisation / déshumanisation** soit un taux **nettement inférieur** à la moyenne de 44,4% (- 13 points)

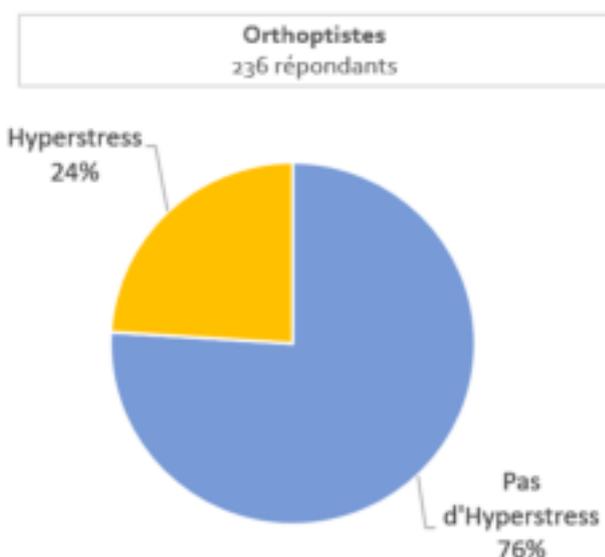


- **50,4% ressentent une réduction de l'efficacité et de la réalisation de soi** soit un taux inférieur de 3 points par rapport à la moyenne de 53,4%
- et 14,8% à un niveau sévère soit un taux inférieur de 5,2 points par rapport à la moyenne de 20%



- **Seulement 39,8% de la population présentent des manifestations de burn-out** soit un taux nettement inférieur à la moyenne de 53,5% (- 14 points)
- 9,3% d'entre eux ont sans doute un état de burn-out pathologique et **1,7% un burn-out très sévère** soit 4 personnes

9.3. Indicateurs de stress



Parmi les 236 orthoptistes ayant rempli le questionnaire :

- 57 personnes présentent un niveau d'Hyperstress soit **24% des répondants**
- cette proportion est **significativement inférieure à la moyenne** de 38% sur l'ensemble des affiliés

Ce niveau d'Hyperstress est tel qu'il représente un niveau de risque pour la santé de la personne.

En population globale :
 Parmi les 12 671 affiliés ayant répondu au questionnaire, le taux d'Hyperstress est de **38%**

Examinons les sous-populations **les plus** et **les moins exposées en termes d'Hyperstress**

→ Seul un critère socio-professionnel permet de mettre en évidence des différences significatives en termes d'Hyperstress : **l'âge**

Les sous-populations les plus exposées

Aucune sous-population avec un taux d'Hyperstress significativement plus élevé que la moyenne ne ressort.

Les sous-populations les moins exposées

Quand on regarde critère par critère, voici les modalités qui ressortent comme **moins exposées** en termes d'Hyperstress :

- **Agés de moins de 30 ans**

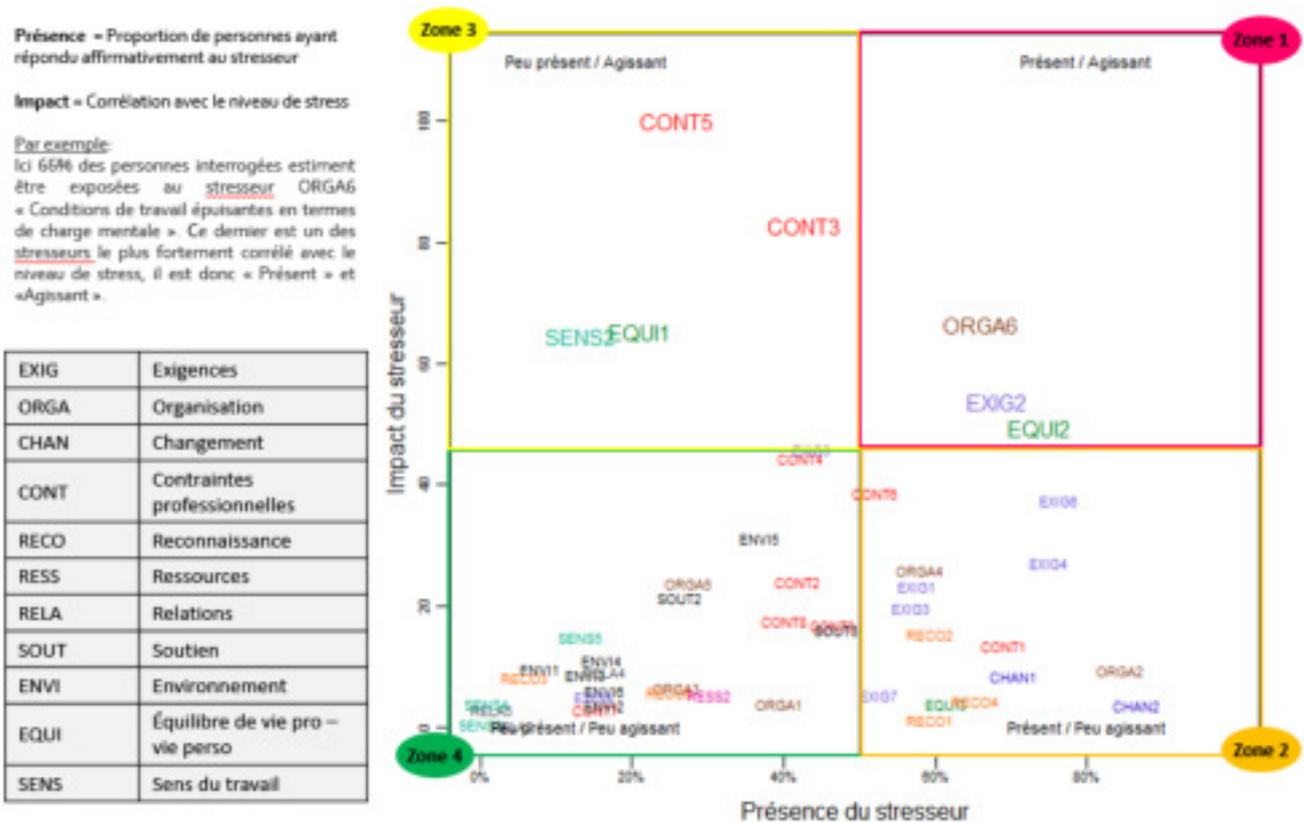
Critère	Modalité	Répondants	Ecart significativité	Taux d'Hyperstress
Age	Moins de 30 ans	64	*	15,6%

9.4. Analyses des causes de risques psychosociaux

Une analyse statistique nous permet de mettre en évidence les facteurs de risques psychosociaux en fonction :

- de leur présence
- de l'impact sur le niveau d'Hyperstress

La cartographie ci-dessous présente les facteurs de risques pour la population des 6 272 infirmiers ayant participé au questionnaire :



En **zone 1**, nous retrouvons **les facteurs cités par plus de 50% des répondants** et ayant **un fort impact sur le niveau d'Hyperstress** :

- A mon domicile, je pense encore à mon travail (EQUI2) : 74%
- Manque de temps pour tout le travail à faire (EXIG2) : 68%
- Conditions de travail épuisantes en termes de charge mentale (ORGA6) : 66%

En **zone 3**, nous retrouvons **les facteurs cités par moins de 50% des répondants** mais ayant **un fort impact sur le niveau d'Hyperstress** :

- Inquiet.e pour ma santé physique (CONT3) : 43%
- Inquiet.e pour ma santé mentale (CONT5) : 26%
- N'arrive pas à concilier vie professionnelle et vie personnelle (EQUI1) : 21%
- La manière dont j'effectue mon travail ne répond pas à mes attentes (SENS2) : 13%

En **zone 2**, nous retrouvons **les facteurs cités par plus de 50% des répondants** mais ayant **un faible impact sur le niveau d'Hyperstress** :

- Mon métier nécessite de s'adapter sans cesse (CHAN2) : 87%
- Travail 10 heures ou plus par jour (ORGA2) : 84%
- Temps important consacré aux tâches administratives (EXIG6) : 76%
- Longues périodes de concentration intense (EXIG4) : 75%
- Impossible de prévoir mon travail dans deux ans (CHAN1) : 70%
- Procédures rigides à respecter (CONT1) : 69%
- Régulièrement inquiet.e concernant mes revenus (RECO4) : 65%
- Sollicité.e par mes patients en dehors de mes horaires de travail (EQUI3) : 61%
- Rémunération en incohérence avec mon travail (RECO2) : 59%
- Pas de visibilité sur mes possibilités d'évolution de carrière (RECO1) : 59%
- Horaires de travail contraignants (ORGA4) : 58%
- Informations complexes et nombreuses à traiter (EXIG1) : 58%
- Erreurs pouvant avoir des conséquences graves (EXIG3) : 57%
- Contacts avec les organismes de recouvrement insatisfaisants (EXIG7) : 53%
- Inquiet.e pour la santé de mes proches (CONT6) : 52%
- Contacts avec les régimes obligatoires et complémentaires insatisfaisants (EXIG8) : 51%

9.5. Facteurs de pénibilité

Ce chapitre présente les constats issus de l'analyse du recueil qualitatif (à travers les 7 entretiens individuels et les deux demi-journées d'observations) complétés par les résultats au questionnaire.

❖ Exigences de l'activité

• Les rythmes de travail

L'amplitude horaire moyenne constatée dans cette profession est de 8h30 - 19h/20h, avec parfois de longues périodes sans interruption, pas même pour boire un verre d'eau ou aller aux toilettes.

Des pics de charges pour les praticiens qui ont « *du mal à dire non* », pour qui il est difficile de résister aux « *coups de pression de patients en souffrance* ». Dans ces situations, le praticien fait passer le patient « en force » dans le déroulement d'une journée, ou le prendra en dehors de ses horaires habituels de travail (jusqu'à 21h).

Sur une journée, le nombre moyen de patients oscille entre 15 et 18. La variabilité découle du type de consultations (de 20 à 45 minutes). Certains praticiens indiquent qu'ils peuvent aller jusqu'à 20/25 patients lorsqu'il ne s'agit que de « *rééducation simple* ».

Nous avons constaté un écart entre les temps prescrits et les temps réels pour réaliser certaines tâches. Le delta est justifié par les praticiens par le souci de faire « *un travail de qualité* ». Par exemple des orthoptistes

vont bloquer des créneaux de 60 mn pour un bilan au lieu des 30 mn prévues par la nomenclature ou vont bloquer jusqu'à 90 mn pour un champ visuel.

- **La complexité du métier est en constante évolution**

Certains praticiens évoquent un passé avec une activité composée essentiellement de strabisme et d'exploration visuelle avant le développement d'autres champs d'intervention (rééducation fonctionnelle dans les années 90, DMLA, réflexion/prescription lunettes, etc.). La discipline a depuis connue des innovations techniques, des évolutions de protocoles, etc.

Les praticiens interviewés insistent sur la nécessité de continuer à se former, pour ne pas se retrouver confronté à une pathologie qu'ils ne connaissent pas. La crainte d'être en situation d'échec est un facteur de stress. Pour y répondre, au-delà des démarches personnelles concernant la formation, les praticiens louent la mise en place du DPC - Développement Professionnel Continu, qui offre plus de possibilités (mais aussi d'obligations) concernant la formation périodique.

Au-delà des consultations en cabinet, d'autres contextes de travail ont été évoqués, avec d'autres exigences en termes d'intensité et de complexité :

- Des visites à domicile réalisées surtout pour la dimension relationnelle. D'un point de vue opérationnel, cette activité présente plus de contraintes que d'avantages (perte de temps, manque à gagner, etc.)
- Des interventions dans des établissements de soins spécialisés qui peuvent exposer à un autre niveau de complexité (par exemple, la pratique de l'orthoptie auprès de patients non communicants dans un EEAP - Établissements et Services pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (EEAP)).

La discipline est majoritairement décrite comme très riche, intellectuellement et humainement.

La possibilité de travailler dans une logique pluridisciplinaire (apprendre à lire avec un enfant qui voit double en lien avec les orthophonistes, ateliers avec les psychomotriciens dans les Maisons d'Accueil Spécialisées - MAS, etc.) est citée comme une source supplémentaire de satisfaction et d'enrichissement.

Enfin, la variabilité des prises en charges, de par l'âge des patients, les types de pathologies, etc. complète le tableau des facteurs de protections concernant l'exigence du métier.

- **Charge administrative**

Les tâches administratives sont jugées importantes en quantité et sont majoritairement traitées au fil de l'eau. L'organisation du praticien pourra avoir une influence sur le temps de traitement nécessaire, faisant passer le temps administratif moyen quasiment du simple au double (de 80 mn hebdomadaire à 140 mn, hors temps de compte-rendu).

Cette charge est souvent réalisée lors de pauses dans la journée, en fin de journée ou en fin de semaine.

Certains praticiens sont allés jusqu'à exprimer le sentiment de réaliser des tâches à la place des agents de la Sécurité Sociale pour illustrer leur étonnement quant à l'évolution des tâches administratives.

- **Contexte sanitaire actuel**

La situation sanitaire actuelle représente une exigence de plus pour ces métiers de la santé. Les professionnels doivent travailler en permanence avec le masque sur la bouche alors qu'ils parlent à leurs patients toute la journée. Cela représente chez certains une importante fatigue. Ajoutées à cela, les tensions qui peuvent être ressenties face à des patients qui ne portent pas de masque ou des enfants qui touchent tout le matériel pendant les séances et qu'il faudra entièrement désinfecter avant la prochaine consultation.

Les orthoptistes interviewés indiquent que leur charge de travail est significativement impactée par ces situations.

❖ Exigences émotionnelles

Dans leur posture de soignant, les orthoptistes se sentent « *en représentation permanente* », contraints de masquer leurs émotions afin de conserver la bonne posture et une capacité d'écoute.

Certains patients « *sont touchants* », par leur situation, leur parcours. L'orthoptiste doit parvenir à trouver l'équilibre en termes d'empathie dans la relation, tout en se protégeant de la charge émotionnelle que cela engendre. Certains orthoptistes affirment « *prendre des leçons de vie* » au contact de certains patients.

La gestion de cette charge émotionnelle constitue un effort cognitif, plus ou moins coûteux en fonction du contexte, et peut être à l'origine d'une pression et/ou d'une usure psychologique.

Dans le même registre, il y aurait des patients qu'il faudrait « *porter* » plus que d'autres dans la dynamique de prise en charge. Pour que la prise en charge ait une plus grande chance de fonctionner, le praticien doit fournir un surplus d'énergie et d'engagement afin d'entraîner les patients les moins engagés dans la démarche de soin.

« *Pour certains patients, il faut déployer plus d'énergie pour qu'ils bossent* »

« *Quand de mon côté j'étais fatiguée moins tonique, ça avançait moins bien, parce que le patient le ressent* »

Lorsque le planning de l'orthoptiste est complet, il peut apparaître une forme de pression concernant les situations de souffrance.

Cette pression peut provenir directement des patients qui ont parfois tendance à mettre en avant leur souffrance pour obtenir un rendez-vous.

Les médecins également peuvent exprimer des injonctions de prises en charge « *il faut caser cette personne avant que je le vois* ».

Le résultat de cette exposition est la difficulté, exprimée par les orthoptistes, de s'autoriser à s'extraire du flux de l'activité, pour assurer la demande. Le refus peut être émotionnellement et psychologiquement coûteux, plus encore que terminer sa journée à 21h. L'orthoptiste devient alors la variable d'ajustement dans le système de soin.

❖ Rapports sociaux

- **La relation avec le patient est au centre de l'intérêt du métier et constitue une forte source de reconnaissance.**

Les relations avec les patients sont globalement bonnes et permettent d'améliorer l'efficacité des prises en charge.

« *Il paraît que 50% de la guérison c'est la relation avec le patient* ».

« *J'ai un portrait fait par un enfant, une boîte de chocolat, etc.* »

« *Certains patients je les suis depuis des années. Une relation étroite se crée, de confiance* ».

« *Certains me disent que je vais leur manquer. C'est du positif qu'on n'a pas forcément à l'hôpital* ».

- **Un clientélisme qui peut ajouter de la pression sur la profession**

La relation avec les patients a évolué et est influencée par la crainte de la rédaction d'avis négatifs sur Internet, qui ferait une mauvaise publicité au praticien ciblé.

Les patients seraient « *toujours plus exigeants* » concernant la prise de rendez-vous et critiques sur le déroulement d'une séance (ne comprennent pas quand une séance dure moins longtemps que d'habitude et demande au praticien de se justifier)

Parfois, les praticiens peuvent être confrontés à :

- une agressivité latente des patients qui peut jaillir dans des situations de frustrations (par exemple lors d'un refus de rendez-vous, certains patients peuvent devenir intimidants)
- un cynisme qui se traduit non seulement par un manque d'assiduité mais aussi par l'incivisme des réactions à ce sujet « *je m'en fous c'est pas moi qui paye* ».

Note : ces situations d'incivilités existent mais sont minoritaires par rapport à l'intégralité de la patientèle. L'exposition à ces comportements varie d'un secteur à un autre et d'une période à une autre. Dans tous les cas, même s'ils ne sont pas représentatifs quantitativement des relations soignants/soignés, ces comportements restent marquants pour les praticiens.

❖ Relations au travail

Les orthoptistes interviewés expriment souffrir de la comparaison au reste du monde du travail car cela alimente des frustrations, particulièrement lorsque les organismes sont fatigués par les exigences de l'activité.

Ce constat n'est pas nécessairement propre à l'orthoptie et peut être appliqué aux autres métiers affiliés à la Carpimko. L'engagement dans leur métier dont font preuve les orthoptistes peut nourrir des frustrations quand ils se comparent à leur entourage, tant en termes de rémunération que de couverture sociale.

Quand les temps de travail consacrés à certains actes dépassent significativement la nomenclature, le sentiment de travailler pour un revenu tout juste au smic horaire est difficile à accepter.

Les praticiens témoignent également d'un sentiment d'injustice et de manque de reconnaissance trouvant son origine dans :

- la part des patients qui ne réaliseraient pas les efforts consentis par les orthoptistes pour leur offrir une prise en charge de qualité et parfois en urgence. L'impression que leur engagement n'est pas réciproque.

Cette situation peut s'illustrer par des comportements de négligence (des patients qui ne viennent pas aux rendez-vous et qui ne préviennent pas) voire de défiance (agressivité, incivilités évoquées précédemment). Les praticiens interviewés poussent le constat jusqu'à affirmer « *qu'une semaine entière où tout le monde est venu, ça n'arrive jamais* ».

Ce constat peut probablement s'expliquer par le fait qu'une partie de la patientèle ne se trouve pas dans une situation de souffrance immédiate. Pour ces patients, leur consultation avec l'orthoptiste peut représenter un niveau de priorité faible (et donc être « *oubliable* »).

- la méconnaissance du métier, que certains expliquent par les réticences des médecins généralistes à prescrire des bilans. Dans cette configuration, les orthoptistes se trouvent irrémédiablement dans l'ombre des ophtalmologues.

❖ Insécurité socioéconomique

Malgré la charge de travail élevée, il peut y avoir des inquiétudes concernant l'activité.

Dans certains secteurs, il peut y avoir des « *trous d'air* », c'est-à-dire des périodes dans lesquelles les plannings ont plus de mal à se remplir (indépendamment des variations « habituelles » en fonction de la période de l'année). Pour les praticiens ce constat peut alimenter une anxiété de ne pas réussir à payer les charges (matériel, loyer, prévoyance, mutuelle). D'autant plus que les orthoptistes témoignent d'une augmentation des charges et du coût de la vie, sans que leurs revenus ne permettent d'absorber ces évolutions.

Dans la même logique, l'impossibilité de s'arrêter en cas de problèmes personnels ou de santé, apparaît comme une source de stress. Les raisons sont les mêmes : la crainte de ne pas pouvoir subvenir à ses besoins et de ne pas pouvoir s'acquitter de ses charges.

« On n'a pas le droit de s'arrêter. On vient travailler avec 40° de fièvre ».

Concernant les conditions de départ en retraite, c'est la perte en niveau de vie qui inquiète particulièrement les orthoptistes. La perspective de percevoir une retraite à peine plus élevée qu'un salarié qui aura travaillé sensiblement moins d'heures au cours de sa carrière, alimente un sentiment d'injustice.

« Nous la retraite c'est 67 ans, et les pronostics diminuent tous les ans. Et j'aurais 970 € bruts ».

Enfin, les praticiens interviewés les plus expérimentés évoquent également les difficultés qu'ils ont rencontrées lors de leurs premières installations. Ils alertent sur ce point en concédant que ces dernières années, des progrès ont été faits, et qu'il semble y avoir plus d'aide aujourd'hui que par le passé.

❖ Postures pénibles

L'essentiel de l'activité des orthoptistes se réalise en position « **assise** », dans de plus ou moins bonnes conditions en fonction du type solutions d'assises dont ils disposent. Dans certaines situations, le praticien sera debout ou à se mettre au niveau de ses plus jeunes patients (accroupi, à genoux, etc.).

La prise en charge étant active, le praticien est souvent penché en avant, vers son patient. Il peut également arriver qu'il sollicite énormément son buste en rotation/inclinaison, lorsqu'il se place à côté, ou derrière lui et doit interagir physiquement.

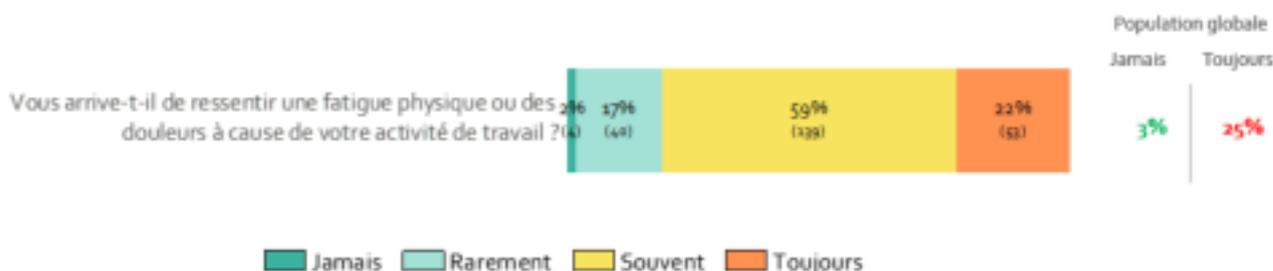
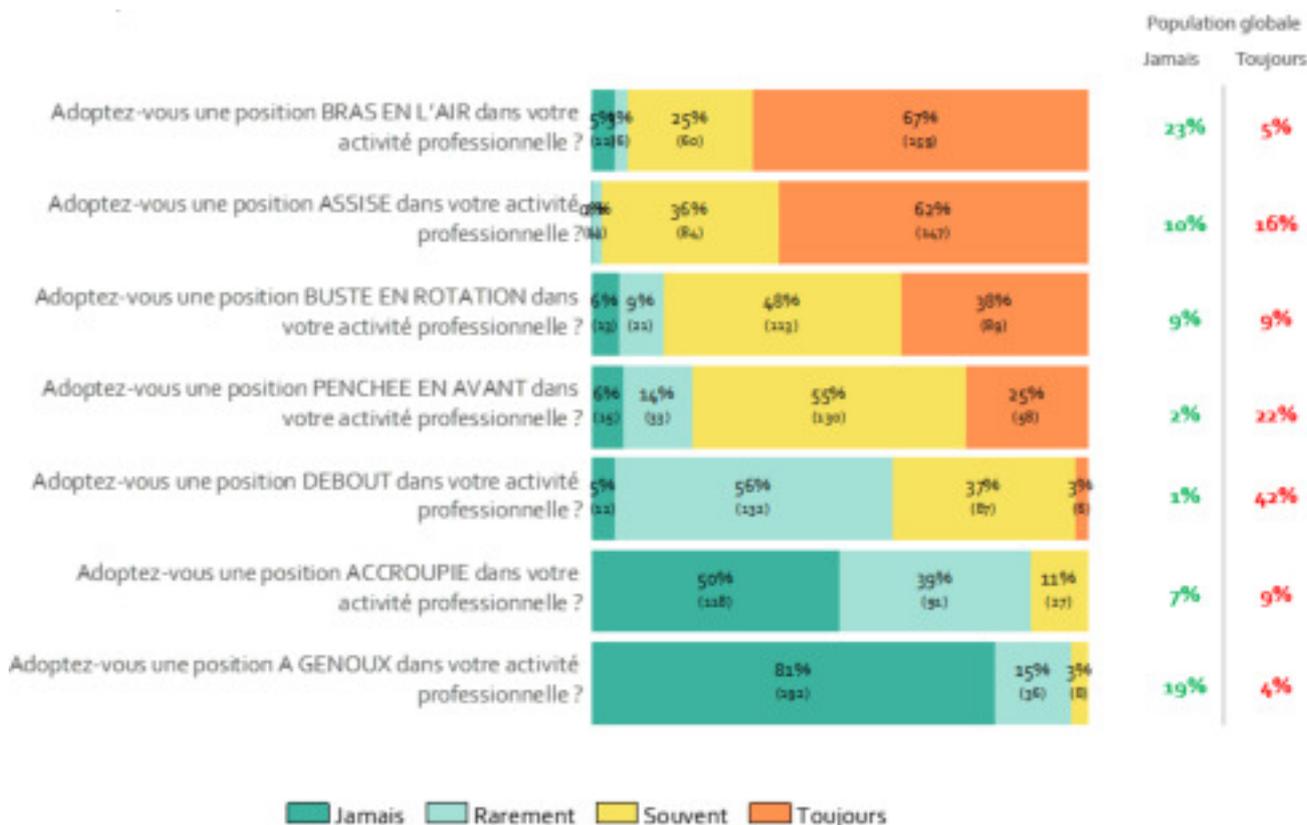
Dans l'ensemble **il s'agit d'une activité à caractère sédentaire, mais il ne faut pas considérer pour autant qu'elle n'entraîne aucune conséquence sur la santé.**

La posture assise n'étant pas naturelle pour les humains, lorsqu'elle est prolongée, tout le corps peut en être affecté.

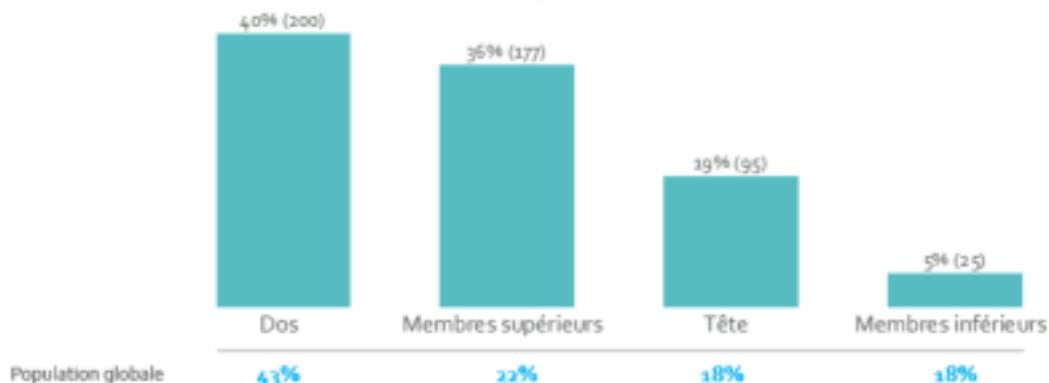
Une autre principale contrainte posturale réside dans **le maintien des bras en suspension** lors des tests et des rééducations. Le maintien de palettes, barres de prismes, etc. à mi-hauteur, voire à hauteur d'épaule fini par sur-solliciter les membres supérieurs et le rachis avec l'enchaînement des consultations. Ce processus d'usure peut être limité soit partiellement (en veillant à alterner le positionnement par rapport au patient afin de répartir l'effort sur chacun des bras à tour de rôle) soit totalement en ayant recours à des solutions techniques de substitution (par exemple le logiciel Binoculus pour remplacer la barre de prisme).

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **236 orthoptistes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **postures pénibles** :

- Les deux postures pénibles qui concernent le plus de répondants sont : **BRAS EN L'AIR** et **ASSISE** avec respectivement 67% (+62 points vs moyenne globale) et 62% (+46 points vs moyenne globale) qui déclarent l'être **toujours** dans le cadre de leur activité professionnelle
- Seulement 2% des répondants déclarent ne **jamais** ressentir de fatigue physique ou de douleur à cause de leur activité de travail – pour les autres, la zone majoritaire concernée est le DOS citée par 85% d'entre eux.



Où se situe l'essentiel de cette fatigue ou de ces douleurs ? (plusieurs réponses possibles)



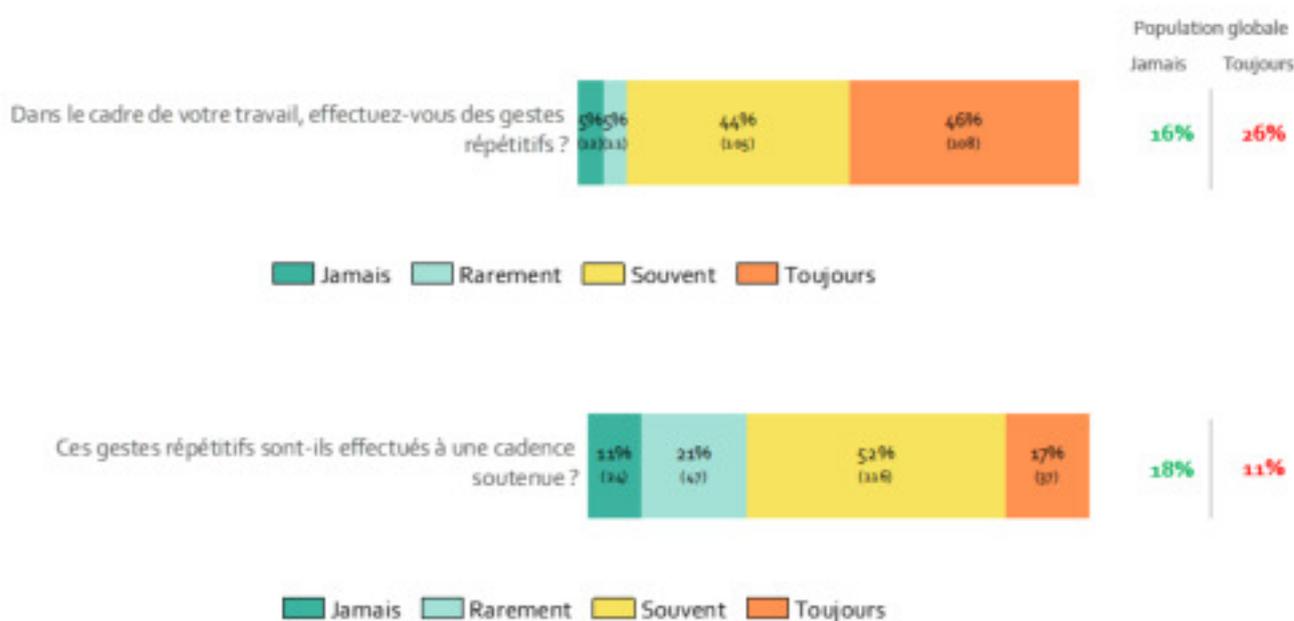
❖ Travail répétitif

Comme nous venons de l'évoquer, lors des différents actes de l'orthoptiste, les membres supérieurs et les vertèbres (notamment cervicales) peuvent être fortement sollicités. Les tensions liées au maintien des membres en suspension sont accompagnées de mouvements cycliques sur différents plans de l'espace (verticalement, horizontalement, d'avant en arrière).

L'utilisation du synoptophore engendre également des mouvements de rotation au niveau poignet/main en plus de la crispation des doigts sur la commande de réglages.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **236 orthoptistes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives au **travail répétitif** :

- 95% des répondants disent effectuer des gestes répétitifs (+11 points vs moyenne globale) et parmi eux 69% estiment que ces gestes sont souvent voire toujours effectués à une cadence soutenue (+18 points vs moyenne globale)



❖ Manutentions manuelles

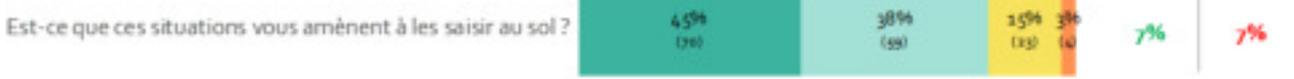
Nous n'avons pas relevé de situation d'exposition chronique à la manutention manuelle. Les situations de manipulation d'outils de travail (matériel, fourniture, etc.) n'apparaissent pas assez significatives pour être considérées dans cette approche pénibilité.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **236 orthoptistes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **manutentions manuelles** :

- Seulement **6% des répondants** déclarent être amené dans leur journée de travail à **toujours LEVER/PORTER** des patients ou des charges de 1 à 5 kg (-33 points vs moyenne globale) et **14% souvent** (-21 points vs moyenne globale)
- 89% des répondants** (+46 points vs moyenne globale) déclarent **ne jamais avoir recours à des aides mécaniques** pour les tâches exigeantes



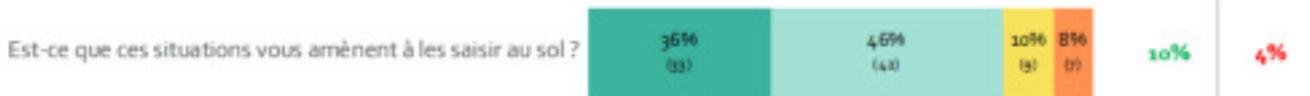
Jamais Rarement Souvent Toujours



Jamais Rarement Souvent Toujours



Jamais Rarement Souvent Toujours



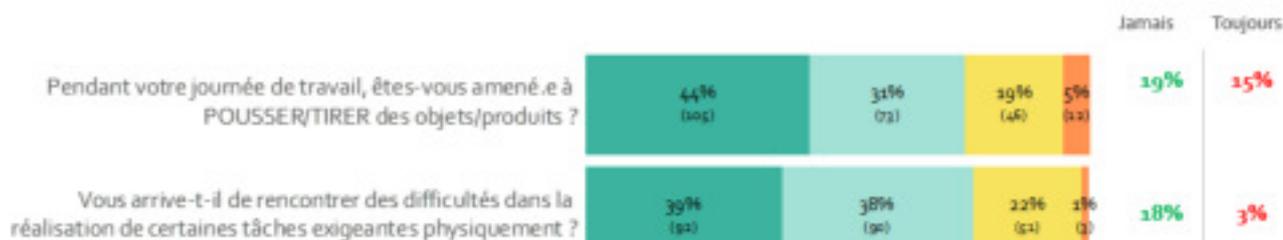
Jamais Rarement Souvent Toujours



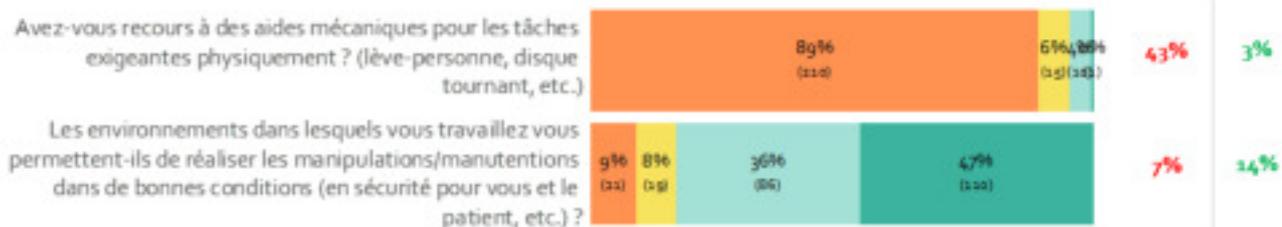
Jamais Rarement Souvent Toujours



Jamais Rarement Souvent Toujours



Jamais Rarement Souvent Toujours



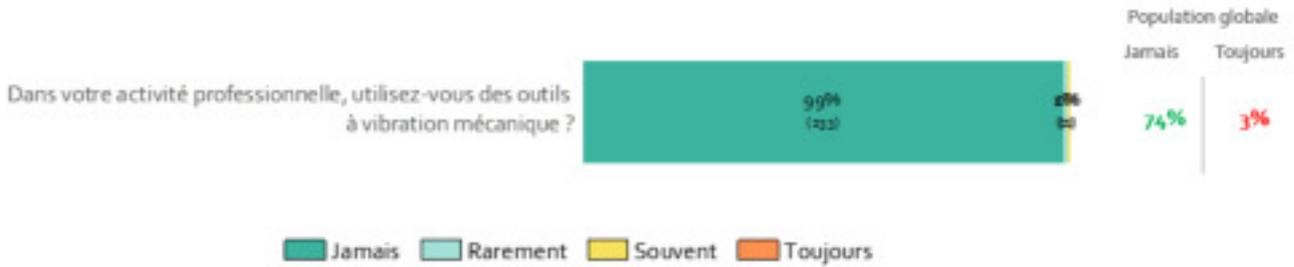
Jamais Rarement Souvent Toujours

❖ Vibrations mécaniques

L'exposition des orthoptistes aux vibrations mécaniques n'est, selon nous, pas assez significative pour être considérée dans cette approche « pénibilité ».

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **236 orthoptistes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **vibrations mécaniques** :

- 99% des répondants (+25 points vs moyenne globale) déclarent ne **jamais** utiliser des outils à vibration mécanique



❖ Agents chimiques dangereux

Possibilité d'utilisation de produits antiseptiques, de désinfectants et détergents. Cette exposition ne semble n'est pas assez significative pour être considérée dans cette approche « pénibilité ».

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **236 orthoptistes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **agents chimiques dangereux** :

- 67% des répondants (+24 points vs moyenne globale) déclarent ne **jamais** utiliser de produits chimiques dangereux

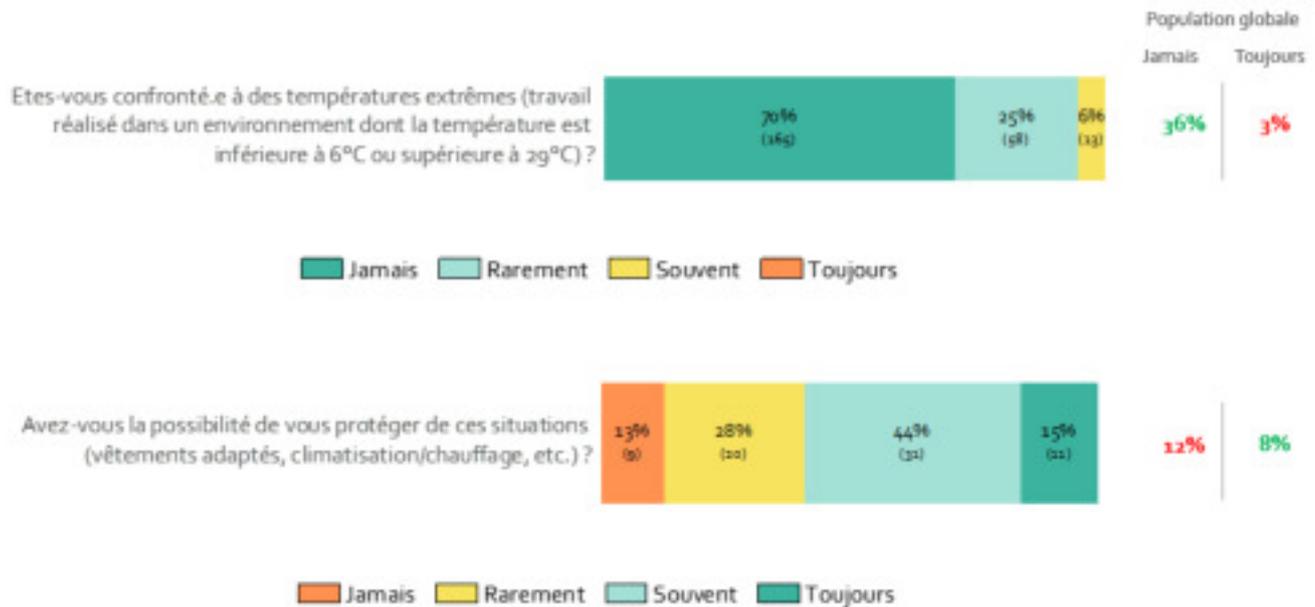


❖ Températures extrêmes

L'exposition des orthoptistes aux températures extrêmes n'est, selon nous, pas assez significative pour être considérée dans cette approche « pénibilité ».

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **236 orthoptistes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **températures extrêmes** :

- 70% des répondants (+34 points vs moyenne globale) disent ne **jamais** être confronté à des températures extrêmes

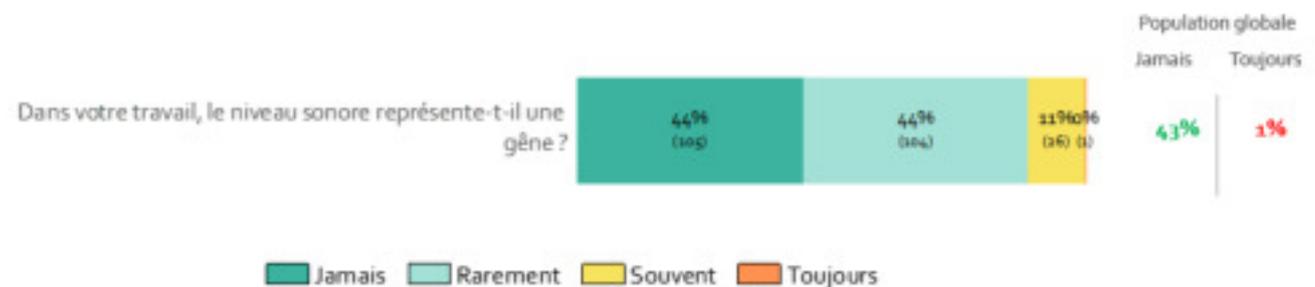


❖ Bruit

L'exposition des orthoptistes aux nuisances sonores ne semble pas assez significative pour être considérée dans cette approche pénibilité. Il s'agit plus souvent de l'ordre de la gêne (co-activité, mauvaise insonorisation, etc.) que de la « pénibilité ».

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **236 orthoptistes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives au **bruit** :

- 88% des répondants disent ne jamais être gêné ou rarement par le niveau sonore

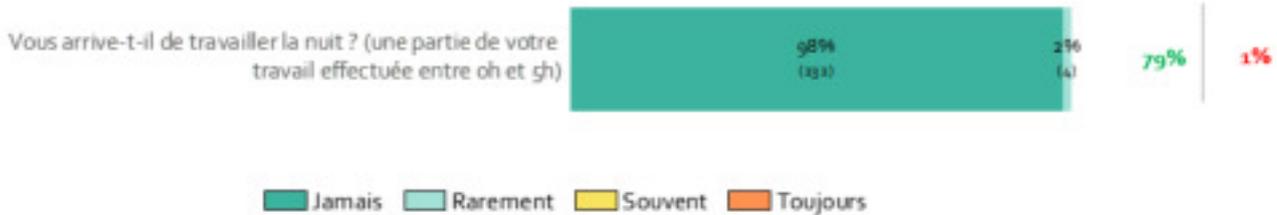


❖ Travail de nuit

L'exposition des orthoptistes au travail de nuit ne semble pas assez significative pour être considérée dans cette approche « pénibilité ».

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **236 orthoptistes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives au **travail de nuit** :

- 98% des répondants (+19 points vs moyenne globale) déclarent ne **jamais** travailler de nuit

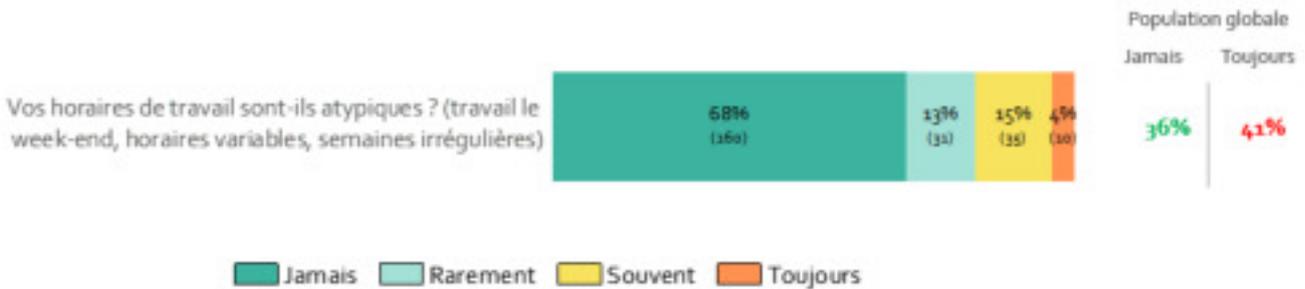


❖ Travail en équipe alternante

L'exposition des orthoptistes au travail en équipe alternante ne semble pas assez significative pour être considérée dans cette approche « pénibilité ».

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **236 orthoptistes** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives au **travail en équipe alternante** :

- 68% des répondants (+32 points vs moyenne globale) déclarent ne **jamais** avoir des horaires de travail atypiques



10. PEDICURES-PODOLOGUES : RESULTATS

10.1. Le métier

Le pédicure-podologue est un professionnel de santé à part entière spécialisé dans **l'étude et le traitement des affections du pied**. Il tient compte dans sa pratique des interactions avec le reste du corps.

Le pédicure soigne **toutes les affections de la peau et des ongles du pied**.

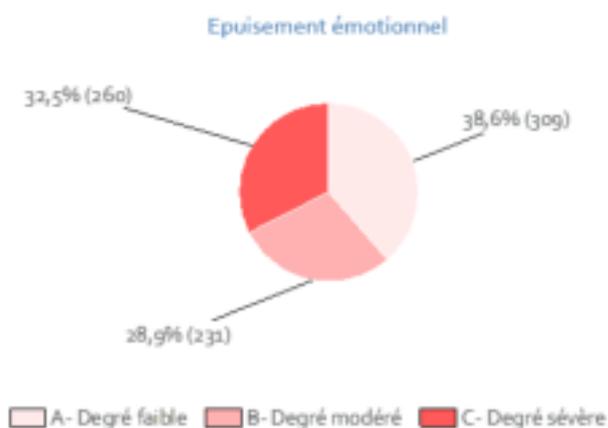
Chaque consultation commence par un examen clinique. Le pédicure pose ensuite un diagnostic avant d'entreprendre un **traitement thérapeutique**. Après l'aspect soins, vient en prolongement la podologie si besoin est.

Le podologue **fabrique des semelles orthopédiques**, appelées orthèses plantaires, pour compenser les malformations des pieds, pallier des problèmes vasculaires dans les jambes ou des pathologies du genou et du dos. Ces orthèses sont conçues à l'aide d'un podographe ou d'un scanner parfois via un logiciel informatique si le podologue en est équipé. Elles sont ensuite fabriquées en atelier.

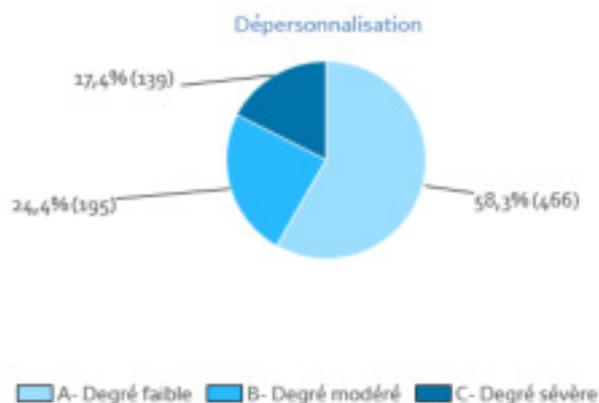
Cette profession requiert une grande habileté manuelle : il faut avoir des gestes précis, une grande sûreté des mains et beaucoup de minutie. Un bon contact humain et le sens de l'écoute sont également nécessaires.

10.2. Indicateurs d'épuisement professionnel

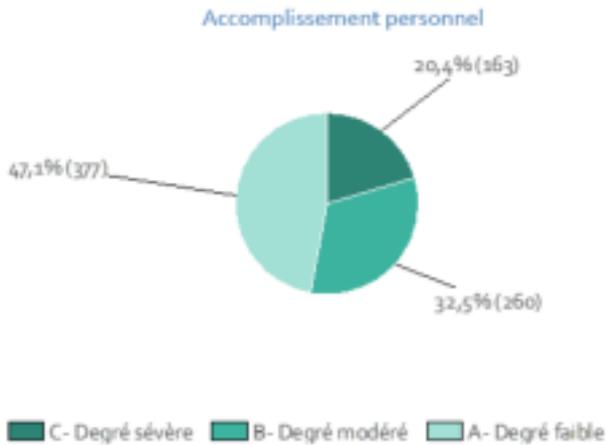
Parmi les 800 pédicures-podologues ayant rempli le questionnaire :



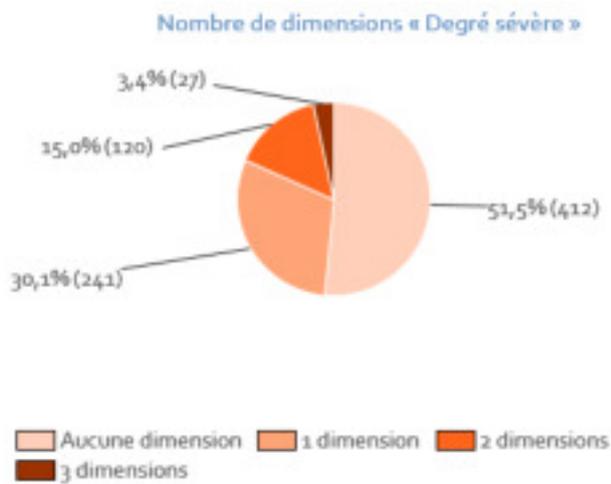
→ **61,4% présentent un certain niveau d'épuisement** et 32,5% de manière sévère soit un taux inférieur de 8 points par rapport à la moyenne de 40,5%



→ **41,7% présentent des manifestations de dépersonnalisation / déshumanisation** soit un taux inférieur de près de 3 points par rapport à la moyenne de 44,4%

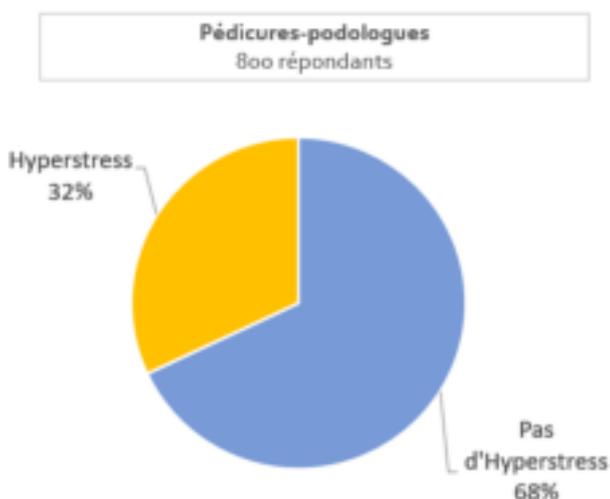


- **52,9%** ressentent une réduction de l'efficacité et de la réalisation de soi soit un taux comparable à la moyenne de 53,4%
- et 20,4% à un niveau sévère soit un taux comparable à la moyenne de 20%



- **48,5%** de la population présentent des manifestations de burn-out soit un taux inférieur de 5 points par rapport à la moyenne de 53,5%
- 18,4% d'entre eux ont sans doute un état de burn-out pathologique et **3,4% un burn-out très sévère** soit 27 personnes

10.3. Indicateurs de stress



Parmi les 800 pédicures-podologues ayant rempli le questionnaire :

- 256 personnes présentent un niveau d'Hyperstress soit **32% des répondants**
- cette proportion est **significativement inférieure à la moyenne** de 38% sur l'ensemble des affiliés

Ce niveau d'Hyperstress est tel qu'il représente un niveau de risque pour la santé de la personne.

En population globale :
Parmi les 12 671 affiliés ayant répondu au questionnaire, le taux d'Hyperstress est de **38%**

Examinons les sous-populations **les plus et les moins exposées en termes d'Hyperstress**

→ 4 critères socio-professionnels permettent de mettre en évidence des différences significatives en termes d'Hyperstress : **le genre, l'âge, l'ancienneté et le temps de trajet professionnel / jour.**

Les sous-populations les plus exposées

Quand on regarde critère par critère, voici les modalités qui ressortent comme **plus exposées** en termes d'Hyperstress :

- **Femme**
- **Ayant entre 2 et 3 h de trajet professionnel / jour**

Critère	Modalité	Répondants	Ecart significativité	Taux d'Hyperstress
Temps de trajet professionnel / jour	Entre 2 et 3 heures	48	***	50,0%
Genre	Une Femme	582	**	34,5%

Les sous-populations les moins exposées

Quand on regarde critère par critère, voici les modalités qui ressortent comme **moins exposées** en termes d'Hyperstress :

- **Homme**
- **Agés de 60 ans et plus**
- **Ayant moins de 2 ans d'ancienneté dans la profession**
- **Ayant entre 30 et 60 mn de trajet professionnel / jour**

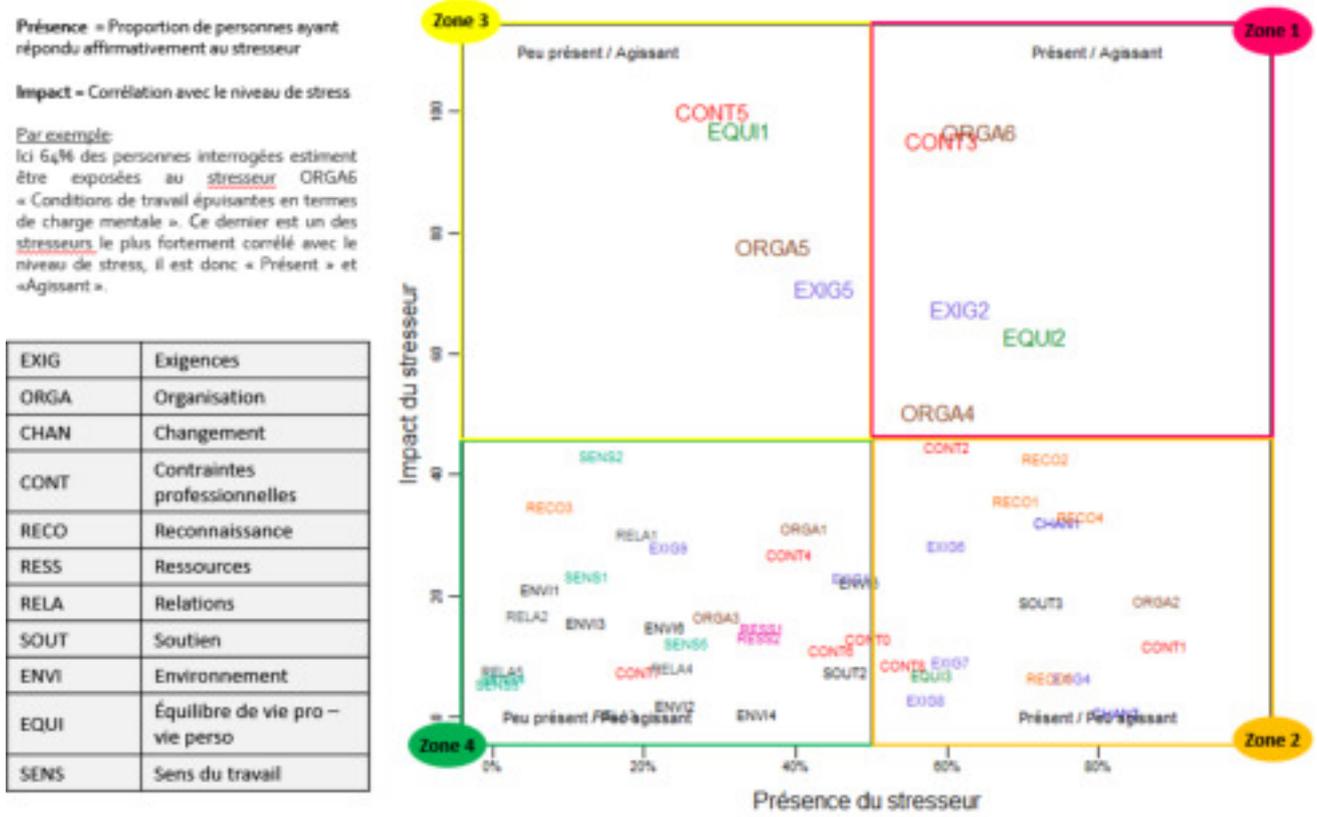
Critère	Modalité	Répondants	Ecart significativité	Taux d'Hyperstress
Age	60 ans et plus	63	***	17,5%
Genre	Un Homme	218	**	26,6%
Temps de trajet professionnel / jour	Entre 30 et 60 minutes	240	*	27,5%
Ancienneté	Moins de 2 ans	44	*	20,5%

10.4. Analyses des causes de risques psychosociaux

Une analyse statistique nous permet de mettre en évidence les facteurs de risques psychosociaux en fonction :

- de leur présence
- de l'impact sur le niveau d'Hyperstress

La cartographie ci-dessous présente les facteurs de risques pour la population des 6 272 infirmiers ayant participé au questionnaire :



En zone 1, nous retrouvons les facteurs cités par plus de 50% des répondants et ayant un fort impact sur le niveau d'Hyperstress :

- Pas soutenu(e) moralement dans mon métier (SOUT3) : 72%
- A mon domicile, je pense encore à mon travail (EQUI2) : 72%
- Conditions de travail épuisantes en termes de charge mentale (ORGA6) : 64%
- Manque de temps pour tout le travail à faire (EXIG2) : 62%
- Inquiet.e pour ma santé physique (CONT3) : 59%
- Horaires de travail contraignants (ORGA4) : 59%

En zone 3, nous retrouvons les facteurs cités par moins de 50% des répondants mais ayant un fort impact sur le niveau d'Hyperstress :

- Travail dans l'urgence la plupart du temps (EXIG5) : 44%
- Conditions de travail déstabilisantes sur le plan émotionnel (ORGA5) : 37%
- N'arrive pas à concilier vie professionnelle et vie personnelle (EQUI1) : 33%
- Inquiet.e pour ma santé mentale (CONT5) : 29%
- Cadre de travail non agréable (ENVI1) : 6%

En **zone 2**, nous retrouvons **les facteurs cités par plus de 50% des répondants** mais ayant **un faible impact sur le niveau d'Hyperstress** :

- Procédures rigides à respecter (CONT1) : 89%
- Travail 10 heures ou plus par jour (ORGA2) : 88%
- Mon métier nécessite de s'adapter sans cesse (CHAN2) : 82%
- Régulièrement inquiet.e concernant mes revenus (RECO4) : 78%
- Erreurs pouvant avoir des conséquences graves (EXIG3) : 77%
- Longues périodes de concentration intense (EXIG4) : 77%
- Impossible de prévoir mon travail dans deux ans (CHAN1) : 75%
- Métier non reconnu par les autorités publiques (RECO5) : 74%
- Rémunération en incohérence avec mon travail (RECO2) : 73%
- Pas de visibilité sur mes possibilités d'évolution de carrière (RECO1) : 69%
- Contacts avec les organismes de recouvrement insatisfaisants (EXIG7) : 61%
- Efforts ou des tâches physiquement pénibles (CONT2) : 60%
- Temps important consacré aux tâches administratives (EXIG6) : 60%
- Sollicité.e par mes patients en dehors de mes horaires de travail (EQUI3) : 58%
- Contacts avec les régimes obligatoires et complémentaires insatisfaisants (EXIG8) : 57%
- Confronté.e au manque d'hygiène des patients (CONT8) : 54%
- Procédures surveillées à respecter (CONT0) : 50%

10.5. Facteurs de pénibilité

Ce chapitre présente les constats issus de l'analyse du recueil qualitatif (à travers les 7 entretiens individuels et les deux demi-journées d'observations) complétés par les résultats au questionnaire.

❖ Exigences de l'activité

• Les rythmes de travail

La charge de travail est importante et se traduit par des journées de travail avec une amplitude importante (la plus répandue semble être de 8h30/9h à 19h30/20h00), avec ou sans pause en fonction des praticiens.

Une consultation dure en moyenne entre 20 et 45 mn en fonction de la nature de la prise en charge (remise de semelles, examen clinique, bilans podologiques ou soins) avec un temps supplémentaire plus ou moins significatif pour le traitement administratif et l'habillage/déshabillage (par exemple en cas de bas de contention).

Les visites à domicile engendrent, en plus des contraintes physiques (transport de matériel, installation non adaptée, etc.), des contraintes organisationnelles (perte de temps, manque à gagner, etc.) qui ont un impact sur les rythmes de travail (travail le weekend, visite à des heures tardives, etc.).

• Des prises en charge variables en termes de complexité

Le métier nécessite une triple compétence (soins et stérilisation, examen clinique, assemblage ou confection d'orthèses), qui n'ont pas les mêmes contraintes et ne présentent pas le même intérêt aux yeux des praticiens.

Au-delà de ce constat, le métier s'est étoffé au fil des années avec des disciplines qui se développent et / ou évoluent (posturologie, podologie du sport, chaîne musculaire, nouvelle technique : préférence motrice, ostéopathie des membres inférieurs ...).

Malgré cette évolution des pratiques, les pédicures-podologues (*notés PP ci-après*) interviewés expriment le sentiment que les praticiens se forment peu après leur diplôme, certains avancent même le taux de 15% à 20% de professionnels qui se forment suffisamment au regard de la complexité des prises en charge.

Il semblerait que dans la pratique, la notion de complexité de certains actes ne désigne pas uniquement les connaissances techniques mobilisées mais également les contraintes spécifiques liées à la prise en charge. Par exemple, le soin diabétique nécessite un plateau technique équipé d'un autoclave avec cycle Prion comme à l'hôpital ou chez les dentistes). Ces prises en charge sont jugées « *compliquées* » et nécessiteraient des soins qui dépasseraient parfois l'heure de travail.

Certains PP expriment l'hypothèse qu'en fonction du secteur d'implantation, et donc du type de patientèle, les niveaux de complexité de prises en charge diffèrent (rural vs urbain). Il peut donc être difficile d'avoir une évaluation précise de l'exigence du travail (en termes de complexité et d'intensité) sans en maîtriser toutes les variabilités.

- **Un niveau « d'auto-exigence » qui a un impact sur les conditions de travail**

Certains praticiens expriment le besoin de maîtriser les situations de travail, et de fournir la meilleure prise en charge possible. Dans cette optique, ils auront une moyenne de 10 consultations par jour et plafonneront à 12 (contre une quinzaine pour leur confrères).

Les journées planifiées avec un trop grand nombre de rendez-vous seraient génératrices d'une anxiété plusieurs jours avant leur déroulement car elles ne permettraient pas d'accorder suffisamment de temps aux actes de soins.

- **Une charge mentale issue du fonctionnement en « multitâche »**

Les cabinets qui ont un volume d'activité important peuvent « *plus facilement* » recourir à un secrétariat et/ou un comptable. Ces mesures visent à éviter la surcharge de travail issue des tâches administratives.

Pour les autres, il faut composer avec la gestion du téléphone (rappeler les patients), la comptabilité, la rédaction des comptes rendus, la gestion des stocks/des commandes, etc.

Les PP interviewés expriment une charge administrative de plus en plus importante, épuisante, associée à la crainte de commettre des erreurs à cause de la surcharge de travail ou du manque de maîtrise des sujets administratifs (comptabilité, foncier, etc.).

De manière générale, les tâches administratives sont réalisées sur les temps de pauses et/ou lors des rendez-vous qui ne sont pas honorés par les patients.

- **L'impact du contexte sanitaire actuel**

La situation sanitaire actuelle représente une exigence de plus pour ces métiers de la santé. Les professionnels doivent travailler toute la journée avec le masque sur la bouche. Cela représente chez certains une importante fatigue. Ajoutées à cela, les exigences en termes d'hygiène (désinfection de l'ensemble du matériel, aération de la salle de consultation, de la salle d'attente...) qui peuvent engendrer des retards au niveau des consultations et être source de stress pour les PP.

« J'ai obligation de laisser 15 mn pour aérer mon local. »

- ❖ **Exigences émotionnelles**

- **L'effet « divan » augmente la charge mentale**

Les PP constatent unanimement que pèse sur eux une injonction « *d'écoute bienveillante* ». Pendant la durée de la consultation, les patients parlent, racontent leur vie, « *parfois c'est joyeux, parfois ça l'est moins* ». En conséquence, l'importance de la bonne santé psychologique du soignant apparaît indispensable.

Ajouté à ce principe du « soignant-écoutant », propre à beaucoup de métiers du soin, certains PP utilisent l'image du « *thérapeute et de son divan* » pour expliquer, avec le sourire, le besoin des patients de se confier lors d'un soin.

C'est cette composante humaine, riche mais coûteuse en ressources mentales/morales qui constitue le caractère épuisant du métier. « *On ne peut pas dire à nos patients qu'on est fatigué, qu'on en a marre* » ou « *On ne peut pas faire taire un patient qui déborde* ».

La capacité à cadrer la relation, sans porter atteinte à ses valeurs personnelles (c'est-à-dire sans être désagréable, antipathique voire maltraitant psychologiquement) n'est pas facile à acquérir. Lorsqu'il s'agit par

exemple de personnes âgées, isolées et en forte demande de soutien, certains praticiens déplorent l'absence de préparation à la dimension psychologique à l'époque où ils étaient en apprentissage. Pour eux, l'exposition à cette charge émotionnelle, parfois importante, peut être déstabilisante. Ils témoignent en évoquant « *tout se prendre de face* ».

En substance, les PP interviewés ressentent plus de lassitude dans le domaine psychologique que dans le domaine physique.

Quand ils le jugent nécessaire, ils orientent vers d'autres types de prises en charge, psychologue, sophrologue, etc.

❖ **Autonomie, latitude décisionnelle**

La latitude offerte par l'activité en libérale permet globalement au PP interviewés de façonner la pratique du métier à leur image. Ce facteur de protection se traduit par des marges de manœuvre dans :

- l'organisation de son activité de travail (en prenant en compte les contraintes de la vie personnelle, etc.)
- la prise en charge au regard de sa vision du métier : lorsque certaines consultations simples ne durent que 20 minutes (pour une remise de semelle par exemple), certains PP ne comptent qu'une demi-consultation.

❖ **Rapports sociaux**

Les relations avec les patients semblent bonnes. La composante humaine est forte dans l'exercice de ce métier. Le soignant touche ses patients, leur apporte un soin, un soulagement.

« On est dans l'écoute. Ce métier est intéressant, enrichissant, aussi parce qu'il permet certaines rencontres, certains échanges divers sur tous les sujets de la vie ».

« Ils savent qu'ils ont une écoute pendant le soin. Il faut savoir mettre de la distance et ce n'est pas évident ».

Malgré le bilan globalement positif, nous pouvons évoquer deux constats :

- En fonction du secteur d'implantation, les relations peuvent être plus ou moins teintées d'incivilités. Ce qui peut se traduire par des intrusions dans le cabinet de consultation, des oublis fréquents de rendez-vous, ou des patients qui ont besoin de plus d'assistance, même pour des tâches banales (par exemple, « *des patients qui appellent pour demander s'ils peuvent mettre une pommade* »).
- Il y a une augmentation de la tension relationnelle entre les soignants et les soignés. La qualité du lien semble se dégrader peu à peu, d'après certains PP, c'est un constat sociétal qui n'est pas propre à leur métier. « *Les gens sont très exigeants* » et peuvent donc faire preuve de moins de patience, de bienveillance, etc.
- Le développement du « clientélisme » a également des conséquences sur la relation « soignant/soigné » mais également sur la pression ressentie par le praticien. Les notations/avis sur Internet constituent une nouvelle forme de facteur de stress pour les métiers du soin.

« Il faut plaire au patient si on veut survivre. »

« Il ne faut pas prendre trop de retard, sinon on a des avis négatifs sur Internet, etc. »

Quand les patients ont des comportements inappropriés, la plupart du temps les PP les orientent vers un autre professionnel.

❖ Relations au travail

• Un sentiment de manque de considération d'un métier qu'ils aiment

Les PP déplorent que la richesse et la complexité de leur métier soient encore méconnues. Ils se l'expliquent par le fait que le travail « autour du pied », n'est pas quelque chose qui est très valorisé dans la société. Certaines prises en charge peuvent rebuter « *monsieur tout le monde* », par exemple dans le cas de patients qui ne se sont jamais fait soigner : « *dernièrement j'ai traité une personne avait sous les ongles des asticots* ».

Le manque de considération se traduit également par une faible prise en charge de la sécurité sociale, en particulier lorsque le soin est contraignant et complexe (par exemple, le soin diabétique). Ce constat peut conforter l'idée fautive mais répandue que les PP ne réalisent que des consultations/soins de complaisance.

« *Nous traitons de vraies pathologies, de vraies situations de douleurs, parfois chroniques* »

« *Avec les personnes qui ont une CMU/AME, c'est parfois compliqué d'expliquer que les soins annexes sont payants* ».

Cette perception du métier pourrait même être opposée aux PP eux-mêmes. Il semblerait que de nombreux praticiens délaisseraient la pédicurie car ce ne serait « *pas assez gratifiant* ».

A un autre niveau, ils ont exprimé également une forme d'incompréhension et un sentiment de manque de soutien de la part de leur conseil de l'ordre. Certains PP s'étonnent des « *rumeurs* » concernant le risque de traduction en chambre disciplinaire pour les praticiens qui n'auraient pas suivi la recommandation de fermeture lors du premier confinement.

Le rapport au conseil de l'ordre a été teinté par ces événements même si aucun fait concret a pu être avancé pour le justifier.

« *On a un conseil de l'Ordre depuis quelques années. Ça ressemble plus à de la répression qu'à de l'aide ou du soutien.* »

❖ Insécurité socioéconomique

• Un sentiment d'insécurité a été évoqué et trouverait son origine dans :

- L'inquiétude concernant l'augmentation des charges (a été citée la nouvelle cotisation santé depuis 2016 liée à l'absence de feuille de soin).
- Une balance « efforts – récompenses » qui n'apporte pas une sécurité économique et ne pousse pas forcément à augmenter son activité

« *Si je dépasse un peu mon CA, le montant des charges augmente et le bénéfice n'en vaut pas le coup. On calcule vraiment le seuil à ne pas dépasser. Si on dépasse les plafonds les charges augmentent. Le jeu n'en vaut plus du tout la chandelle* ».

- Un métier qui nécessite des aménagements spécifiques

L'aménagement d'un atelier en plus de la salle de soins et les outils de travail coûteux (un budget de 50 K€ évoqué pour la création de son cabinet) qu'il faut ensuite entretenir, constituent un investissement important. Cette exigence sur l'environnement technique s'ajoute à la pression globale ressentie concernant les charges à financer (loyer, couvertures santé, assurance, prêt, etc.) et donc sur la continuité de l'activité.

- **Un contexte sanitaire qui rappelle la fragilité de la couverture sociale des libéraux**

Comme pour les autres libéraux, les PP affirment venir au travail avec des douleurs (lombalgie, tendinite, etc.) et des signes de fatigue.

La crainte d'être diagnostiqué positif au COVID est également présente, autant pour l'impact en termes de santé qu'au niveau des conséquences que cela pourrait avoir sur l'activité et sur la sécurité financière.

- **Une inquiétude sur les conditions d'activités et de départ en retraite**

Certains PP s'inquiètent de leur santé quand ils évoquent les douleurs ressenties aujourd'hui, alors qu'ils leur restent plusieurs années d'exercice.

« Je vais encore réduire mon taux d'activité. Pour être en capacité d'avoir toujours une bonne qualité de soin et me préserver moi ».

L'inquiétude porte également sur la chute de revenus après le départ en retraite.

❖ **Manutentions manuelles**

Les PP sont exposés à des situations de manutention de leurs outils de travail (déplacements / transports de matériels, fournitures, etc.).

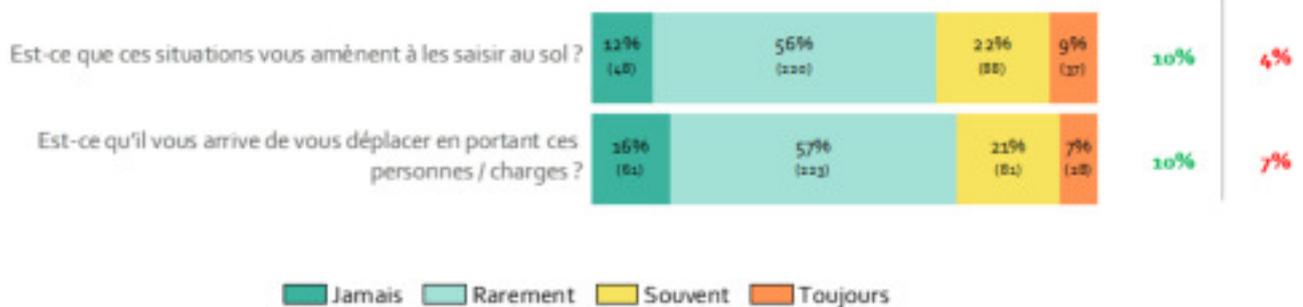
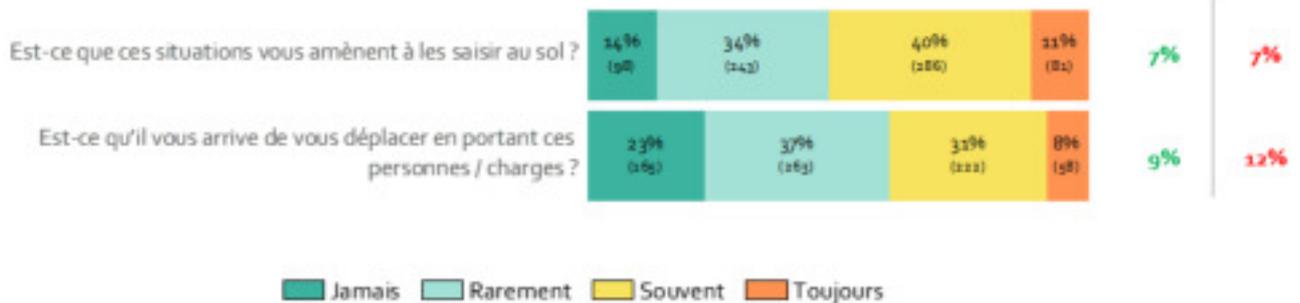
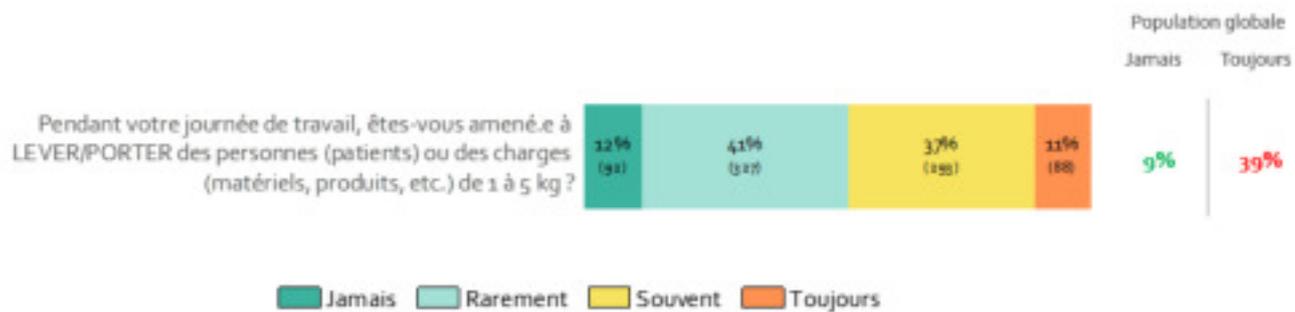
Lors des soins, une force peut également être exercée avec les mains pour mobiliser, pincer, soutenir, porter ou positionner un membre inférieur dans la position adéquate.

Par exemple, lorsqu'il y a une atrophie, que le pied est tourné et que le PP doit compenser tout au long du soin. Ces mobilisations peuvent constituer un effort lorsque la corpulence du patient est conséquente.

Concernant le port de charges, lors des visites à domicile, le matériel transporté peut être significativement différent en fonction des exigences du praticien. Certains se déplacent avec une chaise pliante, d'autres avec des micro moteurs/dispositifs d'aspiration pour réduire le risque d'inhalation de particules, etc. Le poids du matériel transporté peut varier de 1 à plus de 3 kg d'après nos observations.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **800 pédicures-podologues** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **manutentions manuelles** :

- Seulement **11% des répondants** déclarent être amené dans leur journée de travail à **toujours LEVER/PORTER** des patients ou des charges de 1 à 5 kg (-28 points vs moyenne globale) et **37% souvent**
- **82% des répondants** (+39 points vs moyenne globale) déclarent **ne jamais avoir recours à des aides mécaniques** pour les tâches exigeantes



Population globale
Jamais Toujours

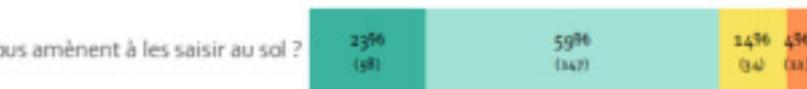
Pendant votre journée de travail, êtes-vous amené.e à LEVER/PORTER des personnes (patients) ou des charges (matériels, produits, etc.) de plus de 15 kg ?



28% 13%

Jamais Rarement Souvent Toujours

Est-ce que ces situations vous amènent à les saisir au sol ?



16% 3%

Est-ce qu'il vous arrive de vous déplacer en portant ces personnes / charges ?



14% 8%

Jamais Rarement Souvent Toujours

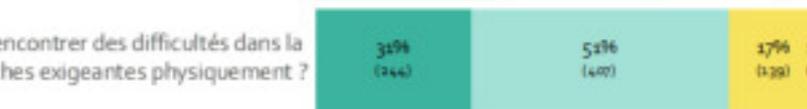
Pendant votre journée de travail, êtes-vous amené.e à POUSSER/TIRER des objets/produits ?



Jamais Toujours

19% 15%

Vous arrive-t-il de rencontrer des difficultés dans la réalisation de certaines tâches exigeantes physiquement ?



18% 3%

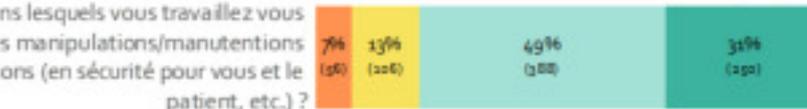
Jamais Rarement Souvent Toujours

Avez-vous recours à des aides mécaniques pour les tâches exigeantes physiquement ? (lève-personne, disque tournant, etc.)



43% 3%

Les environnements dans lesquels vous travaillez vous permettent-ils de réaliser les manipulations/manutentions dans de bonnes conditions (en sécurité pour vous et le patient, etc.) ?



7% 14%

Jamais Rarement Souvent Toujours

❖ Travail répétitif

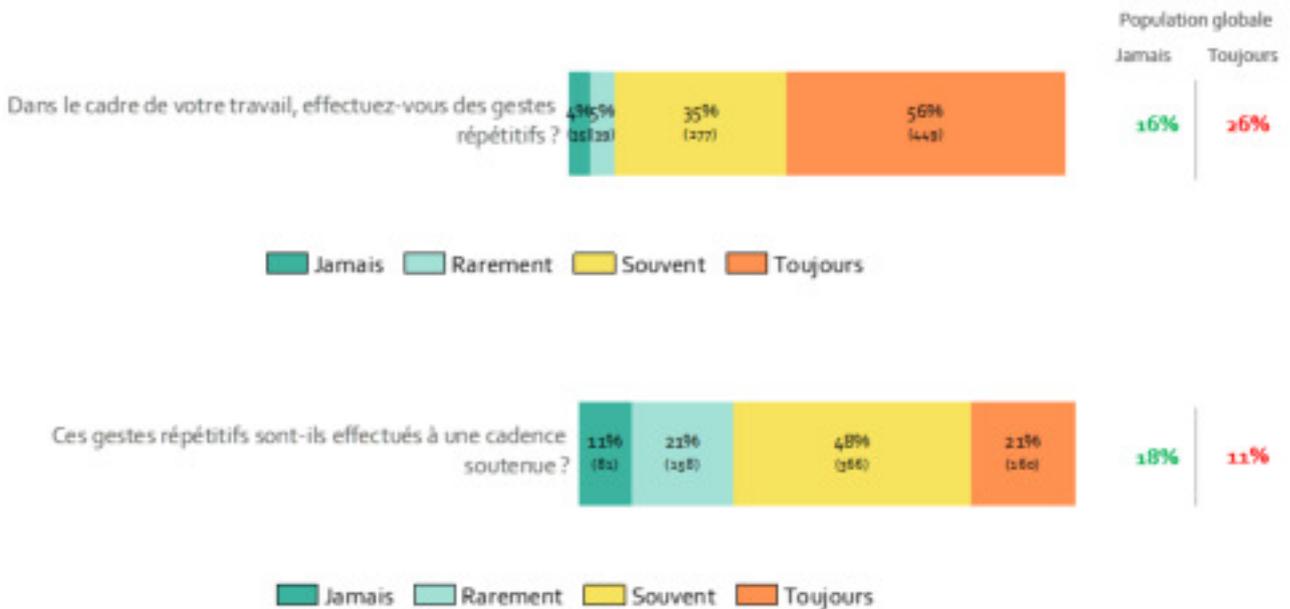
Les soins réalisés par les PP peuvent nécessiter la réalisation de gestes répétitifs à une cadence soutenue. Ces mouvements sont souvent couplés à l'utilisation d'un outil de travail (pince, bistouri, fraise, etc.), ce qui augmente les contraintes au niveau des mains/poignets. La préhension de l'outil conduit à une crispation plus ou moins importante en fonction des besoins liés au soin.

La confection des semelles dans les ateliers est également sujette aux gestes répétitifs (découpe, collage et ponçage des matières) et va solliciter les mêmes régions articulaires (les membres supérieurs).

L'exposition à ces situations est variable (certains PP ne font plus de pédicurie par exemple, d'autres n'en utilisent que très peu leur atelier, etc.) mais ces activités sont susceptibles d'augmenter le risque d'apparition de TMS, en particulier pour le dos et les membres supérieurs.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **800 pédicures-podologues** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives au **travail répétitif** :

- 96% des répondants disent effectuer des gestes répétitifs (+12 points vs moyenne globale) et parmi eux 69% estiment que ces gestes sont souvent voire toujours effectués à une cadence soutenue (+18 points vs moyenne globale)



❖ Postures pénibles

La polyvalence des PP engendre plusieurs types de contraintes posturales :

- Sur le champ de la pédicurie, les différents soins impliquent un travail assis, plus ou moins penché en avant en fonction de la morphologie du soignant et de la qualité de l'aménagement de l'espace de travail. Les solutions d'assises vont jouer un rôle dans le positionnement du soignant et limiteront ou favoriseront l'enroulement du rachis vers l'avant pour être proche de sa zone de travail :
 - o La nature de son assise (plate, en selle, en cavalier) modifiera sa position globale,
 - o L'adaptabilité du fauteuil du patient (amplitude de réglage en hauteur et en inclinaison) permettra de limiter les contraintes.

- Sur le champ de la podologie, le praticien peut se trouver confronter aux mêmes contraintes posturales qu'en pédicurie, mais d'après nos observations, il semble qu'il soit plus souvent :
 - o Accroupi pour les différents actes (podoscope / empreinte / numérisation, analyse de la marche, etc.)
 - o Debout devant une table d'examen, penché en avant pour manipuler les membres inférieurs de ses patients ou lors de la confection des semelles au sein de l'atelier.

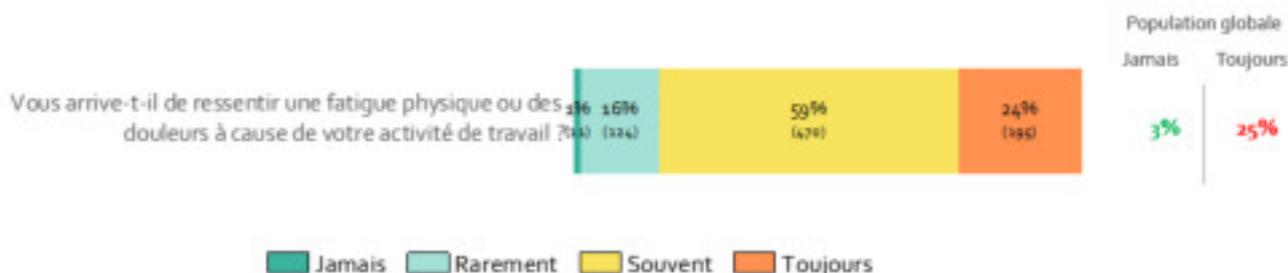
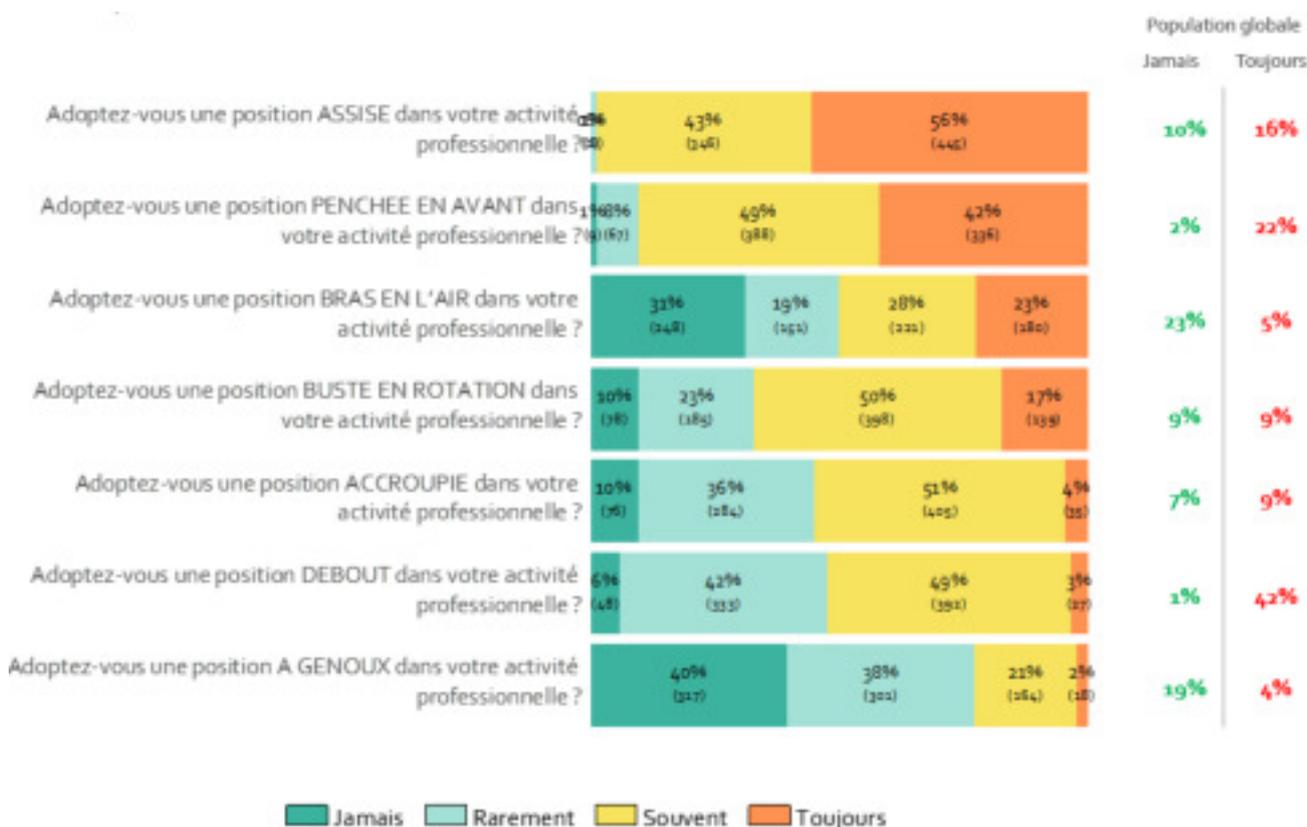
Enfin, une partie de l'activité est également passée en position assise au poste informatique.

Pour compléter la lecture des postures pénibles, il faut prendre en considération le maintien des membres supérieurs en l'air tout au long des actes de soins, de ponçage, etc.

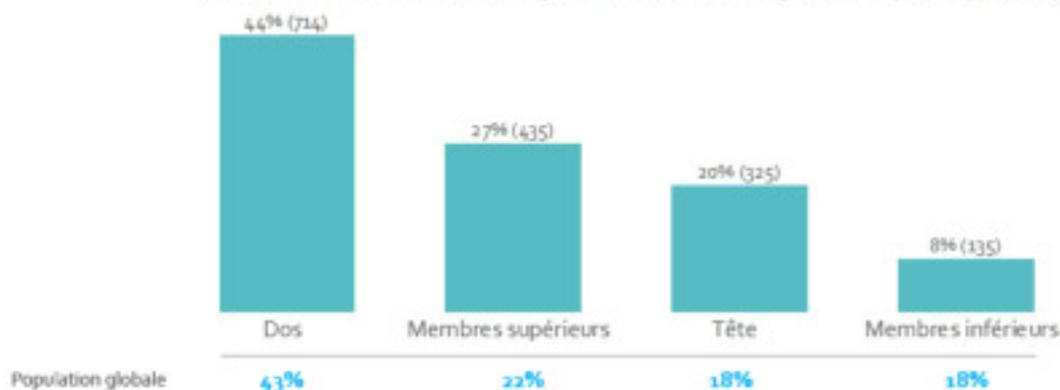
Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **800 pédicures-podologues** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **postures pénibles** :

- Les deux postures pénibles qui concernent le plus de répondants sont : **ASSISE** et **PENCHEE EN AVANT** avec respectivement 56% (+40 points vs moyenne globale) et 42% (+20 points vs moyenne globale) qui déclarent l'être **toujours** dans le cadre de leur activité professionnelle

- Seulement 1% des répondants déclarent ne **jamais** ressentir de fatigue physique ou de douleur à cause de leur activité de travail – pour les autres, la zone majoritaire concernée est le DOS citée par 89% d'entre eux



Où se situe l'essentiel de cette fatigue ou de ces douleurs ? (plusieurs réponses possibles)



❖ Agents chimiques dangereux

Les produits de nettoyage et de désinfection du matériel médical présentent des risques plus ou moins sévères : irritation cutanée, troubles respiratoires, atteinte hépatique.

Lors de la confection des orthèses, d'autres risques sont présents :

- L'usage de colle néoprène, même sans toluène, peut provoquer des irritations, des brûlures, des allergies, des troubles respiratoires en cas d'inhalation. Tous les praticiens ne semblent pas équipés de dispositifs d'aspiration ou de traitement de l'air efficaces. Certains font le choix d'éviter l'utilisation de ces colles et utilisent des adhésifs double face.
- Le ponçage peut également générer des particules. Il existe différentes techniques de conception des semelles orthopédiques, certaines impliquent plus de ponçage que d'autres. Il y aurait donc une variabilité importante d'exposition, en fonction des orientations techniques privilégiées.

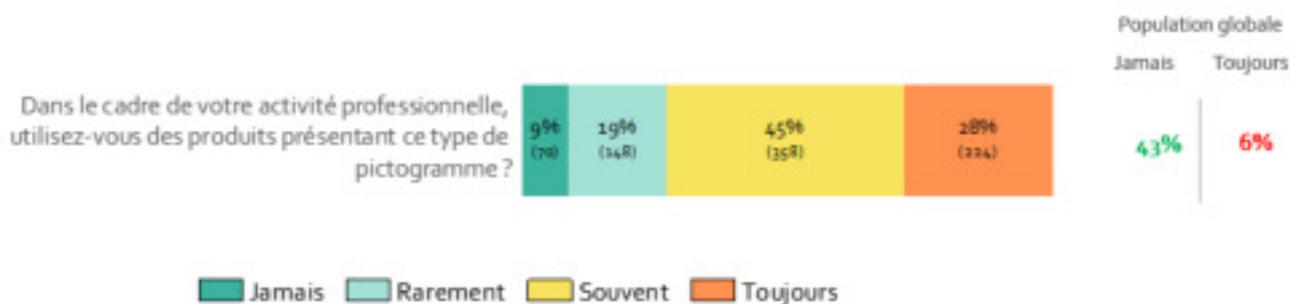
Dans un autre registre, les PP sont également exposés aux Accidents d'Exposition au Sang (AES) qui peuvent également transmettre des virus.

Parmi les principaux AES figurent les piqûres et coupures avec un instrument médical souillé (bistouri), ainsi que les projections de sang sur une peau fragilisée (plaie, eczéma...) ou dans l'œil. Les infections par contact direct avec le patient sont plus rares mais existent.

L'activité peut également exposer les PP au manque d'hygiène de certains patients et à l'insalubrité de certains domiciles.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **800 pédicures-podologues** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **agents chimiques dangereux** :

- 28% des répondants (+22 points vs moyenne globale) déclarent **toujours** utiliser des produits chimiques dangereux



❖ Vibrations mécaniques

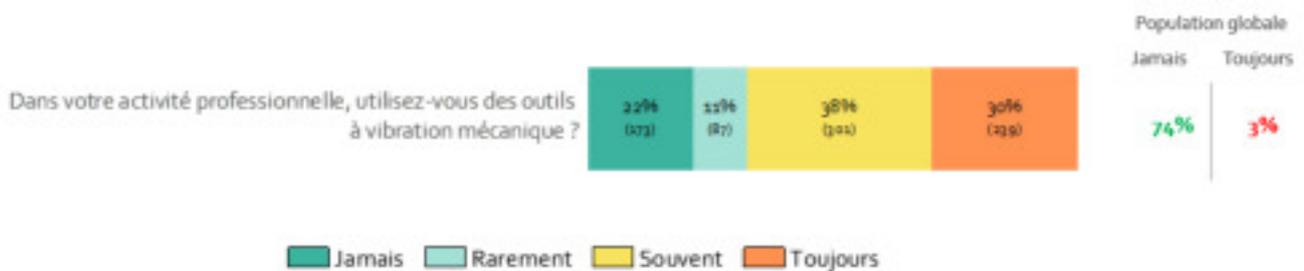
Les PP travaillent régulièrement avec des outils vibrants :

- Lors de soins, les outils de fraisage engendrent des vibrations transmises aux membres supérieurs (main-bras)
- Lors de la confection des semelles, le touret également provoque une sensation de vibrations.

Si cette exposition peut générer des sensations de fatigues (engourdissement, fourmillement, etc.), voire des douleurs, les gestes (positions, crispations, préhensions) semblent en être la cause principale et non les vibrations

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **800 pédicures-podologues** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **vibrations mécaniques** :

- 30% des répondants (+27 points vs moyenne globale) déclarent **toujours** utiliser des outils à vibration mécanique

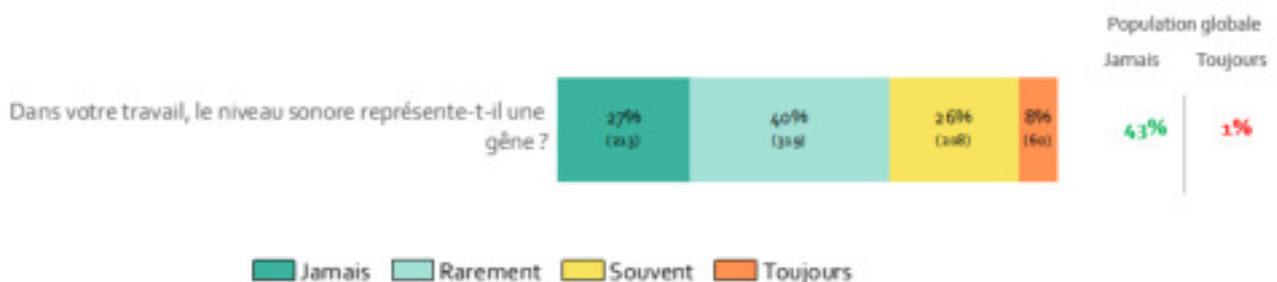


❖ Bruit

Les PP utilisent des outils motorisés et rotatifs pouvant générer un niveau sonore élevé. Il est possible, que pour ces 34% de répondants, l'exposition plus de 600 heures par an à une ambiance sonore de plus de 80 dB soit atteinte. Une mesure plus poussée pourrait être réalisée, suivi d'une investigation sur l'éventuelle utilisation des EPI par les PP.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **800 pédicures-podologues** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives au **bruit** :

- 34% des répondants (+23 points vs moyenne globale) disent être souvent voire toujours gêné par le niveau sonore

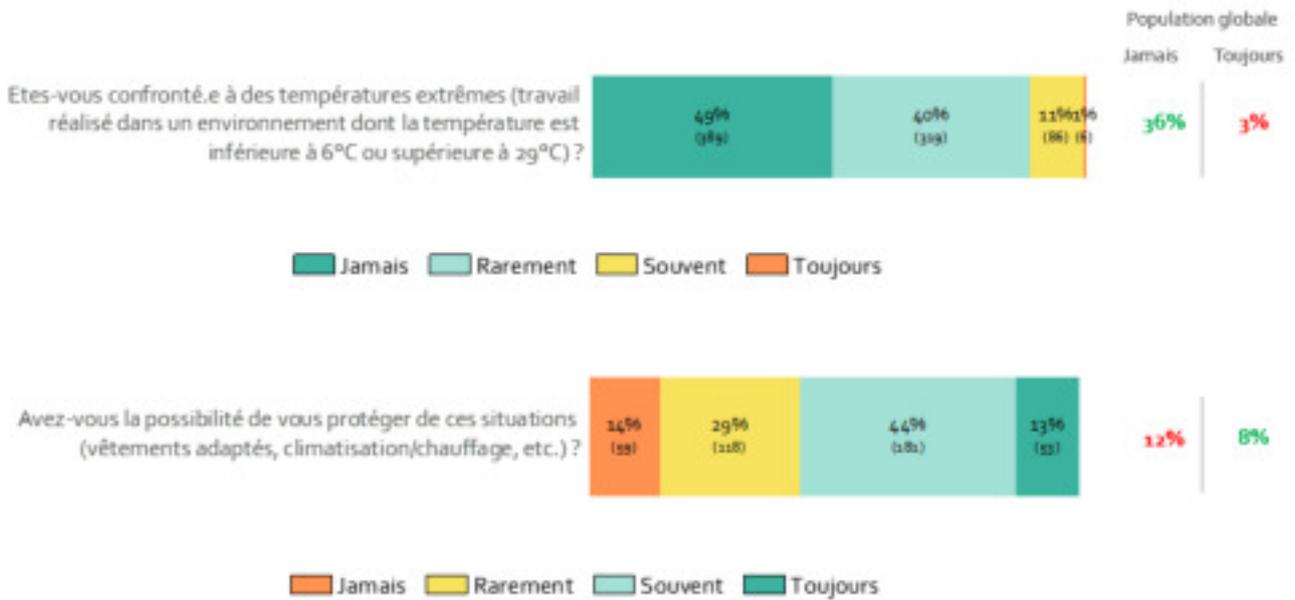


❖ Températures extrêmes

L'exposition des PP aux températures extrêmes n'est, selon nous, pas assez significative pour être considérée dans cette approche pénibilité.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **800 pédicures-podologues** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives aux **températures extrêmes** :

- 89% des répondants (+17 points vs moyenne globale) disent ne jamais ou rarement être confronté à des températures extrêmes

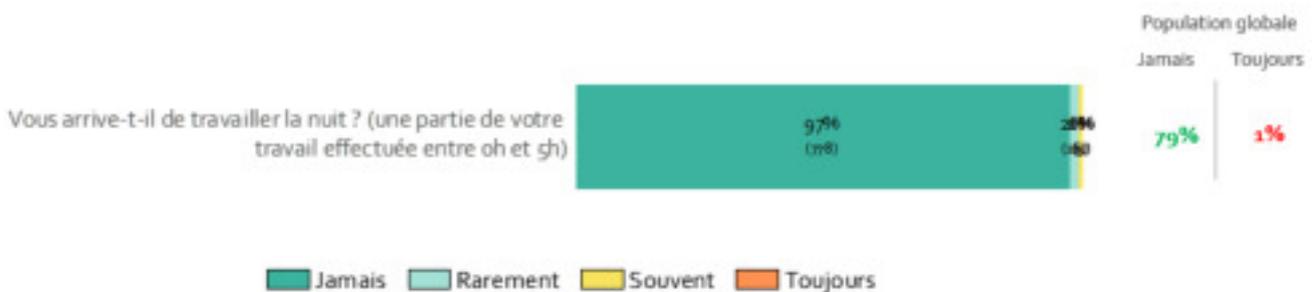


❖ Travail de nuit

L'exposition des PP au travail de nuit ne semble pas assez significative pour être considérée dans cette approche pénibilité.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **800 pédicures-podologues** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives au **travail de nuit** :

- 97% des répondants (+18 points vs moyenne globale) déclarent ne **jamais** travailler de nuit

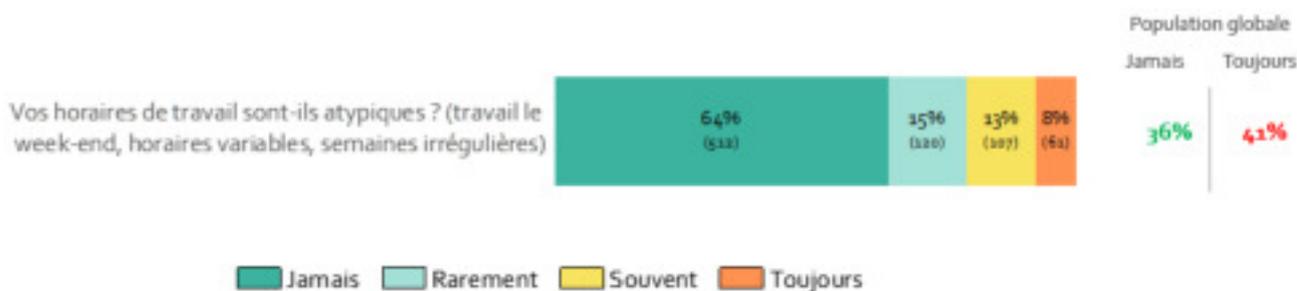


❖ Travail en équipe alternante

Certains PP sont concernés par ce critère au titre de leur rythme de travail et de leur activité le weekend (principalement le samedi). Pas de risque pour la santé identifié sur ce critère.

Au **questionnaire** proposé dans le cadre de cette démarche, nous avons eu **800 pédicures-podologues** qui ont répondu. Voici le détail de leurs réponses aux questions relatives au **travail en équipe alternante** :

- 64% des répondants (+28 points vs moyenne globale) déclarent ne **jamais** avoir des horaires de travail atypiques



11. ANNEXES

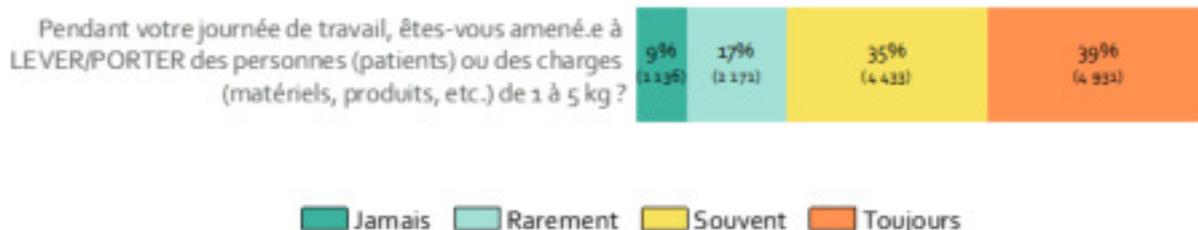
ANNEXE 1 : Facteurs de pénibilité en population globale

ANNEXE 2 : Tableaux complets des facteurs RPS en population globale et par profession (étude quantitative)

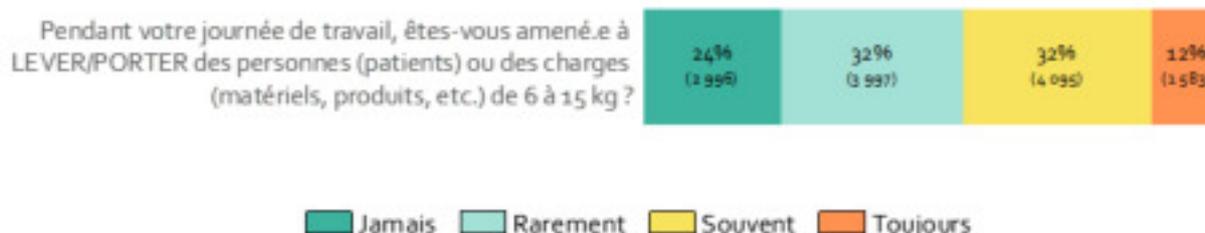
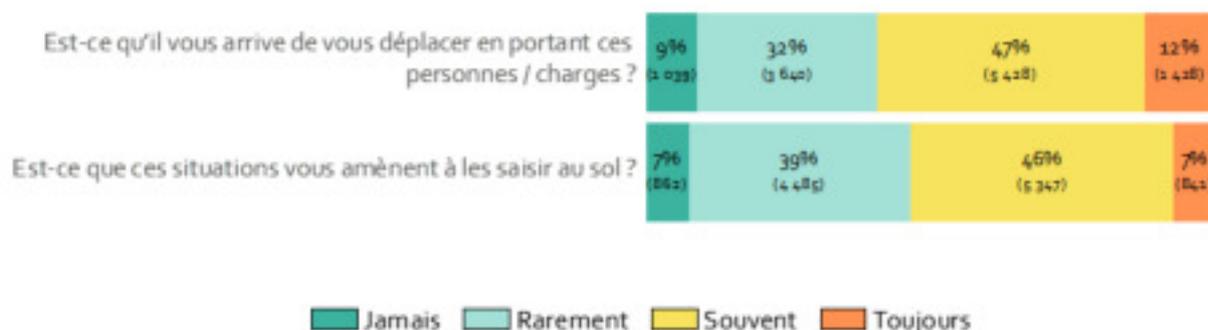
ANNEXE 3 : Analyses des questions ouvertes proposées dans le questionnaire

11.1. [Annexe 1 : Facteurs de pénibilité en population globale](#)

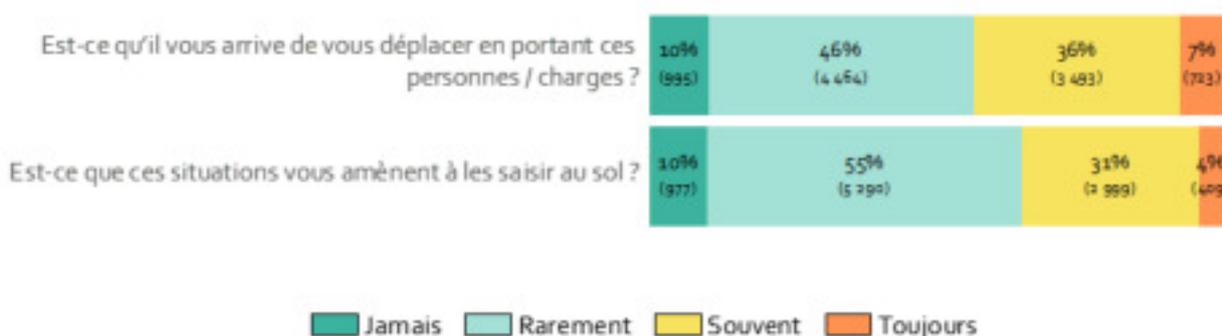
❖ **Manutentions manuelles**

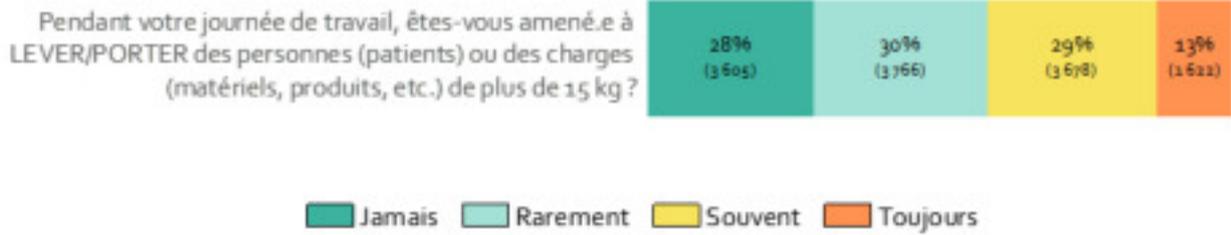


➤ Parmi les personnes ayant répondu Rarement / Souvent / Toujours :

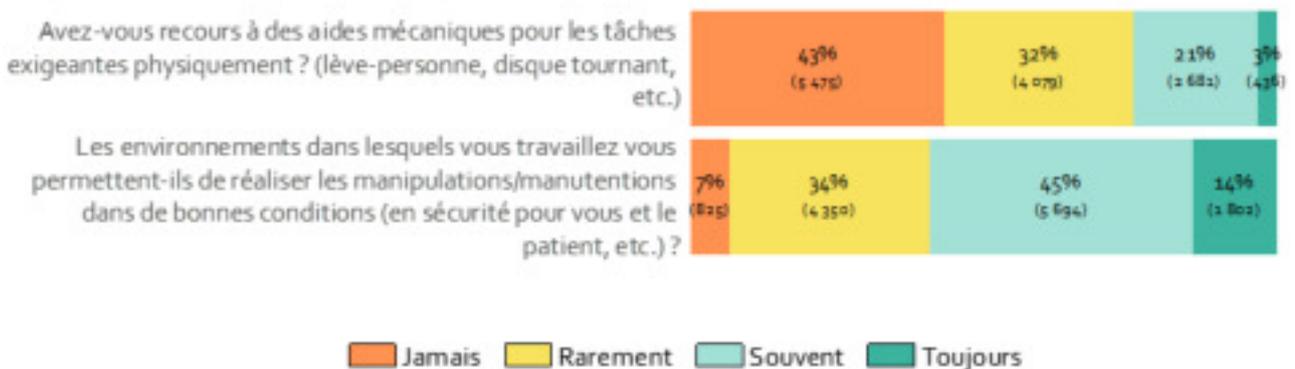
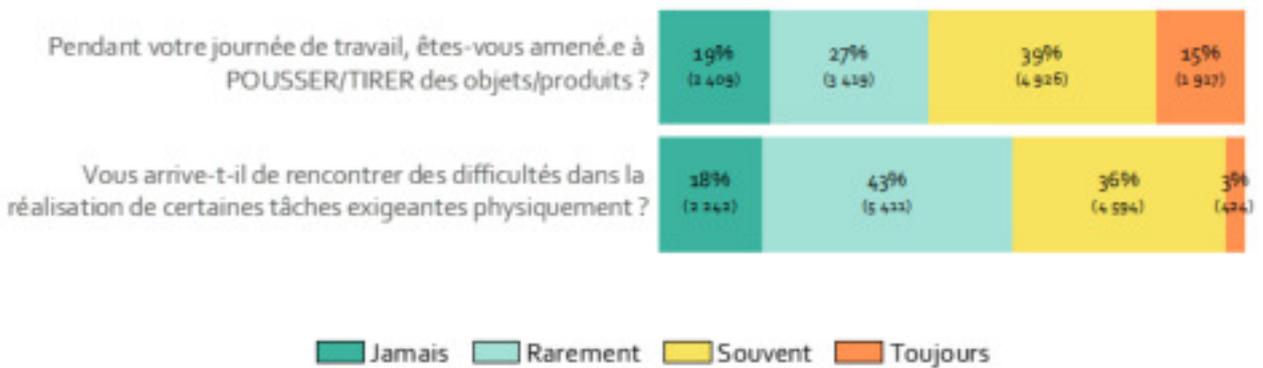
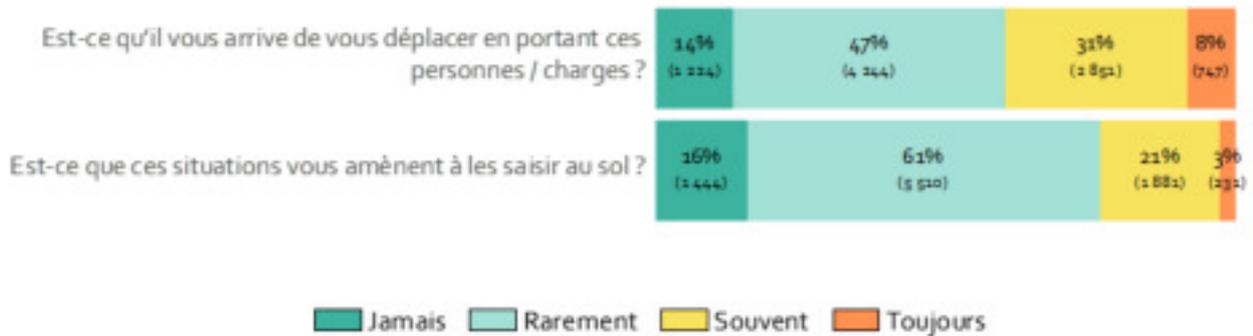


➤ Parmi les personnes ayant répondu Rarement / Souvent / Toujours :

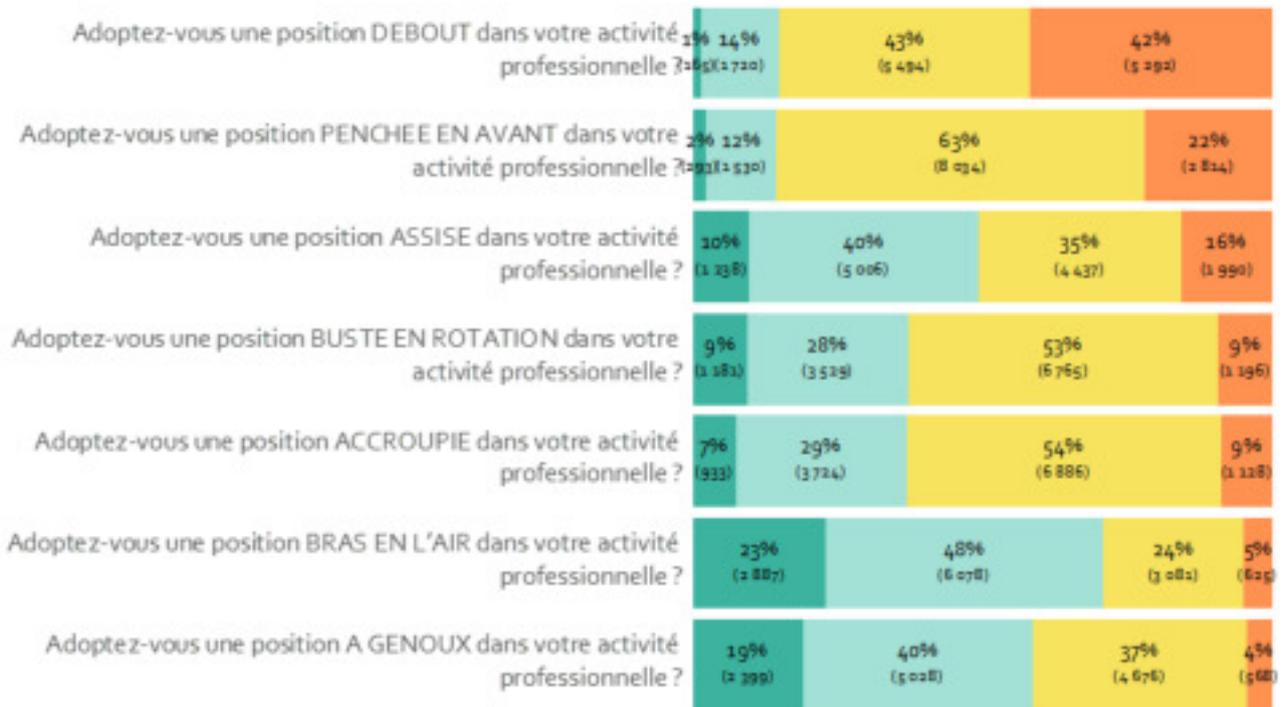




➤ Parmi les personnes ayant répondu Rarement / Souvent / Toujours :



❖ Postures pénibles



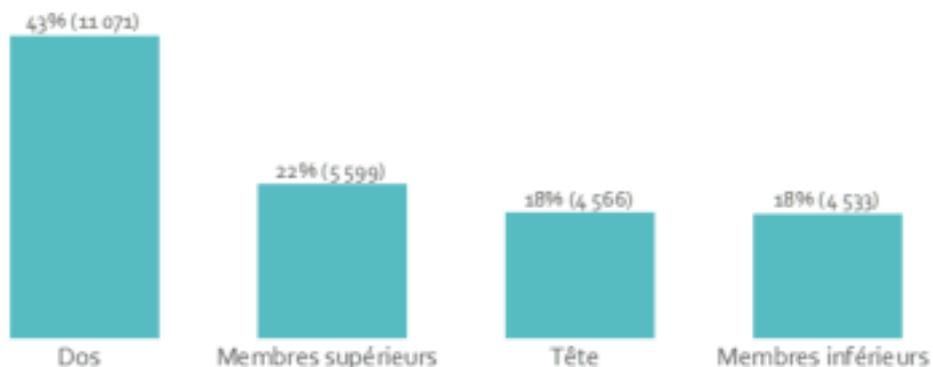
Jamais Rarement Souvent Toujours



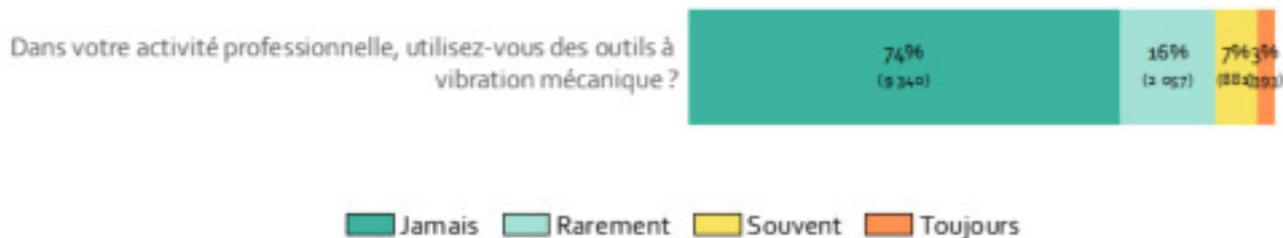
Jamais Rarement Souvent Toujours

➤ Parmi les personnes ayant répondu Rarement / Souvent / Toujours :

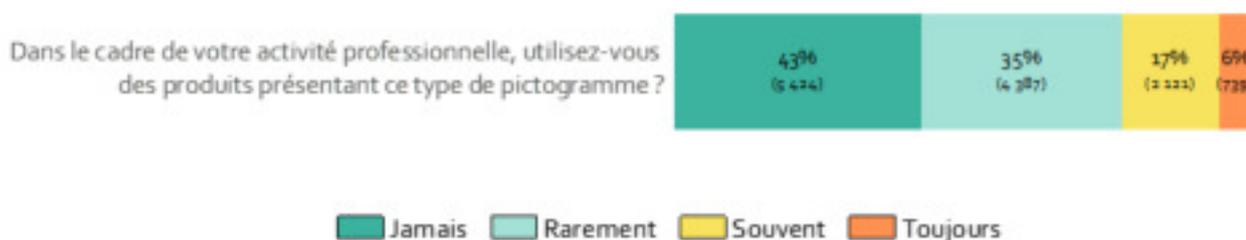
Où se situe l'essentiel de cette fatigue ou de ces douleurs ? (plusieurs réponses possibles)



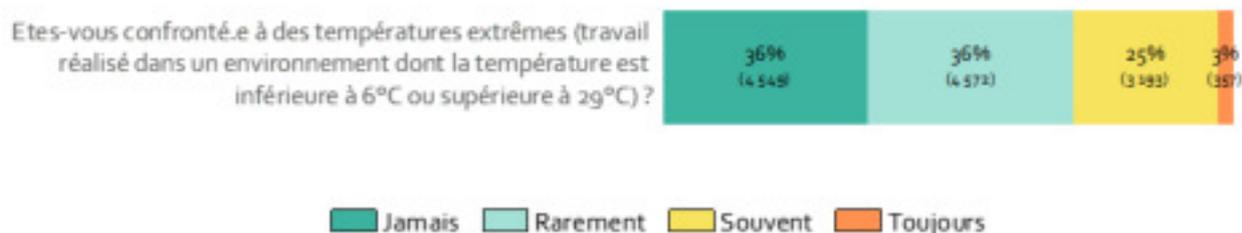
❖ **Vibrations mécaniques**



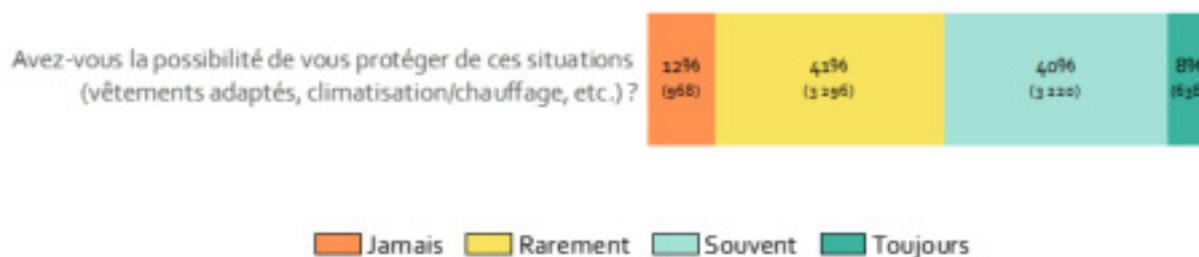
❖ **Agents chimiques dangereux**



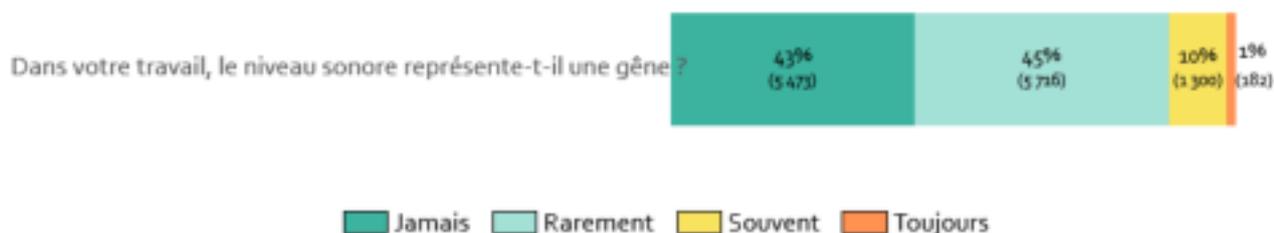
❖ **Températures extrêmes**



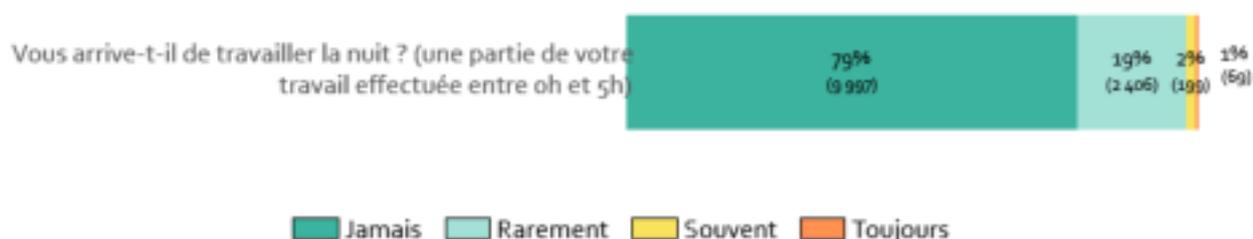
➤ **Parmi les personnes ayant répondu Rarement / Souvent / Toujours :**



❖ **Bruit**



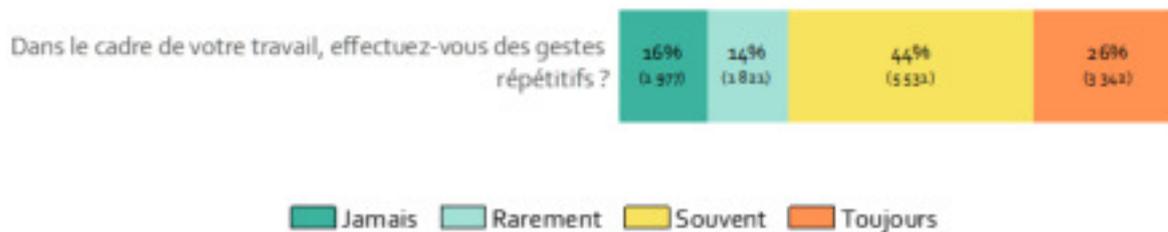
❖ **Travail de nuit**



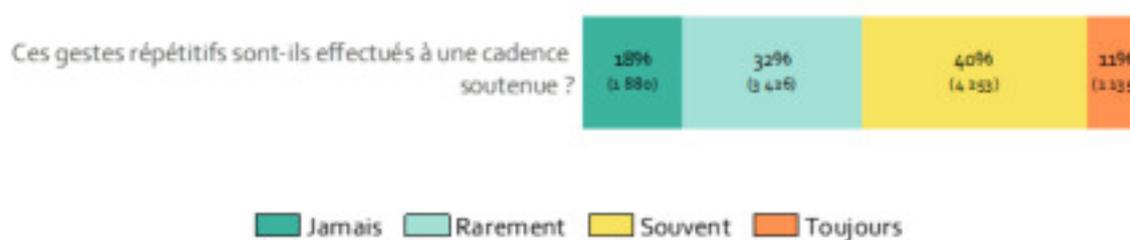
❖ **Travail en équipe alternante**



❖ **Travail répétitif**



➤ Parmi les personnes ayant répondu Rarement / Souvent / Toujours :



11.2. [Annexe 2 : Tableaux complets des facteurs RPS en population globale et par profession \(étude quantitative\)](#)

- **Tableaux des résultats en population globale (1 sur 2)**

Impact	Liste des stressseurs	Présence
	CHAN2 Mon métier nécessite de s'adapter sans cesse	93%
	ORGA2 Travail 10 heures ou plus par jour	91%
■	ORGA6 Conditions de travail épuisantes en termes de charge mentale	85%
	EXIG3 Erreurs pouvant avoir des conséquences graves	82%
	EXIG4 Longues périodes de concentration intense	82%
	CONT1 Procédures rigides à respecter	82%
	CHAN1 Impossible de prévoir mon travail dans deux ans	79%
■	EQUI2 A mon domicile, je pense encore à mon travail	79%
	RECO2 Rémunération en incohérence avec mon travail	79%
■	EXIG2 Manque de temps pour tout le travail à faire	77%
	CONT2 Efforts ou des tâches physiquement pénibles	77%
	EXIG1 Informations complexes et nombreuses à traiter	76%
	ORGA4 Horaires de travail contraignants	75%
	EXIG6 Temps important consacré aux tâches administratives	74%
■	RECO4 Régulièrement inquiet.e concernant mes revenus	72%
	RECO1 Pas de visibilité sur mes possibilités d'évolution de carrière	72%
	EQUI3 Sollicité.e par mes patients en dehors de mes horaires de travail	71%
	RECO5 Métier non reconnu par les autorités publiques	69%
■	ORGA5 Conditions de travail déstabilisantes sur le plan émotionnel	68%
■	SOUT3 Pas soutenu(e) moralement dans mon métier	67%
	CONT8 Confronté.e au manque d'hygiène des patients	66%
■	CONT3 Inquiet.e pour ma santé physique	65%
	CONT0 Procédures surveillées à respecter	64%
■	EXIG5 Travail dans l'urgence la plupart du temps	58%
	EXIG7 Contacts avec les organismes de recouvrement insatisfaisants	56%
	CONT6 Inquiet.e pour la santé de mes proches	54%
	CONT7 Choix éthiques et déontologiques difficiles à faire	52%

- Tableaux des résultats en population globale (2 sur 2)

Impact	Liste des stressseurs	Présence
	EXIG8 Contacts avec les régimes obligatoires et complémentaires insatisfaisants	51%
	ENVI2 Beaucoup de temps dans les transports pour mon travail	51%
	ORGA3 Travail 7 jours ou plus consécutifs	48%
■	CONT4 Inquiet.e d'être infecté.e	48%
■	ENVI5 Isolé.e dans mon travail	48%
	ENVI4 Confronté.e à des difficultés de stationnement et conséquences associées	45%
	SENS5 Exposer régulièrement à des conflits de valeurs dans mon travail	44%
■	CONT5 Inquiet.e pour ma santé mentale	40%
	RESS1 Manque de formation pour certaines tâches	39%
	RESS2 Difficultés avec les outils informatiques utilisés pour mon travail	37%
	SOUT2 Ne sais pas vers qui me tourner en cas de difficulté	37%
	ENVI6 Ne me sens pas en sécurité physique dans mon travail	35%
■	EQUI1 N'arrive pas à concilier vie professionnelle et vie personnelle	34%
	RELA1 En contact avec des gens impolis / agressifs verbalement	31%
	ORGA1 Tâches monotones et répétitives	28%
■	SENS2 La manière dont j'effectue mon travail ne répond pas à mes attentes	27%
	RELA4 Contacts avec les médecins insatisfaisants	25%
	EXIG9 Contacts avec les organismes de formation insatisfaisants	21%
	ENVI3 Atmosphère de travail bruyante et agitée	19%
	ENVI1 Cadre de travail non agréable	15%
	RELA3 Contacts avec mes collègues / autres praticiens de santé insatisfaisants	13%
	RELA2 En contact avec des gens impolis / agressifs physiquement	12%
■	RECO3 Travail ne me fait pas me sentir utile/bonne opinion de moi	10%
	SENS1 Impossible d'apprendre des choses nouvelles dans mon travail	9%
	SENS4 J'estime ne pas faire un travail de qualité	5%
	RELA5 Contacts avec les patients insatisfaisants	3%
	SENS3 La manière dont j'effectue mon travail ne satisfait pas mes patients	1%

- Tableaux des résultants en sous population - Infirmiers (1 sur 2)

N = 6 272
HS = 42,5%

Impact	Liste des stressseurs	Présence	Ecart vs PopGlobale	
	EXIG3 Erreurs pouvant avoir des conséquences graves	99%	▲	17
	CHAN2 Mon métier nécessite de s'adapter sans cesse	98%	▲	4
	ORGA2 Travail 10 heures ou plus par jour	96%	▲	5
	CONT2 Efforts ou des tâches physiquement pénibles	95%	▲	18
	CONT1 Procédures rigides à respecter	92%	▲	10
■	ORGA6 Conditions de travail épuisantes en termes de charge mentale	92%	▲	7
	CHAN1 Impossible de prévoir mon travail dans deux ans	89%	▲	10
	ORGA4 Horaires de travail contraignants	88%	▲	13
	EXIG4 Longues périodes de concentration intense	88%	▲	6
	EXIG1 Informations complexes et nombreuses à traiter	86%	▲	10
■	EQUI2 A mon domicile, je pense encore à mon travail	85%	▲	7
■	ORGA5 Conditions de travail déstabilisantes sur le plan émotionnel	85%	▲	17
	CONT8 Confronté.e au manque d'hygiène des patients	84%	▲	18
	RECO5 Métier non reconnu par les autorités publiques	81%	▲	12
	ENVI2 Beaucoup de temps dans les transports pour mon travail	80%	▲	29
	EQUI3 Sollicité.e par mes patients en dehors de mes horaires de travail	79%	▲	8
	CONTo Procédures surveillées à respecter	79%	▲	15
■	CONT3 Inquiet.e pour ma santé physique	79%	▲	14
	RECO2 Rémunération en incohérence avec mon travail	77%	▼	-1
	RECO1 Pas de visibilité sur mes possibilités d'évolution de carrière	77%	▲	5
	EXIG6 Temps important consacré aux tâches administratives	76%	▲	2
■	EXIG2 Manque de temps pour tout le travail à faire	75%	▼	-2
	RECO4 Régulièrement inquiet.e concernant mes revenus	72%	▼	0
	ORGA3 Travail 7 jours ou plus consécutifs	70%	▲	22
	CONT7 Choix éthiques et déontologiques difficiles à faire	68%	▲	16
■	SOUT3 Pas soutenu(e) moralement dans mon métier	67%	▲	1
	CONT6 Inquiet.e pour la santé de mes proches	65%	▲	11

- Tableaux des résultants en sous population - Infirmiers (2 sur 2)

N = 6 272
HS = 42,5%

Impact	Liste des stressseurs	Présence	Ecart vs PopGlobale
	ENVI4 Confronté.e à des difficultés de stationnement et conséquences associées	64%	▲ 18
	CONT4 Inquiet.e d'être infecté.e	60%	▲ 12
■	EXIG5 Travail dans l'urgence la plupart du temps	59%	▲ 1
	ENVI5 Isolé.e dans mon travail	59%	▲ 11
	SENS5 Exposer régulièrement à des conflits de valeurs dans mon travail	56%	▲ 12
	EXIG7 Contacts avec les organismes de recouvrement insatisfaisants	52%	▼ -3
	ENVI6 Ne me sens pas en sécurité physique dans mon travail	51%	▲ 17
	EXIG8 Contacts avec les régimes obligatoires et complémentaires insatisfaisants	48%	▼ -3
■	CONT5 Inquiet.e pour ma santé mentale	45%	▲ 6
	RELA1 En contact avec des gens impolis / agressifs verbalement	43%	▲ 12
	RESS2 Difficultés avec les outils informatiques utilisés pour mon travail	38%	▲ 1
	ORGA1 Tâches monotones et répétitives	37%	▲ 8
■	EQUI1 N'arrive pas à concilier vie professionnelle et vie personnelle	35%	▲ 1
	SOUT2 Ne sais pas vers qui me tourner en cas de difficulté	34%	▼ -3
	RESS1 Manque de formation pour certaines tâches	32%	▼ -7
■	SENS2 La manière dont j'effectue mon travail ne répond pas à mes attentes	31%	▲ 4
	ENVI3 Atmosphère de travail bruyante et agitée	26%	▲ 7
	EXIG9 Contacts avec les organismes de formation insatisfaisants	25%	▲ 4
	RELA4 Contacts avec les médecins insatisfaisants	23%	▼ -1
■	ENVI1 Cadre de travail non agréable	21%	▲ 6
	RELA2 En contact avec des gens impolis / agressifs physiquement	19%	▲ 7
	RELA3 Contacts avec mes collègues / autres praticiens de santé insatisfaisants	13%	▲ 1
	SENS1 Impossible d'apprendre des choses nouvelles dans mon travail	13%	▲ 4
■	RECO3 Travail ne me fait pas me sentir utile/bonne opinion de moi	11%	▲ 1
	SENS4 J'estime ne pas faire un travail de qualité	5%	▲ 0
	RELA5 Contacts avec les patients insatisfaisants	3%	▲ 1
	SENS3 La manière dont j'effectue mon travail ne satisfait pas mes patients	2%	▲ 0

• **Tableaux des résultants en sous population - Masseurs-kinésithérapeutes (1 sur 2)** N = 3 597
HS = 31,4%

Impact	Liste des stressseurs	Présence	Ecart vs PopGlobale
	ORGA2 Travail 10 heures ou plus par jour	91%	▲ 0
	CHAN2 Mon métier nécessite de s'adapter sans cesse	88%	▼ -5
	CONT2 Efforts ou des tâches physiquement pénibles	87%	▲ 10
	RECO2 Rémunération en incohérence avec mon travail	85%	▲ 6
■	EXIG2 Manque de temps pour tout le travail à faire	79%	▲ 2
■	ORGA6 Conditions de travail épuisantes en termes de charge mentale	77%	▼ -8
	EXIG3 Erreurs pouvant avoir des conséquences graves	76%	▼ -7
	ORGA4 Horaires de travail contraignants	74%	▼ -1
	RECO4 Régulièrement inquiet.e concernant mes revenus	71%	▼ -1
	CHAN1 Impossible de prévoir mon travail dans deux ans	71%	▼ -8
	CONT1 Procédures rigides à respecter	71%	▼ -11
	EXIG4 Longues périodes de concentration intense	70%	▼ -13
	EXIG6 Temps important consacré aux tâches administratives	69%	▼ -5
	SOUT3 Pas soutenu(e) moralement dans mon métier	69%	▲ 2
■	EQUI2 A mon domicile, je pense encore à mon travail	68%	▼ -11
	RECO1 Pas de visibilité sur mes possibilités d'évolution de carrière	67%	▼ -5
	EXIG1 Informations complexes et nombreuses à traiter	65%	▼ -11
	EXIG7 Contacts avec les organismes de recouvrement insatisfaisants	61%	▲ 5
■	CONT3 Inquiet.e pour ma santé physique	59%	▼ -5
	EQUI3 Sollicité.e par mes patients en dehors de mes horaires de travail	59%	▼ -11
	RECO5 Métier non reconnu par les autorités publiques	55%	▼ -14
■	EXIG5 Travail dans l'urgence la plupart du temps	55%	▼ -3
	EXIG8 Contacts avec les régimes obligatoires et complémentaires insatisfaisants	55%	▲ 4
■	ORGA5 Conditions de travail déstabilisantes sur le plan émotionnel	54%	▼ -14
	CONTo Procédures surveillées à respecter	53%	▼ -11
	CONT8 Confronté.e au manque d'hygiène des patients	51%	▼ -15
	CONT6 Inquiet.e pour la santé de mes proches	45%	▼ -9

• **Tableaux des résultants en sous population - Masseurs-kinésithérapeutes (2 sur 2)** N = 3 597
HS = 31,4%

Impact	Liste des stressseurs	Présence	Ecart vs PopGlobale
	RESS1 Manque de formation pour certaines tâches	43%	▲ 3
	SOUT2 Ne sais pas vers qui me tourner en cas de difficulté	42%	▲ 5
	RESS2 Difficultés avec les outils informatiques utilisés pour mon travail	38%	▲ 1
	CONT4 Inquiet.e d'être infecté.e	37%	▼ -11
■	EQU11 N'arrive pas à concilier vie professionnelle et vie personnelle	36%	▲ 2
	CONT7 Choix éthiques et déontologiques difficiles à faire	36%	▼ -16
	SENS5 Exposer régulièrement à des conflits de valeurs dans mon travail	36%	▼ -8
■	CONT5 Inquiet.e pour ma santé mentale	34%	▼ -5
	ENVI5 Isolé.e dans mon travail	34%	▼ -15
	ENVI4 Confronté.e à des difficultés de stationnement et conséquences associées	32%	▼ -13
	ORGA3 Travail 7 jours ou plus consécutifs	29%	▼ -20
	ENVI2 Beaucoup de temps dans les transports pour mon travail	26%	▼ -25
	SENS2 La manière dont j'effectue mon travail ne répond pas à mes attentes	24%	▼ -3
	RELA4 Contacts avec les médecins insatisfaisants	22%	▼ -2
	ENVI6 Ne me sens pas en sécurité physique dans mon travail	21%	▼ -13
	ORGA1 Tâches monotones et répétitives	21%	▼ -8
	EXIG9 Contacts avec les organismes de formation insatisfaisants	20%	▼ -2
	RELA1 En contact avec des gens impolis / agressifs verbalement	19%	▼ -12
	ENVI3 Atmosphère de travail bruyante et agitée	14%	▼ -5
	RELA3 Contacts avec mes collègues / autres praticiens de santé insatisfaisants	13%	▲ 0
	ENVI1 Cadre de travail non agréable	10%	▼ -5
	RECO3 Travail ne me fait pas me sentir utile/bonne opinion de moi	9%	▼ -2
	SENS1 Impossible d'apprendre des choses nouvelles dans mon travail	6%	▼ -3
	RELA2 En contact avec des gens impolis / agressifs physiquement	6%	▼ -7
	SENS4 J'estime ne pas faire un travail de qualité	4%	▼ -1
	RELA5 Contacts avec les patients insatisfaisants	2%	▼ -1
	SENS3 La manière dont j'effectue mon travail ne satisfait pas mes patients	1%	▼ 0

- Tableaux des résultants en sous population - Orthophonistes (1 sur 2)

N = 1 766
HS = 38,1%

Impact	Liste des stressseurs	Présence	Ecart vs PopGlobale	
	CHAN2 Mon métier nécessite de s'adapter sans cesse	95%	▲	2
	EXIG4 Longues périodes de concentration intense	91%	▲	9
■	ORGA6 Conditions de travail épuisantes en termes de charge mentale	89%	▲	4
■	EXIG2 Manque de temps pour tout le travail à faire	89%	▲	11
	EXIG6 Temps important consacré aux tâches administratives	84%	▲	10
■	EQU12 A mon domicile, je pense encore à mon travail	81%	▲	3
	EXIG1 Informations complexes et nombreuses à traiter	80%	▲	4
	RECO2 Rémunération en incohérence avec mon travail	75%	▼	-3
	ORGA2 Travail 10 heures ou plus par jour	75%	▼	-16
	RECO4 Régulièrement inquiet.e concernant mes revenus	74%	▲	2
	EQU13 Sollicité.e par mes patients en dehors de mes horaires de travail	71%	▲	0
■	EXIG5 Travail dans l'urgence la plupart du temps	69%	▲	11
	CONT1 Procédures rigides à respecter	68%	▼	-14
	RECO1 Pas de visibilité sur mes possibilités d'évolution de carrière	67%	▼	-5
	CHAN1 Impossible de prévoir mon travail dans deux ans	62%	▼	-17
	RECO5 Métier non reconnu par les autorités publiques	61%	▼	-8
	RESS1 Manque de formation pour certaines tâches	60%	▲	21
	SOUT3 Pas soutenu(e) moralement dans mon métier	60%	▼	-7
	EXIG7 Contacts avec les organismes de recouvrement insatisfaisants	56%	▼	0
■	ORGA5 Conditions de travail déstabilisantes sur le plan émotionnel	56%	▼	-12
	EXIG8 Contacts avec les régimes obligatoires et complémentaires insatisfaisants	51%	▼	0
	CONT7 Choix éthiques et déontologiques difficiles à faire	48%	▼	-4
	CONTo Procédures surveillées à respecter	43%	▼	-21
	ORGA4 Horaires de travail contraignants	42%	▼	-33
	EXIG3 Erreurs pouvant avoir des conséquences graves	41%	▼	-41
	ENVI5 Isolé.e dans mon travail	41%	▼	-7
	CONT8 Confronté.e au manque d'hygiène des patients	40%	▼	-26
	CONT6 Inquiet.e pour la santé de mes proches	39%	▼	-15

- Tableaux des résultants en sous population - Orthophonistes (2 sur 2)

N = 1 766
HS = 38,1%

Impact	Liste des stressseurs	Présence	Ecart vs PopGlobale
■	CONT5 Inquiet.e pour ma santé mentale	37%	▼ -2
	RELA4 Contacts avec les médecins insatisfaisants	35%	▲ 11
	SOUT2 Ne sais pas vers qui me tourner en cas de difficulté	35%	▼ -2
	CONT4 Inquiet.e d'être infecté.e	33%	▼ -16
	RESS2 Difficultés avec les outils informatiques utilisés pour mon travail	32%	▼ -5
■	CONT3 Inquiet.e pour ma santé physique	31%	▼ -34
	SENS5 Exposer régulièrement à des conflits de valeurs dans mon travail	30%	▼ -13
■	SENS2 La manière dont j'effectue mon travail ne répond pas à mes attentes	28%	▲ 0
■	EQU1 N'arrive pas à concilier vie professionnelle et vie personnelle	28%	▼ -6
	ORGA3 Travail 7 jours ou plus consécutifs	23%	▼ -25
	RELA1 En contact avec des gens impolis / agressifs verbalement	19%	▼ -12
	ENVI4 Confronté.e à des difficultés de stationnement et conséquences associées	17%	▼ -29
	ENVI2 Beaucoup de temps dans les transports pour mon travail	15%	▼ -35
■	RECO3 Travail ne me fait pas me sentir utile/bonne opinion de moi	12%	▲ 1
	EXIG9 Contacts avec les organismes de formation insatisfaisants	11%	▼ -10
	ENVI6 Ne me sens pas en sécurité physique dans mon travail	10%	▼ -24
	RELA3 Contacts avec mes collègues / autres praticiens de santé insatisfaisants	9%	▼ -4
	ENVI3 Atmosphère de travail bruyante et agitée	8%	▼ -11
	SENS4 J'estime ne pas faire un travail de qualité	8%	▲ 4
	ORGA1 Tâches monotones et répétitives	8%	▼ -21
	ENVI1 Cadre de travail non agréable	7%	▼ -8
	CONT2 Efforts ou des tâches physiquement pénibles	6%	▼ -71
	RELA2 En contact avec des gens impolis / agressifs physiquement	4%	▼ -8
	RELA5 Contacts avec les patients insatisfaisants	3%	▼ 0
	SENS1 Impossible d'apprendre des choses nouvelles dans mon travail	2%	▼ -8
	SENS3 La manière dont j'effectue mon travail ne satisfait pas mes patients	1%	▼ 0

- Tableaux des résultants en sous population - Orthoptistes (1 sur 2)

N = 236
HS = 24,2%

Impact	Liste des stressseurs	Présence	Ecart vs PopGlobale
	CHAN2 Mon métier nécessite de s'adapter sans cesse	87%	▼ -7
	ORGA2 Travail 10 heures ou plus par jour	84%	▼ -6
	EXIG6 Temps important consacré aux tâches administratives	76%	▲ 2
	EXIG4 Longues périodes de concentration intense	75%	▼ -7
■	EQUI2 A mon domicile, je pense encore à mon travail	74%	▼ -5
	CHAN1 Impossible de prévoir mon travail dans deux ans	70%	▼ -9
	CONT1 Procédures rigides à respecter	69%	▼ -13
■	EXIG2 Manque de temps pour tout le travail à faire	68%	▼ -9
■	ORGA6 Conditions de travail épuisantes en termes de charge mentale	66%	▼ -19
	RECO4 Régulièrement inquiet.e concernant mes revenus	65%	▼ -7
	EQUI3 Sollicité.e par mes patients en dehors de mes horaires de travail	61%	▼ -9
	RECO2 Rémunération en incohérence avec mon travail	59%	▼ -19
	RECO1 Pas de visibilité sur mes possibilités d'évolution de carrière	59%	▼ -12
	ORGA4 Horaires de travail contraignants	58%	▼ -17
	EXIG1 Informations complexes et nombreuses à traiter	58%	▼ -19
	EXIG3 Erreurs pouvant avoir des conséquences graves	57%	▼ -25
	EXIG7 Contacts avec les organismes de recouvrement insatisfaisants	53%	▼ -3
	CONT6 Inquiet.e pour la santé de mes proches	52%	▼ -2
	EXIG8 Contacts avec les régimes obligatoires et complémentaires insatisfaisants	51%	▼ 0
	SOUT3 Pas soutenu(e) moralement dans mon métier	47%	▼ -20
	CONTo Procédures surveillées à respecter	47%	▼ -17
	EXIG5 Travail dans l'urgence la plupart du temps	44%	▼ -15
■	CONT3 Inquiet.e pour ma santé physique	43%	▼ -22
	CONT4 Inquiet.e d'être infecté.e	42%	▼ -6
	CONT2 Efforts ou des tâches physiquement pénibles	42%	▼ -35
	RESS1 Manque de formation pour certaines tâches	42%	▲ 2
	CONT8 Confronté.e au manque d'hygiène des patients	40%	▼ -26

- Tableaux des résultants en sous population - Orthoptistes (2 sur 2)

N = 236
HS = 24,2%

Impact	Liste des stressseurs	Présence	Ecart vs PopGlobale	
	ORGA1 Tâches monotones et répétitives	39%	▲	11
	ENVI5 Isolé.e dans mon travail	37%	▼	-11
	RESS2 Difficultés avec les outils informatiques utilisés pour mon travail	30%	▼	-7
	ORGA5 Conditions de travail déstabilisantes sur le plan émotionnel	28%	▼	-40
	SOUT2 Ne sais pas vers qui me tourner en cas de difficulté	26%	▼	-11
■	CONT5 Inquiet.e pour ma santé mentale	26%	▼	-14
	ORGA3 Travail 7 jours ou plus consécutifs	26%	▼	-23
	RECO5 Métier non reconnu par les autorités publiques	25%	▼	-44
■	EQU1 N'arrive pas à concilier vie professionnelle et vie personnelle	21%	▼	-13
	ENVI6 Ne me sens pas en sécurité physique dans mon travail	17%	▼	-18
	RELA4 Contacts avec les médecins insatisfaisants	17%	▼	-8
	ENVI2 Beaucoup de temps dans les transports pour mon travail	17%	▼	-34
	ENVI4 Confronté.e à des difficultés de stationnement et conséquences associées	16%	▼	-29
	RELA1 En contact avec des gens impolis / agressifs verbalement	16%	▼	-15
	CONT7 Choix éthiques et déontologiques difficiles à faire	15%	▼	-37
	EXIG9 Contacts avec les organismes de formation insatisfaisants	15%	▼	-6
	ENVI3 Atmosphère de travail bruyante et agitée	14%	▼	-5
	SENS5 Exposer régulièrement à des conflits de valeurs dans mon travail	13%	▼	-31
■	SENS2 La manière dont j'effectue mon travail ne répond pas à mes attentes	13%	▼	-14
	ENVI1 Cadre de travail non agréable	8%	▼	-7
	RELA3 Contacts avec mes collègues / autres praticiens de santé insatisfaisants	6%	▼	-6
	RECO3 Travail ne me fait pas me sentir utile/bonne opinion de moi	6%	▼	-4
	SENS1 Impossible d'apprendre des choses nouvelles dans mon travail	6%	▼	-3
	RELA2 En contact avec des gens impolis / agressifs physiquement	4%	▼	-8
	RELA5 Contacts avec les patients insatisfaisants	2%	▼	-1
	SENS4 J'estime ne pas faire un travail de qualité	1%	▼	-4
	SENS3 La manière dont j'effectue mon travail ne satisfait pas mes patients	0%	▼	-1

- Tableaux des résultants en sous population – Pédicures Podologues (1 sur 2)

N = 800
HS = 32,4%

Impact	Liste des stressseurs	Présence	Ecart vs PopGlobale
	CONT1 Procédures rigides à respecter	89%	▲ 7
	ORGA2 Travail 10 heures ou plus par jour	88%	▼ -3
	CHAN2 Mon métier nécessite de s'adapter sans cesse	82%	▼ -11
	RECO4 Régulièrement inquiet.e concernant mes revenus	78%	▲ 5
	EXIG3 Erreurs pouvant avoir des conséquences graves	77%	▼ -5
	EXIG4 Longues périodes de concentration intense	77%	▼ -6
	CHAN1 Impossible de prévoir mon travail dans deux ans	75%	▼ -4
	RECO5 Métier non reconnu par les autorités publiques	74%	▲ 4
	RECO2 Rémunération en incohérence avec mon travail	73%	▼ -5
■	SOUT3 Pas soutenu(e) moralement dans mon métier	72%	▲ 6
■	EQUI2 A mon domicile, je pense encore à mon travail	72%	▼ -7
	RECO1 Pas de visibilité sur mes possibilités d'évolution de carrière	69%	▼ -3
■	ORGA6 Conditions de travail épuisantes en termes de charge mentale	64%	▼ -20
■	EXIG2 Manque de temps pour tout le travail à faire	62%	▼ -16
	EXIG7 Contacts avec les organismes de recouvrement insatisfaisants	61%	▲ 5
	CONT2 Efforts ou des tâches physiquement pénibles	60%	▼ -17
	EXIG6 Temps important consacré aux tâches administratives	60%	▼ -14
■	CONT3 Inquiet.e pour ma santé physique	59%	▼ -5
■	ORGA4 Horaires de travail contraignants	59%	▼ -17
	EQUI3 Sollicité.e par mes patients en dehors de mes horaires de travail	58%	▼ -13
	EXIG8 Contacts avec les régimes obligatoires et complémentaires insatisfaisants	57%	▲ 6
	CONT8 Confronté.e au manque d'hygiène des patients	54%	▼ -12
	CONTo Procédures surveillées à respecter	50%	▼ -14
	ENVI5 Isolé.e dans mon travail	49%	▲ 0
	EXIG1 Informations complexes et nombreuses à traiter	47%	▼ -29
	SOUT2 Ne sais pas vers qui me tourner en cas de difficulté	47%	▲ 10
	CONT6 Inquiet.e pour la santé de mes proches	45%	▼ -9

- Tableaux des résultants en sous population – Pédicures Podologues (2 sur 2)

N = 800
HS = 32,4%

Impact	Liste des stressseurs	Présence	Ecart vs PopGlobale	
■	EXIG5 Travail dans l'urgence la plupart du temps	44%	▼	-14
	ORGA1 Tâches monotones et répétitives	41%	▲	13
■	CONT4 Inquiet.e d'être infecté.e	39%	▼	-9
	ORGA5 Conditions de travail déstabilisantes sur le plan émotionnel	37%	▼	-31
■	RESS1 Manque de formation pour certaines tâches	36%	▼	-4
	RESS2 Difficultés avec les outils informatiques utilisés pour mon travail	35%	▼	-2
■	ENVI4 Confronté.e à des difficultés de stationnement et conséquences associées	35%	▼	-10
	EQUI1 N'arrive pas à concilier vie professionnelle et vie personnelle	33%	▼	-1
■	ORGA3 Travail 7 jours ou plus consécutifs	30%	▼	-19
	CONT5 Inquiet.e pour ma santé mentale	29%	▼	-10
■	SENS5 Exposer régulièrement à des conflits de valeurs dans mon travail	25%	▼	-18
	ENVI2 Beaucoup de temps dans les transports pour mon travail	24%	▼	-27
■	RELA4 Contacts avec les médecins insatisfaisants	24%	▼	-1
	EXIG9 Contacts avec les organismes de formation insatisfaisants	23%	▲	2
■	ENVI6 Ne me sens pas en sécurité physique dans mon travail	23%	▼	-12
	CONT7 Choix éthiques et déontologiques difficiles à faire	19%	▼	-33
■	RELA1 En contact avec des gens impolis / agressifs verbalement	19%	▼	-12
	RELA3 Contacts avec mes collègues / autres praticiens de santé insatisfaisants	16%	▲	4
■	SENS2 La manière dont j'effectue mon travail ne répond pas à mes attentes	14%	▼	-13
	ENVI3 Atmosphère de travail bruyante et agitée	13%	▼	-7
■	SENS1 Impossible d'apprendre des choses nouvelles dans mon travail	12%	▲	3
	RECO3 Travail ne me fait pas me sentir utile/bonne opinion de moi	8%	▼	-3
■	ENVI1 Cadre de travail non agréable	6%	▼	-8
	RELA2 En contact avec des gens impolis / agressifs physiquement	5%	▼	-7
■	RELA5 Contacts avec les patients insatisfaisants	2%	▼	-1
	SENS4 J'estime ne pas faire un travail de qualité	1%	▼	-3
■	SENS3 La manière dont j'effectue mon travail ne satisfait pas mes patients	1%	▼	-1

11.3. [Annexe 3 : Analyses des questions ouvertes proposées dans le questionnaire](#)

Préambule méthodologique - Analyse textuelle automatisée

Méthode Reinert¹¹ – Classification Hiérarchique Descendante

L'objectif est d'obtenir des groupes des verbatims sémantiquement similaires afin de présenter des idées centrales exprimées par des répondants.



On procède par découpage des verbatims en segments de texte selon les critères de taille (nombre de mots) et de la ponctuation. Iramuteq® cherche le meilleur ratio taille/ponctuation (par ordre de priorité, les ".", "?", "!" en premier, puis ";" et les ":" en troisième la virgule et en dernier l'espace). L'objectif est d'avoir des segments de tailles homogènes en respectant au maximum la structure du langage. L'ensemble des verbatims sont lemmatisés¹²,



En second temps on construit un classement des énoncés en fonction de la ressemblance ou de la dissemblance statistique des lexèmes qui les compose afin de mettre en évidence des « mondes lexicaux » (= classes). Ces « ressemblances et dissemblances » sont modélisées par un tableau binaire dont les colonnes seraient définies par les différents lexèmes (= mots) et les lignes par les différents énoncés (= segments).

	Segment 1	Segment 2	...	Segment n
Patient	1	0		1
Lever	0	0		1
Voiture	1	1		0
...				

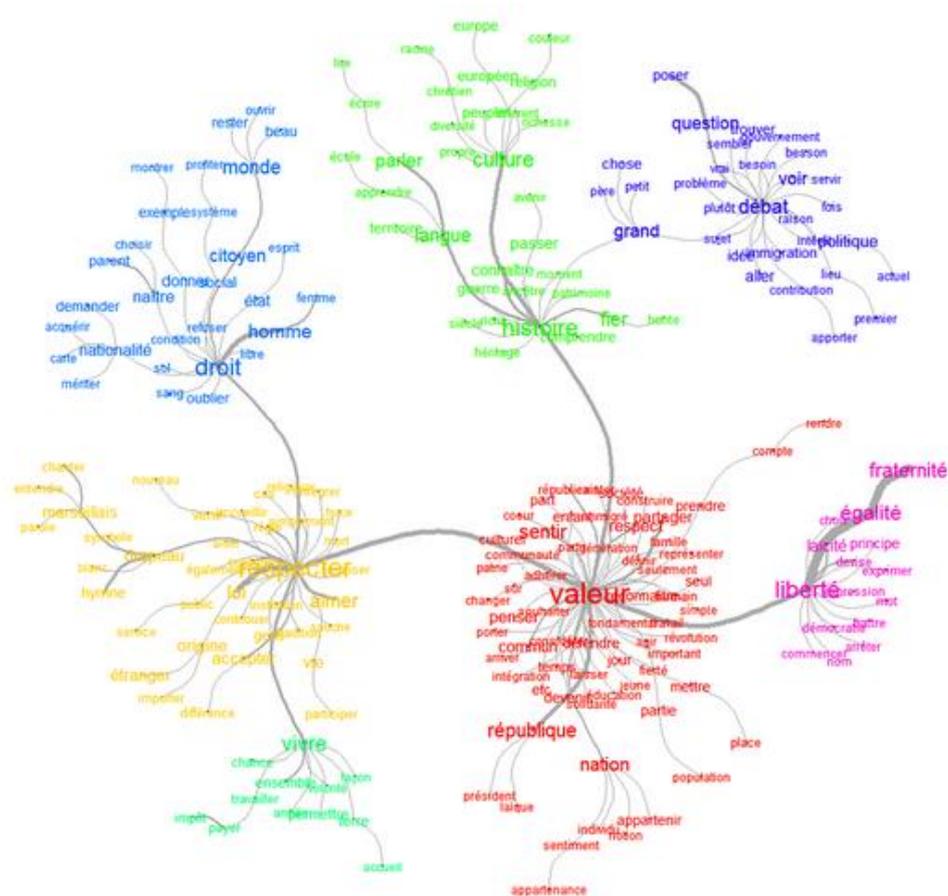
¹¹ Reinert M. 1983, Une méthode de classification descendante hiérarchique : Application à l'analyse lexicale par contexte. Cahiers de l'Analyse des Données, 3, pp. 187-198

¹² Lemmatisation : regroupement sous une forme canonique (en général à partir d'un dictionnaire) des occurrences du texte. En français, ce regroupement se pratique en général de la manière suivante : les formes verbales à l'infinitif, les substantifs au singulier, les adjectifs au masculin singulier, les formes élidées à la forme sans élision. Lebart et Salem 1988

Analyse de similitude¹³ – Arbres maximum

A l'aide de l'indice de la cooccurrence (apparition simultanée de deux ou plusieurs éléments dans le même segment de texte) on construit un « arbre » avec les formes/mots en sommets et les indices de cooccurrence sur les arêtes. Plus la taille des mots est grande, plus ils sont fréquents dans le corpus, plus les liens/arêtes sont épais, plus les mots sont cooccurrents.

Les formes/mots les plus centraux sont détectés à partir du calcul de leur centralité d'intermédiarité. Ces mots servent de points intermédiaires pour relier (au sens de la cooccurrence) un grand nombre d'autres mots entre eux. Nous utilisons la présentation en arbre maximum – graphe connexes sans cycle afin de faciliter la lecture et privilégier les liens les plus forts entre les mots (en termes de cooccurrence).



¹³ L'analyse de similitude (ADS) est une technique, reposant sur la théorie des graphes, classiquement utilisée pour décrire des représentations sociales, sur la base de questionnaires d'enquête. La méthodologie est issue des travaux de :

- Degenne, A., Vergès, P. (1973). Introduction à l'analyse de similitude. Revue française de sociologie
- Flament, C. (1962). L'analyse de similitude. Cahiers du centre de recherche opérationnelle

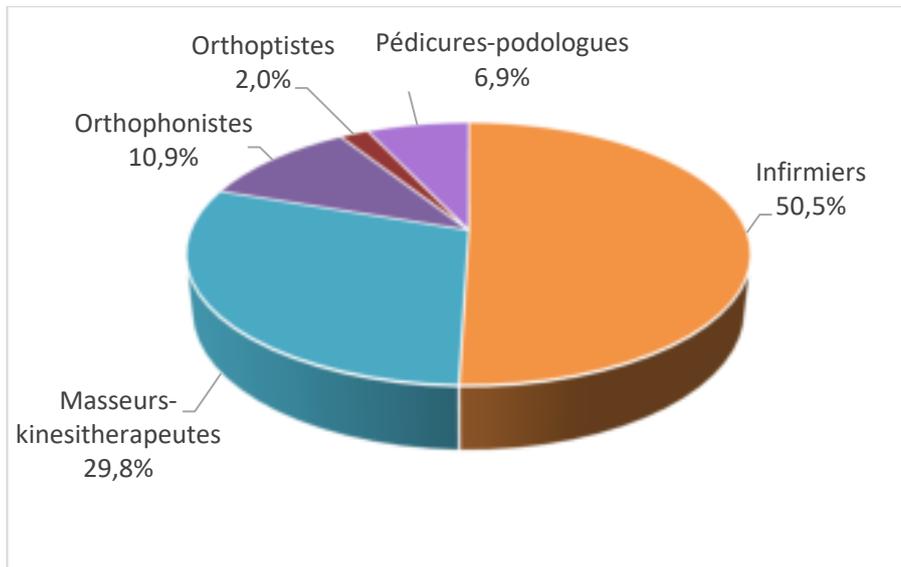
• **Les premiers résultats**

- Dans le cadre de votre travail, décrivez avec précision la ou les situations de travail que vous considérez comme la plus intense et/ou fréquente en termes de pénibilité

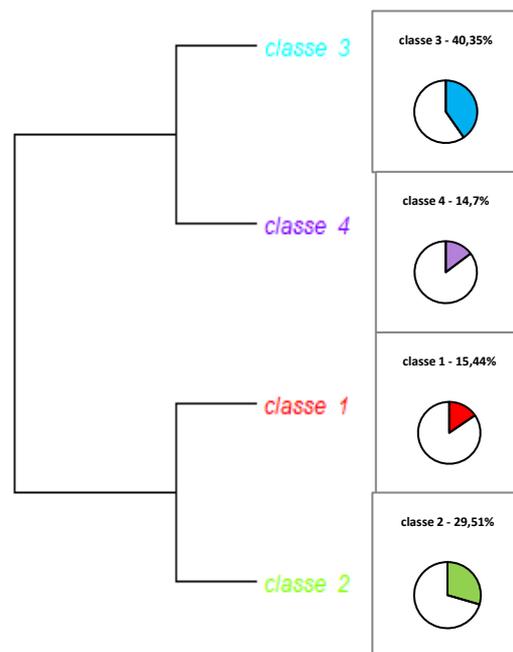
7 977 verbatim (10 641 segments) - 63% des répondants (12 671 réponses dans l'enquête Pénibilité)

Parmi les 7 977 répondants :

- Un tiers ont plus de 20 ans d'ancienneté
- Trois quarts sont des femmes
- 84% vivent en famille
- 86% sont à temps plein
- 27% passent moins de 30 minutes pour les trajets professionnels quotidiens



- Les **classes 1** et **4** sont de petite taille : 15,4% et 14,7% respectivement (1 638 et 1 560 segments de texte)
- La **classe 3** est la plus importante en taille : 40,4% des segments (= 4 282 segments)
- La **classe 2** représente 29,5% des segments (= 3 132)



Classe 1 – Rythme soutenue des journées de travail (1 638 segments – 15,4% des verbatim)

Cette classe lexicale est significativement représentée par les répondants de plus de 50 ans avec plus de 20 ans d'ancienneté étant en Hyperstress et avec le degré sévère d'épuisement émotionnelle.

Les 10 segments les plus caractéristiques (les formes en gras – significativement reliés à la classe 1) :

- longues journées debout 5h retour à la maison 20h30 travail administratif sur le temps de pause déjeuner appels des patients en dehors des heures de travail tôt ou tard le soir et sur les jours de repos charge mentale conséquente surtout par rapport au salaire gagné
- horaire pénible je commence a 4h le matin a cause de la densité du travail dans la journée pour essayer de finir a une heure raisonnable me permettant de faire une coupure à la pause déjeuner
- le nombre d heures travaillées dans une journée je travaille en milieu rural et je passe énormément de temps sur la route je dois adapter mes horaires de travail aux besoins un seul soin éloigné surtout s il est 2 fois par jour peut augmenter énormément mes heures travaillées
- je trouve difficile l amplitude horaire de mes journées début du travail à 6h30 fin de journée 20h30 21h le fait de devoir travailler les week-end et jours fériés de ne pas pouvoir prendre de congés autant que je le voudrais par manque de moyens financiers et de remplaçants fiables
- journée de 14h pénibilité des horaires 6h 21h pénibilité physique porter les patients soins à genoux rythme intense sentiment d insécurité agression verbale et physique journée stressante appels des patients la nuit travail jours fériés et week-end salaire en inadéquation avec la charge de travail
- grosse journée de travail intense 13000 à 15000 pas par jour et beaucoup d escalier monter et descendre sans arrêt de la voiture levé 5h du matin fin de la journée au plus tôt 19h beaucoup de stress pour maintenir les horaires des soins
- amplitude horaire de travail importante commence à 6h30 fin de la journée vers 20h30 fortes chaleur 30 37degres et port du masque Covid cet été stress permanent d être à l heure chez chaque patient
- portage de charges lourdes patient début d activité très tôt le matin et tard le soir journée longue plus de 10 h travail administratif une a deux heures par jour
- les horaires décalées commencer tôt le matin souvent avant 7h et terminer tard le soir parfois 21h avec une pause en journée la manutention des personnes âgées les transferts lit fauteuil
- horaires de travail décalés dès 6h00 le matin avec une pause à 13h00 seulement et qui continue jusqu'à plus de 20h00 grosse journée de travail position ergonomique souvent impossible à domicile

Le mot **Travail** (effectif d'occurrence dans ce groupe **627**) représentant le sommet de la classe, il a également les liens forts avec les sous-thématiques ou « halos » :

- ⇒ **Journée** (460 occurrences et **197** cooccurrences avec la forme **Travail**)
- ⇒ **Horaire** (391 et **165**)
- ⇒ **Temps** (256 et **106**)
- ⇒ **Jour** (344 et **154**)
- ⇒ **Heure** (249 et **122**)
- ⇒ **Charge** (75 et **34**) à **payer** (41 et **20** cooccurrences avec la forme **Charge**)
- ⇒ **Matin** (122 et **65**)
- ⇒ **Physique** (147 et **75**)
- ⇒ **Rythme** (118 et **65**)



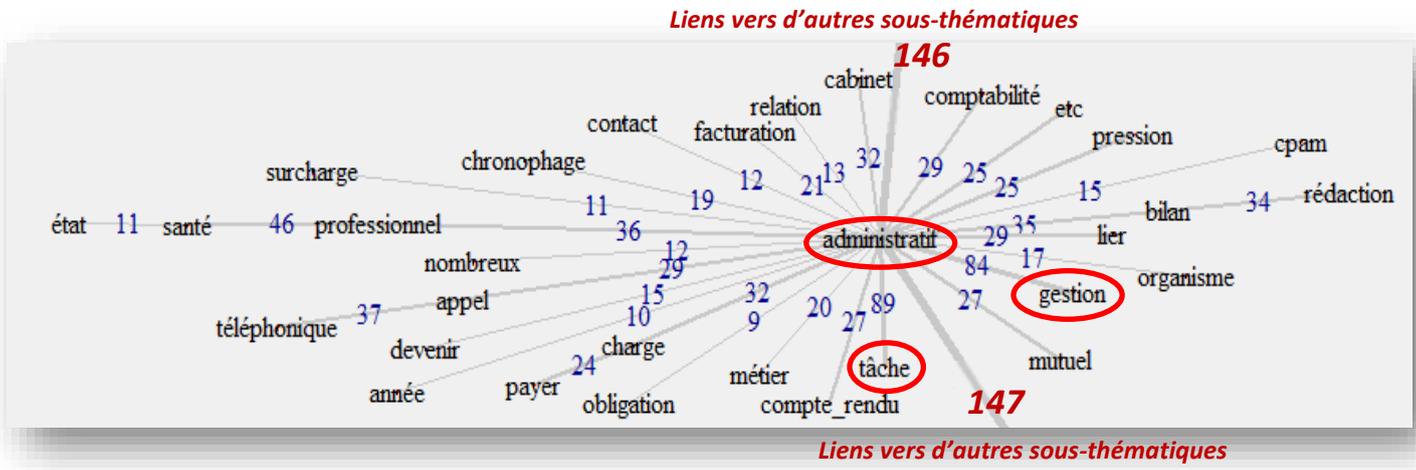
Classe 2 – Charge administrative et des difficultés dans la prise en charge des patients (3 132 segments – 29,5% des verbatim)

Cette classe lexicale est significativement représentée par les orthophonistes, les femmes étant en Hyperstress et avec le degré sévère d'épuisement émotionnelle et dépersonnalisation, âgés entre 30 et 39 ans et effectuant les trajets quotidiens de moins de 60 minutes.

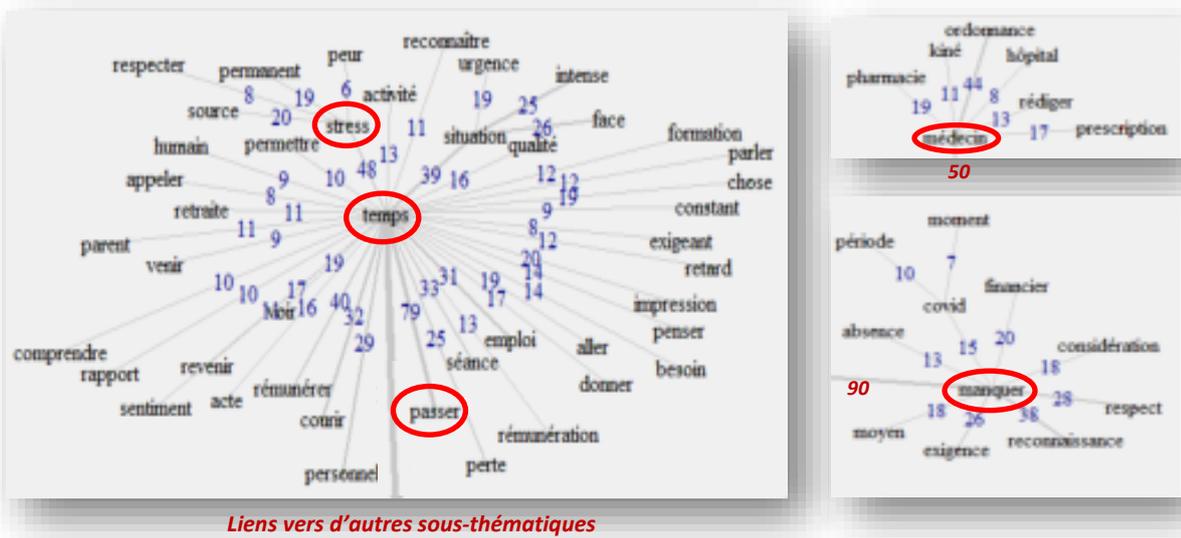
Les 10 segments les plus caractéristiques (les formes en gras – significativement reliés à la classe 2) :

- la charge mentale des consultations les pressions des tâches administratives compte rendus prise de rendez-vous téléphoniques ne pouvoir répondre à toutes les demandes des nouveaux patients gérer les listes d'attente des rendez-vous gérer les contraintes d'organisation
- toutes les tâches administratives qui prennent beaucoup de temps et ne sont pas rémunérées rédaction de compte-rendu de bilan envoi des demandes d'accord préalable à la CPAM relance des mutuelles quand défaut de paiement tenue de comptabilité appels téléphoniques avec les médecins enseignants et autres partenaires
- charge mentale disponibilité permanente liée aux prises de rendez-vous demandes des patients et familles liens avec les autres professionnels et charge administrative liée aux facturations traitement des règlements indus impayés et récupération des ordonnances établissement des plans de soins DSI BSI gestion des remplacements
- charge mentale importante en raison du manque de réactivité des médecins de l'absence de famille ou aidants pour mes patients charge administrative transmissions labo ordonnances traçabilité facturation appels téléphoniques prise de rendez-vous
- manipulation de personne dépendante ou en surpoids prise en charge et suivi de pathologie grave manque total de coordination entre les divers intervenants pénibilité de la gestion de la prise en charge informatique des dossiers des patients avec les complémentaires santé augmentation récurrente du temps consacré aux tâches administratives
- la charge mentale la gestion des choses non liées directement à l'orthophonie comme écouter les messages du répondeur y répondre la comptabilité les DAP gérer les problèmes administratifs de mutuelles de dossier pour les formations les appels aux autres professionnels etc.
- la charge mentale est un fardeau gérer les horaires le protocole sanitaire les tâches administratives les mails les appels téléphoniques l'agenda etc. le tout dans un temps imparti sinon plus de vie personnelle et non rémunéré
- la prise en charge des personnes en détresse vitale ou altération état général difficulté à joindre des médecins traitant qui ne se déplacent plus ou me laisse gérer en appelant le 15 source de stress perte de temps gestion angoisse des proches et rattraper le temps pour les soins à suivre
- stress lié à la gestion du temps charge mentale soins thérapeutique du patient dossier administratif répondre au téléphone gérer l'évolution du traitement des autres patients en cours sur le même créneau
- insuffisance de communication pluriprofessionnelle médecins chirurgien autour se cas complexes notamment chroniques tâches administratives chronophages manque de rémunérations en fonction de notre travail temps de prise en charge long équipement onéreux et sans aide manque de considération

Au centre de la classe nous trouvons le mot *Administratif* (502) il est un sommet d'une sous-thématique avec les liens les plus forts avec Tâche (163 et 89) et Gestion (204 et 84)



- ⇒ Au centre de la sous-thématique nous trouvons le mot *Temps* (571) aux liens les plus forts avec Passer (136 et 79) et Stress (225 et 48)
- ⇒ Médecin (228 et 50)
- ⇒ Manquer (316 et 90)



Classe 3 – Prise en charge et les soins des patients (métier d'infirmiers) (4 282 segments – 40,35% des verbatim)

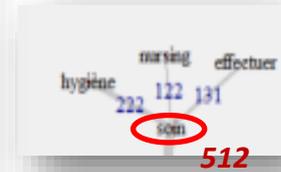
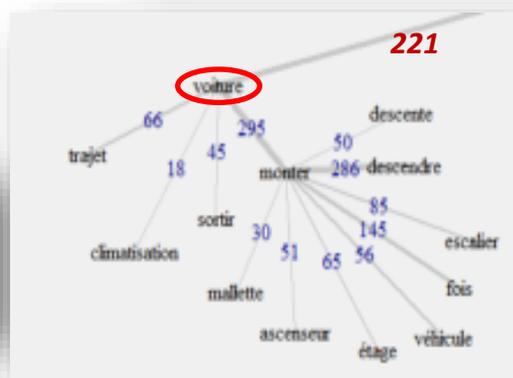
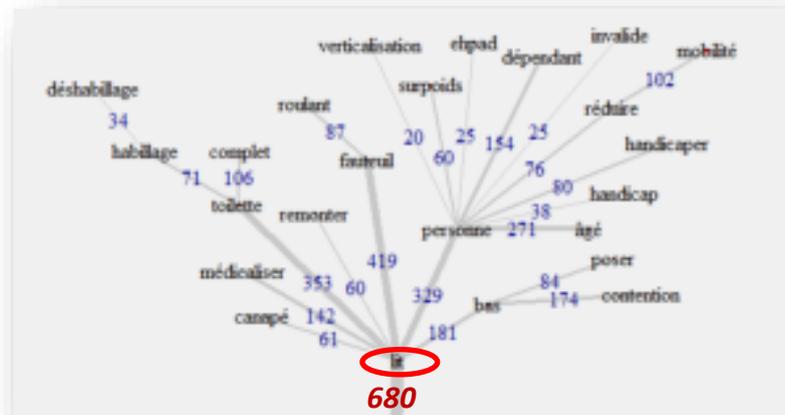
Cette classe lexicale est significativement représentée par les infirmiers du milieu rural ayant l'ancienneté de moins de 5 ans, effectuant les trajets quotidiens de plus d'une heure avec le degré sévère pour la dimension de l'accomplissement personnel.

Les 10 segments les plus caractéristiques (les formes en gras – significativement reliés à la classe 3) :

- les situations de soins les plus pénibles physiquement pour moi sont les manutentions des patients transferts lit fauteuil et inversement toilette au lit aide à la marche chez les personnes en surpoids ou obèse aide au lever ou coucher
- toilette au lit d'une personne handicapée avec habillage et levé au fauteuil pansement à faire le patient sur un canapé bas ou au lit bas obligation d'être penchée ou à genoux chimiothérapie à domicile avec adaptabilité au matériel dont on dispose dans l'environnement du patient
- transferts de patients par exemple du lit au fauteuil s'il n'y a pas de lève malade soins d'hygiène dans une petite salle de bains non adaptée à l'état du patient soins techniques sur un patient sur son lit trop bas non médicalisé monter et descendre de voiture très souvent
- transfert de patients lit chaise douche pour aller dans la salle de bain puis chaise douche lit pour l'habillage puis transfert fauteuil de confort utilisation du levé malade impossible car pièce trop exiguë toilette au lit de patients obèse totalement grabataire avec remontée dans lit
- transfert de patient du lit au fauteuil toilette de personnes grabataires au lit le plus physique étant l'habillage et la mobilisation sur le côté mise de bas ou collant de contention dialogue avec des patients dépressifs ou malades psychiatriques travail le week-end et le soir jusqu'à 20h
- pénibilité physique car lever et porter personne âgée pour transfert lit fauteuil lit car impossible de mettre un lève malade au domicile pénibilité pour l'installation d'un patient lourd alité car pas d'aide de la part de la famille
- toilettes et habillage de personnes totalement invalides et qui n'aident pas transferts de personnes obèses du lit au fauteuil et vice versa positions accroupies pour enfiler des bas de contention salles de bains surchauffées
- aide au lever personne corpulente sans matériel adapté pose bas de contention classe 3 personne alitée lit non médicalisé réfection pansement escarres talonnières personnes âgées ne pouvant pas lever les jambes pose sonde urinaire sur lit trop bas locaux exigus pour faire les soins d'hygiène
- soins de nursing complet au lit chez personnes âgées dépendantes alitées ou les douches chez personnes en fauteuil roulant les domiciles sont peu ou pas adaptés pour appliquer une ergonomie posturale et les matériels de transfert etc. sont non utilisables
- lever les personnes invalides du lit ou de leur fauteuil s'agenouiller au sol la plupart du temps pour mettre les bas de contention ou réaliser des pansements s'accroupir ou se courber pour réaliser la plupart des soins car le domicile des patients est rarement adapté

Les sous-thématiques de la classe 3 :

- ⇒ Lit (1 087 et 680)
- ⇒ Lever (796 et 474)
- ⇒ Salle (194 et 97)
- ⇒ Soin (974 et 512)
- ⇒ Voiture (480 et 221)



Classe 4 – Postures pénibles (métiers kiné / podologue / orthoptiste) (1 560 segments – 14,7% des verbatim)

Cette classe lexicale est significativement représentée par les pédicures-podologues, orthoptistes et masseurs-kinésithérapeutes effectuant les trajets professionnels quotidiens de moins de 60 minutes, étant des hommes et en activité dans le milieu urbain.

Les 10 segments les plus caractéristiques (les formes en gras – significativement reliés à la classe 4) :

- le travail en position assise enroulée du tronc les bras en l'air et la tête penchée en avant la position enroulée et les bras en l'air finit par entraîner beaucoup de douleurs de dos et cou et bras douleur a la main et au pouce droit je suis droitière
- posture de travail pour la rééducation des patients en position assise légèrement penchée en avant en torsion bras levés position très fréquente entraînant des douleurs chroniques au niveau du dos des cervicales et des épaules
- douleur main surtout les doigts et encore plus le pouce et avant bras du fait des massages et mobilisations très régulièrement massage et mobilisations manipulations du rachis avec tronc penché en avant mobilisations des membres inférieurs souvent lourds pour mon dos aide au transfert des personnes en fauteuil ou personne âgées peu valides
- manutention et maintien prolongé de membres du corps des patients bras jambes tête en kinésithérapie position penchée en avant et en rotation fréquente mouvements et pressions répétitives et prolongées au niveau des membres supérieurs appuis contre appuis manuels massage maintient prolongée de positions non ergonomiques
- tractions cervicales me provoquent des douleurs dans les mains et les doigts mobilisations passives des membres inférieurs me provoquent des douleurs dans les bras massages répétés me provoquent des douleurs dans les dos
- position de travail assise mais je suis constamment penchée en avant entraînant des douleurs aux épaules des douleurs lombaires et la tête est en extension entraînant des douleurs cervicales j'utilise constamment mes mains beaucoup de manipulations avec force qui entraînent fréquemment des douleurs au niveau des doigts
- positions d'étirements des patients où nous grimpons sur la table il nous manque au mois 2 bras donc nous compensons avec les membres inférieurs massage en position assise penchée en avant avec légère rotation démonstration des exercices des membres supérieurs
- les gestes répétitifs de coupe d'ongle notamment et l'utilisation d'instruments rotatifs qui créent des tension dans la main et l'avant-bras la position de travail de soins assise penchée la tête en avant qui crée des tension énormes au niveau cervical
- soin de pédicurie au cabinet ou à domicile position assise penchée en avant ou bras levés pour abrasion de kératose et unguéale et souvent pas mal de douleurs au dos et aux coudes et aux épaules épicondylites
- travail assise tête penchée pour bien voir le pied du patient douleurs aux mains à cause de gestes répétitifs de manipulation des instruments de pédicurie position à genoux au sol pour prises d'empreintes dans le but de fabrications semelles orthopédiques soins aux patients handicapés en ehpad

