QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL des INFIRMIERS-ANESTHESISTES D.E.

État des lieux du ressenti des IADE en 2023, restitution de l'enquête SNIA



2023-2024

SYNDICAT NATIONAL DES INFIRMIER(E)S-ANESTHESISTES

Les auteurs :

Groupe de travail QVT :
Mme Cécile LANDURÉ : Secrétaire générale du SNIA
M. Jean SERVIÈRE : Conseiller et chief information officer du SNIA
M. Jérémy GAILLARD **:** Vice-président du SNIA
Mme Sabine MOUSSEAUX : Conseillère SNIA
M. Madjid BELAHRIZI : Trésorier du SNIA

Comité de relecture :
M. Bruno HUET
Mme Charline SERY
M. Simon TALAND
M. Aurélien COLLEU
M. Nico DECOCK
M. Sylvain LEFLOND
M. François VERON
M. Sébastien BARNY
M. Alexandre JACQ
M. Brice RAMONDENC
M. Sylvain LEFLOND
M. Jonathan HA
M. Erwin COLLET
M. Christophe PAYSANT

Remerciements

Chers participants à l'enquête QVT 2023,

Le Conseil du SNIA tient à vous exprimer sa sincère reconnaissance pour votre précieuse contribution à son enquête. Votre temps, vos réponses et vos commentaires ont été essentiels pour nous aider à recueillir des informations importantes.

Votre engagement et votre coopération sont grandement appréciés. Grâce à vous, nous sommes mieux informés et pouvons prendre des décisions éclairées. Votre implication a un impact réel et positif, et nous sommes reconnaissants de votre soutien.

Encore une fois, merci d'avoir pris part à cette enquête. Votre participation est inestimable, et nous espérons continuer à pouvoir compter sur vous.

Le Conseil du SNIA

Note des auteurs : Le genre masculin sera utilisé dans ce document en tant que genre neutre.

Abstract

Au cours des dix dernières années, les Infirmiers-Anesthésistes (IADE) ont été confrontés à un paysage professionnel en mutation, marqué par des crises, des réformes hospitalières, et plus récemment, par l'impact dévastateur de la pandémie de COVID-19. Malgré une forte identité professionnelle, ces professionnels ont exprimé des défis persistants quant à la reconnaissance de leurs compétences et à la qualité de leur environnement de travail.

Dans ce contexte, le Syndicat National des Infirmiers-Anesthésistes (SNIA) a entrepris une étude corrélationnelle nationale par questionnaire auto-administré pour évaluer la qualité de vie au travail des IADE.

Les résultats ont révélé une situation alarmante : un manque de considération, des horaires de travail éprouvants, et des décisions de gestion perçues par les répondants comme déconnectées des réalités du terrain. Le manque de considération, tant financière qu'académique, est identifié comme un enjeu majeur, dont l'étiologie est associée par les répondants à un désintérêt gouvernemental pour les préoccupations récurrentes des Infirmiers anesthésistes. En parallèle, la disparité entre les secteurs public et privé souligne l'urgence d'une action pour garantir une équité dans les conditions de travail.

Cette étude met en évidence l'importance cruciale du leadership des Infirmiers anesthésistes dans l'amélioration de la qualité de vie au travail. Pour y parvenir, une meilleure communication, une reconnaissance adéquate (académique et salariale) et des conditions de travail flexibles sont essentielles.

L'amélioration de la qualité de vie au travail des infirmiers-anesthésistes est indispensable pour assurer la pérennité des soins anesthésiques en France, et nécessite une attention immédiate de la part des décideurs politiques et des gestionnaires du secteur de la santé

Over the past decade, Nurse Anesthetists (IADEs) have faced a changing professional landscape marked by crises, hospital reforms, and more recently, the devastating impact of the COVID-19 pandemic. Despite a strong professional identity, these professionals have expressed persistent challenges regarding the recognition of their skills and the quality of their work environment.

In this context, the National Union of Nurse Anesthetists (SNIA) conducted a nationwide correlational study through a self-administered questionnaire to assess the quality of work life of IADEs.

The results revealed an alarming situation: a lack of consideration, challenging work schedules, and management decisions perceived by respondents as disconnected from the realities of the field. The lack of consideration, both financially and academically, is identified as a major issue, with its etiology associated by respondents with a governmental disregard for the recurring concerns of nurse anesthetists. Additionally, the disparity between the public and private sectors underscores the urgent need for action to ensure equity in working conditions.

This study highlights the crucial importance of nurse anesthetists' leadership in improving the quality of work life. To achieve this, better communication, adequate recognition (academic and financial), and flexible working conditions are essential.

Improving the quality of work life of nurse anesthetists is essential to ensure the sustainability of anesthesia care in France and requires immediate attention from policymakers and healthcare sector managers.

Sommaire

Glossaire....10
Introduction....11
1. Objet de l'enquête....12
1.1 Objectifs....12
1.2 Cadre théorique....12
2. Méthodologie de l'enquête....13
2.1 Approches et type d'étude....13
2.2 Échantillon et stratégie de recrutement des participants....13
2.3 Temporalité....13
2.4 Les logiciels....14
2.5 Méthodes de recueil des données....14
2.6. Plan d'analyse des données....15
2.6.1 Les échelles....15
2.6.2 Tests descriptifs....15
2.6.3 Tests inférentiels....15
2.7 Considérations éthiques et réglementaires....16
2.8 Limites....16
3. Résultats communs aux 2 études....17

QVT Partie 1 : Axe sociodémographique....18
1. Données démographiques générales de la population IADE....18
2. Répartition par sexe....19
2.1 Évolution de la population IDE par sexe en France....19
2.2 Évolution de la population IADE par sexe en France....20
2.3 Données enquête 2023....21
3. Situation familiale des répondants....22
3.1 Les données générales de l'enquête 2023....22
3.2 Évolution de la situation familiale des IADE....23
3.3 Situation familiale selon le sexe....23
4. Pyramide des âges et perspectives démographiques....25
4.1 Données 2023....25
4.2 Pyramides des âges....26
4.3 Évolution démographique par tranches d'âge des répondants aux enquêtes SNIA depuis 1989....27
5. Données d'exercice professionnel....28
5.1 La diplomation....28

5.1.1 Ancienneté du diplôme dans l'enquête 2023 28
5.1.2 Âge d'obtention du diplôme 29
5.2 Statut de l'employeur 29
5.2.1 Les données générales de l'enquête 2023 29
5.2.2 Répartition régionale par employeurs des répondants de l'enquête 2023 31
5.2.3 Évolution de la répartition des employeurs 32
5.3 Région d'exercice des répondants 32
5.4 Secteurs d'activité 34
5.4.1 Données de l'enquête 2023 34
5.4.2 Évolution des effectifs IADE selon les domaines d'activité 35
5.5 Fonction d'encadrement 36
5.5.1 Les données générales de l'enquête 2023 37
5.5.2 Secteurs d'activité des cadres 39
5.5.3 Employeurs des cadres IADE 41
5.5.4 Évolutions des Fonctions des cadres 41
5.5.5 Évolution démographique des cadres 42
5.5.6 Origine de la filière de l'encadrement des équipes IADE 44
5.6 Temps de travail partiel 45
5.6.1 Données générales 45
5.6.2 Répartition des quotités de temps de travail 46
5.6.3 Répartition hommes/femmes temps plein/partiel 47
5.6.4 Temps partiels et employeurs 48
5.6.5 Évolution de la proportion du temps partiel 49
5.6.6 Répartition du temps partiel en fonction du genre 50
5.6.7 Répartition des temps partiels selon les tranches d'âges et situations familiales 50
5.7 Heures supplémentaires 53
5.7.1 Fréquence des dépassements d'horaires 54
5.7.2 Heures supplémentaires en plus du temps de travail légal 54
5.7.3 Origine des heures supplémentaires 55
5.8 Les Permanences et astreintes 57
5.8.1 Permanences de gardes 57
5.8.2 Astreintes à domicile 62

QVT Partie 2 : Axe psychodynamique du travail 66
1. Troubles musculosquelettiques 67
2. Situations humiliantes ou vexatoires 69
2.1 Fréquence 69
2.2 Analyse comparative de l'échantillon 70
2.2.1 Situations humiliantes ou vexatoires et genre 70

.....70
2.2.2 Situations humiliantes ou vexatoires et quotités de travail.....71
2.2.3 Situations humiliantes ou vexatoires et astreintes à domicile 71
3. Ressenti au travail 73
3.1 Ambiance au travail 73
3.2 Ressenti des IADE au travail 74
3.3 Analyse comparative de l'échantillon.....77
3.3.1 Ressenti au travail et genre 77
3.3.2 Ressenti au travail et situation familiale 78
3.3.3 Ressenti au travail et statut de l'employeur 79
3.3.4 Ressenti au travail et âge, ancienneté du diplôme 83
3.3.5 Ressenti au travail et région d'exercice 83
3.3.6 Ressenti au travail et secteur d'activité.....83
3.3.7 Ressenti au travail et missions d'encadrement 84
3.3.8 Ressenti au travail et origine de la filière d'encadrement.....87
3.3.8 Ressenti au travail et quotité de travail, mode d'exercice.....91
4. Reconnaissance au travail 96
4.1 Reconnaissance par les autres professionnels.....96
4.2 Analyse comparative de l'échantillon.....97
4.2.1 Reconnaissance et âge, ancienneté du diplôme 97
4.2.2 Reconnaissance et situation parentale, familiale.....97
4.2.3 Reconnaissance et origine de l'encadrement 98
4.2.4 Reconnaissance et statut de l'employeur 102
4.2.5 Reconnaissance et quotité de travail, mode d'exercice.....104
5. Ressenti en dehors du temps de travail 106
5.1 Impact sur la vie familiale.....106
5.2 Analyse comparative de l'échantillon.....108
5.2.1 Ressenti en dehors du temps de travail et situation parentale.....108
5.2.2 Ressenti en dehors du temps de travail et fonction d'encadrement 109
5.2.3 Ressenti en dehors du temps de travail et origine de l'encadrement 109
5.2.4 Ressenti en dehors du temps de travail et statut employeur 110
5.2.5 Ressenti en dehors du temps de travail / quotité de temps, mode de travail.....111
6. Droit à la déconnexion et rappels sur les repos.....112
6.1 Liens numériques et rappels sur les repos.....112
6.1.1 Liens numériques 112
6.1.2 Rappels sur les repos.....114
6.2 Analyse comparative de l'échantillon.....114
6.2.1 Déconnexion et rappel sur les repos / âge et ancienneté du diplôme.....115
6.2.2. Déconnexion et rappel sur les repos / secteur d'activités 115

6.2.3. Déconnexion et rappel sur les repos / fonctions d'encadrement....116
6.2.4. Déconnexion et rappel sur les repos / statut de l'employeur....117
.2.5 Déconnexion et rappel sur les repos / quotité de temps et mode de travail....117
7. Les facteurs de bien-être....119
7.1 L'importance des facteurs de bien-être....119
7.2 Analyse comparative de l'échantillon....122
7.2.1 Facteurs de bien-être et genre....122
7.2.2. Facteurs de bien-être et âge....123
7.2.3 Facteurs de bien-être et ancienneté diplôme....123
7.2.4 Facteurs de bien-être et secteur d'activité....123
7.2.5 Facteurs de bien-être / quotité de temps et mode de travail....124
8. Reconversion professionnelle....127
8.1 Songez-vous à une reconversion ?....127
8.2 Analyse comparative de l'échantillon....128
8.2.1 Reconversion professionnelle / âge et ancienneté du diplôme....128
8.2.2 Reconversion professionnelle et situation familiale....128
8.2.3 Reconversion professionnelle et fonction d'encadrement....129
8.2.4. Reconversion professionnelle et quotité de temps de travail....129
8.2.5 Reconversion professionnelle et vécu d'expériences humiliantes....130
9. Note de Qualité de Vie au Travail....130
9.1 Évaluation de la QVT....130
9.2. Analyse comparative de l'échantillon....131
9.2.1 Note QVT et reconversion....131
9.2.2 Note QVT et vécu d'expériences humiliantes....131
9.2.3 Note QVT et astreintes....132
9.2.4 Note QVT et statut de l'employeur....133
10. Améliorer le bien-être au travail....135
10.1 Éléments pouvant améliorer le bien-être au travail....135
10.2 Analyse comparative de l'échantillon....137
10.2.1 Éléments pouvant améliorer le bien-être et genre....137
10.2.2 Éléments pouvant améliorer le bien-être et âge....140
10.2.3 Élément pouvant améliorer le bien-être et situation parentale....141
10.2.4 Éléments pouvant améliorer le bien-être et ancienneté diplôme....141
10.2.5 Élément pouvant améliorer le bien-être et région d'exercice....141
10.2.6 Élément pouvant améliorer le bien-être et secteur d'activités....142
10.2.7 Élément pouvant améliorer le bien-être et encadrement....143
....145
10.2.8 Éléments pouvant améliorer le bien-être au travail et statut de l'employeur....145
10.2.9 Éléments pouvant améliorer le bien-être / quotité de temps et mode de travail....146

10.3 Question ouverte 149
10.3.1 Reconnaissance 149
10.3.2 L'organisation générale du bloc et du travail. 150
10.3.3 L'amélioration de la communication et une plus grande écoute 151
10.3.4 La problématique des ressources humaines 151
10.3.5 La formation 152
10.3.6 L'amélioration du matériel 152
10.3.7 Les horaires et le planning 152
10.3.8 Les Médecins Anesthésistes-Réanimateurs 153
10.3.9 Les pauses 153
10.3.10 Autres 153
11. Retour COVID 155
11.1 Réaffectations 155
11.1.1 Avez-vous été réaffecté ? 155
11.1.2 Service de réaffectation 156
11.1.3 Proportion d'IADE réaffectés par région 157
11.2 Les rapports avec l'équipe 158
12. Focus étudiant 159
12.1 Réaffectations des étudiants IA 159
12.1.1 Fréquence des réaffectations 159
..... 160
12.1.3 Répartition par établissement 160
12.1.4 Ressentis et perceptions lors des redéploiements 161
12.2 Abandons et financement 165
12.2.1 Autofinancement 165
12.2.2 Abandons 166
12.2.3 Question ouverte 167
13. Conclusion 169
15. Bibliographie 170

Glossaire

IADE : **I**nfirmier-**A**nesthésiste **D**iplômé d'**É**tat
EIA : **É**tudiant **I**nfirmier**-A**nesthésiste
DREES : **D**irection de la **R**echerche, des **É**tudes, de l'**É**valuation et des **S**tatistiques
SNIA : Syndicat National des Infirmiers-Anesthésistes
GHT : **G**roupements **H**ospitaliers de **T**erritoire
HAS : **H**aute **A**utorité de **S**anté
DGOS : **D**irection **G**énérale de l'**O**ffre de **S**oins
T2A : Tarification à l'**A**ctivité
QVT : Qualité de **V**ie au **T**ravail
RGPD : Règlement **G**énéral sur la **P**rotection des **D**onnées
IBODE : Infirmier de **B**loc **O**pératoire **D**iplômé d'**É**tat
IDE : Infirmier **D**iplômé d'**É**tat
SSPI : Salle de **S**urveillance **P**ost-**I**nterventionnelle
RH : Ressources **H**umaines
TMS : Troubles **M**usculos**q**uelettiques
MAR : Médecin **A**nesthésiste **R**éanimateur
INSEE : Institut **N**ational de la **S**tatistique et des **E**tudes **E**conomiques
HIA : **H**ôpital d'**I**nstruction des **A**rmées
PMO : **P**rélèvement **M**ulti **O**rganes
UMHP : **U**nité **M**obile **H**ospitalière **P**aramédicalisée
IPDE : **I**nfirmier **P**uériculteur **D**iplômé d'**É**tat
AS : **A**ide-**S**oignant
DM : **D**ispositif **M**édical
CH : **C**entre **H**ospitalier
CHU : **C**entre **H**ospitalier **U**niversitaire
UFR : **U**nité de **F**ormation et de **R**echerche
IC : **I**ndice de **C**onfiance
p : p value
m : Moyenne
N.d.A : Note **d**es **A**uteurs

Introduction

Plus de 10 ans se sont écoulés depuis la dernière enquête de qualité de vie au travail (QVT) menée par le Syndicat National des Infirmiers-Anesthésistes (SNIA) auprès des infirmiers-anesthésistes. Nous avions laissé en 2011 une population IADE (Infirmier-Anesthésiste Diplômé d'Etat) forte, fière de son identité professionnelle, mais qui touchait du doigt de nombreux manques de reconnaissance de leurs compétences et de leur investissement dans les établissements de santé.

Sur ces 10 dernières années se sont accumulées les crises, les réformes hospitalières, l'inflation, la réingénierie de la profession d'IADE en 2012, mais surtout une pandémie de la COVID-19 sans précédent qui bouleversa nos vies et nos façons de travailler.

Les réformes hospitalières successives qui ont impacté le secteur hospitalier tant sur sa gouvernance que sur son financement, l'organisation du travail ou les modes d'exercices (organisations en pôles, Tarification à l'Activité T2A, Groupements Hospitaliers de Territoire GHT, standardisation des pratiques, démarche de certification...) ont eu des conséquences majeures sur le vécu psychosocial de tous les professionnels de santé, si bien que la Haute Autorité de Santé (HAS) en a fait un des sujets majeurs depuis 2010, complété par des mesures mises en places par la Direction Générale de l'Offre de soins (DGOS) en 2016[1] afin de déployer des démarches d'enquête de qualité de vie au travail dans les établissements.

Plusieurs articles internationaux mettent en lumière l'importance de divers facteurs tels que les conditions de travail, le soutien organisationnel, la satisfaction professionnelle, et l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle dans la qualité de vie au travail des infirmières. Ainsi les conditions de travail, le soutien organisationnel, la charge de travail, la reconnaissance professionnelle, la communication interpersonnelle, et les opportunités de développement professionnel sont des éléments cruciaux pour favoriser un environnement de travail sain et épanouissant pour les infirmières[2]. Il en est de même, des dimensions telles que la satisfaction professionnelle, l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, le sentiment de contrôle sur son travail, le soutien social et professionnel, ainsi que le sens du travail. Ces éléments contribuent à créer un environnement de travail favorable au bien-être et à la satisfaction des infirmières[3]. Des études offrent également des cadres d'évaluation et des définitions précises pour mieux appréhender et améliorer cette qualité de vie au sein de la profession infirmière.

Très concrètement, les timides mesures mises en place actuellement pour améliorer les conditions de travail des agents, leur santé physique et mentale, et surtout garantir leur sécurité semblent bien insuffisantes au regard des alertes qui se multiplient dans nos structures de soins.

Riches de notre expérience passée et des travaux internationaux sur le sujet, nous avons décidé, dans ce contexte, de réaliser une nouvelle enquête nationale sur la qualité de vie des IADE.

1https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthe_se_e_valuation_clusters_dgos_160519.docx.pdf

2 "Factor Affecting the Quality of Work Life Among Nurses: A Systematic Review" par Zefanya Marthasari Sibuea, Marina Sulastiana, et Efi Fitriana.

3 "Defining Quality of Nursing Work Life" par Beth A. Brooks et Mary Ann Anderson.

1. Objet de l’enquête

1.1 Objectifs

Les objectifs de l’enquête consistent à dresser un état des lieux de la qualité de vie des IADE au travail suivant 2 axes principaux :

- **axe sociodémographique**
- **axe psychodynamique du travail.**

.

Les objectifs secondaires de ces 2 études sont :

- de comparer les résultats avec les enquêtes démographiques du SNIA de 2001[4], 2011[5] et 2018[6],
- d’identifier les facteurs de pénibilité et les contraintes morales et psychologiques liées au contexte,
- de dresser un état des lieux du ressenti des conditions de travail des IADE,
- d’évaluer l’impact de la pandémie de la CoViD-19 sur les IADE
- d’évaluer l’impact de la pandémie de la CoViD-19 sur les EIA des promotions 2020-2022 et 2021-2023
- d’appréhender les conditions de travail et leurs conséquences sur la qualité de vie au travail, enquête discriminante.

1.2 Cadre théorique

L'approche la plus couramment retenue pour appréhender le phénomène de la qualité de vie au travail dans le cadre d'une enquête est souvent multidimensionnelle. Cela signifie qu'elle prend en compte plusieurs aspects ou dimensions de la vie professionnelle qui peuvent influencer le bien-être des travailleurs. Voici quelques-unes des dimensions généralement prises en compte dans ce type d'enquête :

- les conditions de travail : cela inclut la sécurité, le confort physique, l'équipement adéquat, etc.
- les relations interpersonnelles : la qualité des relations entre collègues, avec les superviseurs et la direction.
- l’équilibre travail-vie personnelle : la capacité à concilier les exigences professionnelles et personnelles.
- le développement professionnel : les opportunités de formation, de développement de carrière et de croissance personnelle.

4 https://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/enqsnia2001.pdf

5 https://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/enquete_snia_2011.pdf

6 https://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/geiade_2018_snia.pdf

- la reconnaissance et récompense : la reconnaissance du travail accompli, les récompenses financières ou non financières.
- la participation et autonomie : le degré de participation des travailleurs aux décisions qui les concernent et le niveau d'autonomie dans l'exécution de leurs tâches.
- l'environnement physique et organisationnel : l'ergonomie des espaces de travail, l'organisation du travail, etc.

Ces dimensions peuvent varier en fonction du contexte spécifique de l'enquête et des objectifs recherchés.

2. Méthodologie de l'enquête

2.1 Approches et type d'étude

Une étude corrélationnelle a été réalisée afin de répondre aux objectifs de l'étude

2.2 Échantillon et stratégie de recrutement des participants

L'interrogation de la population IADE entière étant impossible (cette étude n'étant pas un recensement), notre échantillon se devait d'être représentatif.

Afin de garantir la précision des moyennes obtenues, nous avons opté pour un intervalle de confiance de 95%. En d'autres termes, cela signifie que la moyenne de la population à 95% de chances d'être incluse dans un intervalle calculé à partir de notre échantillon. Pour assurer la fiabilité de cet intervalle, un nombre minimum de 384 participants a été déterminé par calcul.7

Il fut décidé d'adresser ce questionnaire par mail pour toucher le plus grand nombre. Aucune version papier du questionnaire n'a été émise afin de limiter les supports, de faciliter et d'accélérer le recueil des données.

2.3 Temporalité

Dans le but de recruter le plus grand nombre de professionnels, une base de données a été constituée à partir de nos fichiers adhérents et anciens adhérents jusqu'en 2019.

Celle-ci a constitué le fichier d'invitation de base.

En parallèle, une page web (https://qvt.snia.net) a été créée afin de donner la possibilité d'ouvrir l'enquête à des participants au-delà des adhérents, dans une démarche d'inscription volontaire.

Une diffusion du lien vers ce site dans les établissements et sur les réseaux sociaux a été réalisée entre fin avril et le 10 juin.

7 https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/

La liste de contacts ainsi créée a servi de base de participants pour notre outil d'enquête informatique.

Les questionnaires ont été envoyés dans la continuité de la clôture de la construction de cette base de contacts le 16 juin 2023.

La rapidité des réponses au questionnaire a permis d'atteindre un taux de réponse satisfaisant dans la première semaine.

L'enquête a été clôturée le 5 juillet 2023.

2.4 Les logiciels

Le logiciel LimeSurvey™, installé sur nos serveurs et répondant aux critères ci-dessus fut choisi aussi pour :

- sa relative simplicité de mise en œuvre, sa puissance et sa flexibilité,
- la version serveur disponible à l'installation par notre hébergeur O2SWITCH,
- ses fonctions d'envoi et de contrôle des emails,
- la possibilité d'anonymiser les réponses des participants,
- la sécurisation des données.

2.5 Méthodes de recueil des données

Un questionnaire auto-administré a été développé en regard du cadre théorique (1.2. Cadre théorique).

Nous avons repris la trame de l'enquête QVT de 2011 que nous avons enrichie de plusieurs questions pour un total de 62 :

- 31 questions fermées
- 2 questions ouvertes
- 29 questions conditionnelles dont 2 questions ouvertes et 4 semi-ouvertes (de précisions).

La durée de réponse aux questionnaires a été évaluée de 5 à 10 minutes.

2.6. Plan d’analyse des données

À la suite de la collecte des données, nous avons effectué une analyse descriptive et inférentielle en tenant compte de divers groupes constitués.

Seuls les croisements de données qui nous ont paru pertinents ont été retenus.

2.6.1 Les échelles

Les échelles de Likert ont été converties en variables quantitatives discrètes à l’aide d’entier commençant par 1 pour les fréquences et les niveaux d’accord les plus faibles et allant jusqu'à 6 pour les fréquences et les niveaux d’accord les plus élevés.

2.6.2 Tests descriptifs

Les tests descriptifs retenus pour effectuer notre étude sont :
moyenne, médiane, mode, étendue, écart type, pourcentage, écarts interquartiles, histogrammes.

2.6.3 Tests inférentiels

Nous avons souhaité approfondir cette analyse afin de savoir si la différence des moyennes recueillies était significative ou alors juste le fruit du hasard.

Seuls les croisements de données pouvant apporter des informations parfaitement contrôlables ont été retenus.

Le logiciel open source Jamovi nous a permis, au-delà de la réalisation de la statistique descriptive, d’effectuer différents tests tel que les tests de comparaison de moyenne sur échantillon indépendant (test de Student, test de Welch, test ANOVA…) ou la recherche de corrélation de Pearson :

- test de Student
- test de Welch
- test ANOVA
- corrélation de Pearson
- Chi2 ou test exact de Fisher

Ces analyses ont pu être réalisées après codage de la base de données.

2.7 Considérations éthiques et réglementaires

Le questionnaire était individuel.

Le protocole d'étude a été approuvé par les instances du SNIA.

Le respect de l'anonymat est assuré par l'absence de lien entre l'email d'invitation et le jeton de réponse attribué.

Une charte éthique a été acceptée, aucune adresse mail ne pouvait être communiquée à qui que ce soit.

Une différenciation a été établie entre la personne qui exploite les données et réalise l'analyse et les détenteurs du fichier qui fournissent les données.

Les différentes sur-représentations ne se verront appliquer aucun coefficient correcteur, cependant un certain nombre de tests seront réalisés avec un indice de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5 %.

2.8 Limites

Les tests statistiques sont soumis à des erreurs d'interprétation, divisées en deux types :

1. Erreur de type 1 (risque alpha), aussi appelée "faux positifs", peut conduire à conclure à tort à un lien entre deux variables. Elle est déterminée par la p-value, avec une convention courante de 5% de marge d'erreur (p-value < 0,05).
2. Erreur de type 2 (risque bêta), ou "manqué de bateau", peut conduire à conclure à tort qu'il n'y a pas de lien entre deux variables. Ce risque est mesuré par la puissance du test, conventionnellement suffisante lorsque le risque bêta est inférieur à 20%.

Concernant les biais de sélection, la reconnaissance et l'identification de ces biais permettent de les atténuer lors de l'analyse.

Notre échantillon peut être sujet au biais d'échantillonnage, car ce dernier a été effectué en ligne et pourrait ignorer certains IADE récalcitrants à l'utilisation des technologies web. De plus, notre échantillon a été constitué à partir d'une base de données d'adhérents et de sympathisants "*SNIA-friendly*", nous avons essayé de minimiser ce biais par des formulations les plus neutres possibles.

Ces biais (désirabilité sociale, de confirmation, d'autocomplaisance, l'effet de Halo, les stéréotypes, …), souvent inconscients, influencent les réponses des enquêtés. Bien qu'ils soient inhérents à la nature humaine, leur influence peut être limitée en les reconnaissant et en les prenant en compte lors de l'analyse.

3. Résultats communs aux 2 études

Au 1er janvier 2021, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) répertorie 11756 IADE. Ce nombre est toutefois à prendre avec des précautions, car il est souvent surestimé. En effet, on note à la même date, 8859 IADE de moins de 62 ans, âge légal de départ à la retraite.

Dans le cadre de cette enquête :

- 1973 invitations ont été envoyées,
- 1973 courriels ont été validés,
- 815 se sont inscrits volontairement,
- 1185 questionnaires ont été rempli,
- nombre de réponses exploitables : 896 réponses ont pu être exploitées.

Les 1973 e-mails envoyés et validés correspondent à 16,78% de la population IADE. 1185 personnes ont répondu, soit 10,07% de la population IADE.

Dans ce contexte :

- 290 questionnaires étaient incomplets, dont deux mal remplis.
- 896 réponses furent exploitables : soit **un taux d'achèvement de l'enquête de 75,52%.**

Ce nombre de réponses représente **7,62%** des IADE exerçant en France.

L'échantillon est donc jugé largement suffisant pour être significatif avec un intervalle de confiance de 95%.

Lors de l'enquête 2011, 21,12% des IADE exerçant avaient répondu à l'enquête QVT. Cette différence s'explique notamment par une application stricte du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)[8] .

Le pourcentage de réponses incomplètes était en 2011 moins important qu'en 2023. Cela peut s'expliquer par :

- le nombre plus conséquent de questions,
- le support informatique exclusif. En effet, le support papier permet d'abandonner le questionnaire en cours et d'y revenir,
- le non-achèvement et la non-validation d'un questionnaire fermé le classe comme non répondu par le logiciel d'enquête statistique, et de sondage Lime Survey. De plus, l'inachèvement d'un questionnaire entraîne l'annulation du jeton de participation, rendant impossible toute reprise ultérieure. Le choix du système de jeton (géré par le serveur à l'envoi des courriels d'invitation) permet d'assurer une seule réponse par invitation et donc d'éviter un biais méthodologique.

8 https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees

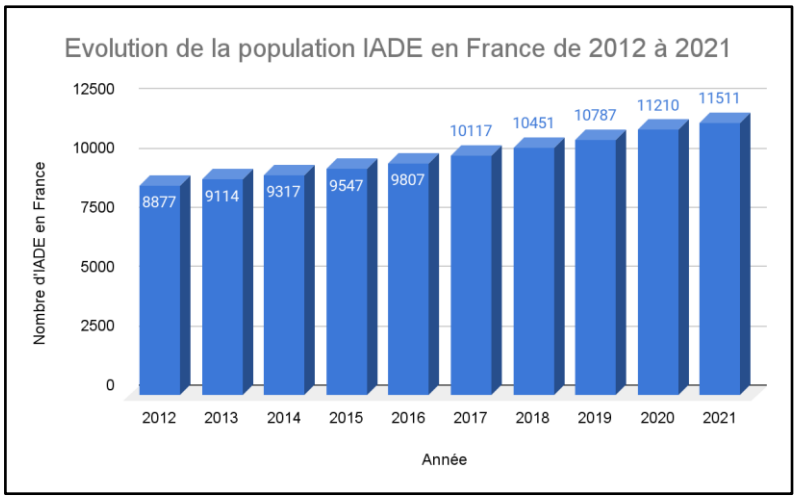
QVT Partie 1 : Axe sociodémographique

L'analyse sociodémographique offre une perspective essentielle pour saisir la diversité et les dynamiques sociales au sein de la population IADE. Elle constitue un outil fondamental pour garantir la validité, la fiabilité et la pertinence des résultats obtenus. En identifiant les différences significatives entre les sous-groupes de la population, elle permet de mettre en lumière les inégalités ou les besoins spécifiques qui pourraient nécessiter des actions différenciées.

---

1. Données démographiques générales de la population IADE[9]

Au 1er janvier 2021, la DREES répertorie 11756 IADE. Depuis 2012, l'évolution des effectifs IADE est progressive et linéaire. Si l'évolution poursuit cette tendance, la population IADE pourrait atteindre les 15000 IADE à l'horizon 2035.

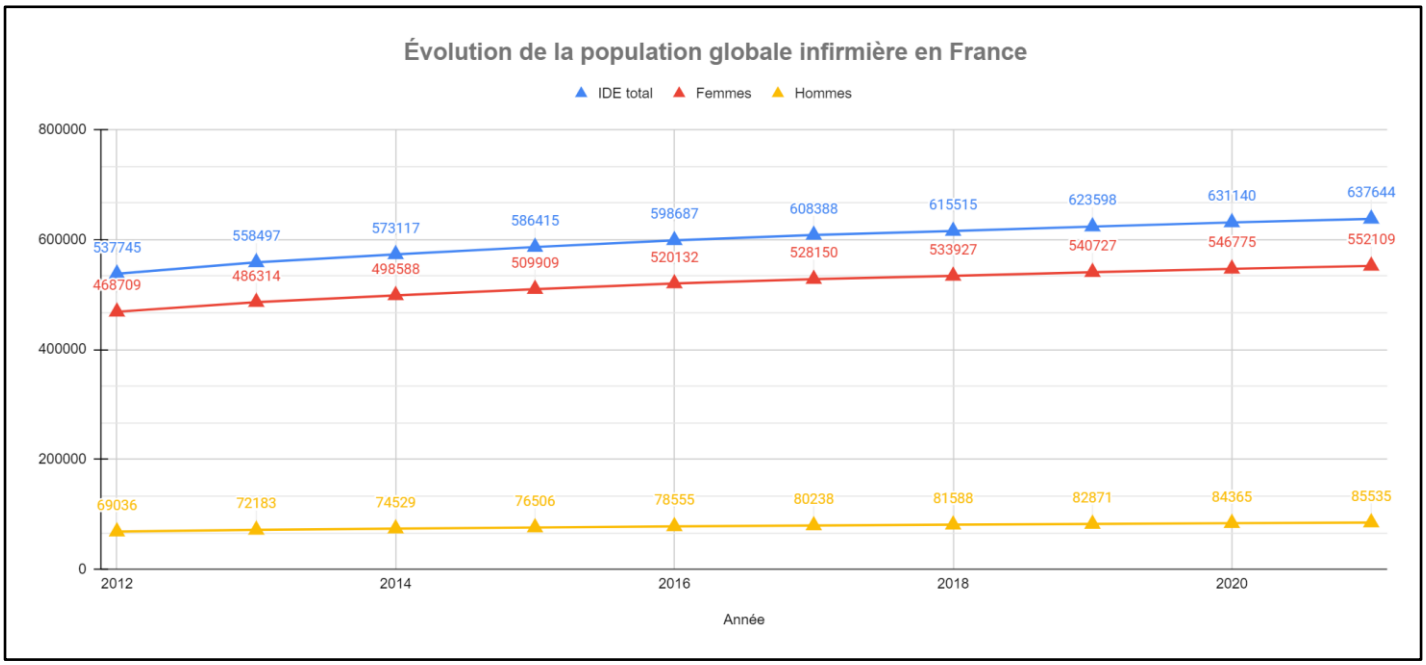


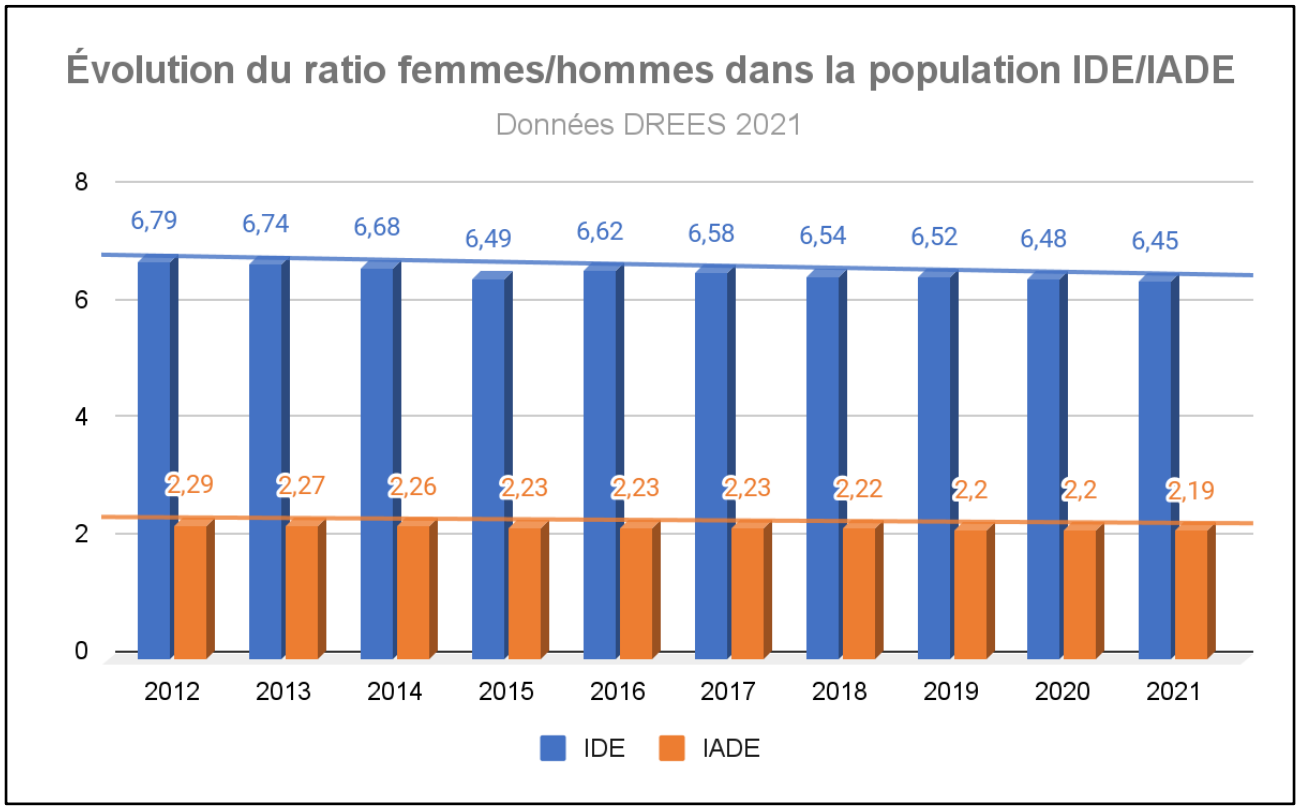
Cette même tendance est retrouvée dans les effectifs des autres professions infirmières spécialisées, avec une évolution plus marquée chez les infirmiers puériculteurs.

9https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/la-demographie-des-professionnels-de-sante Consulté le 16/03/2023

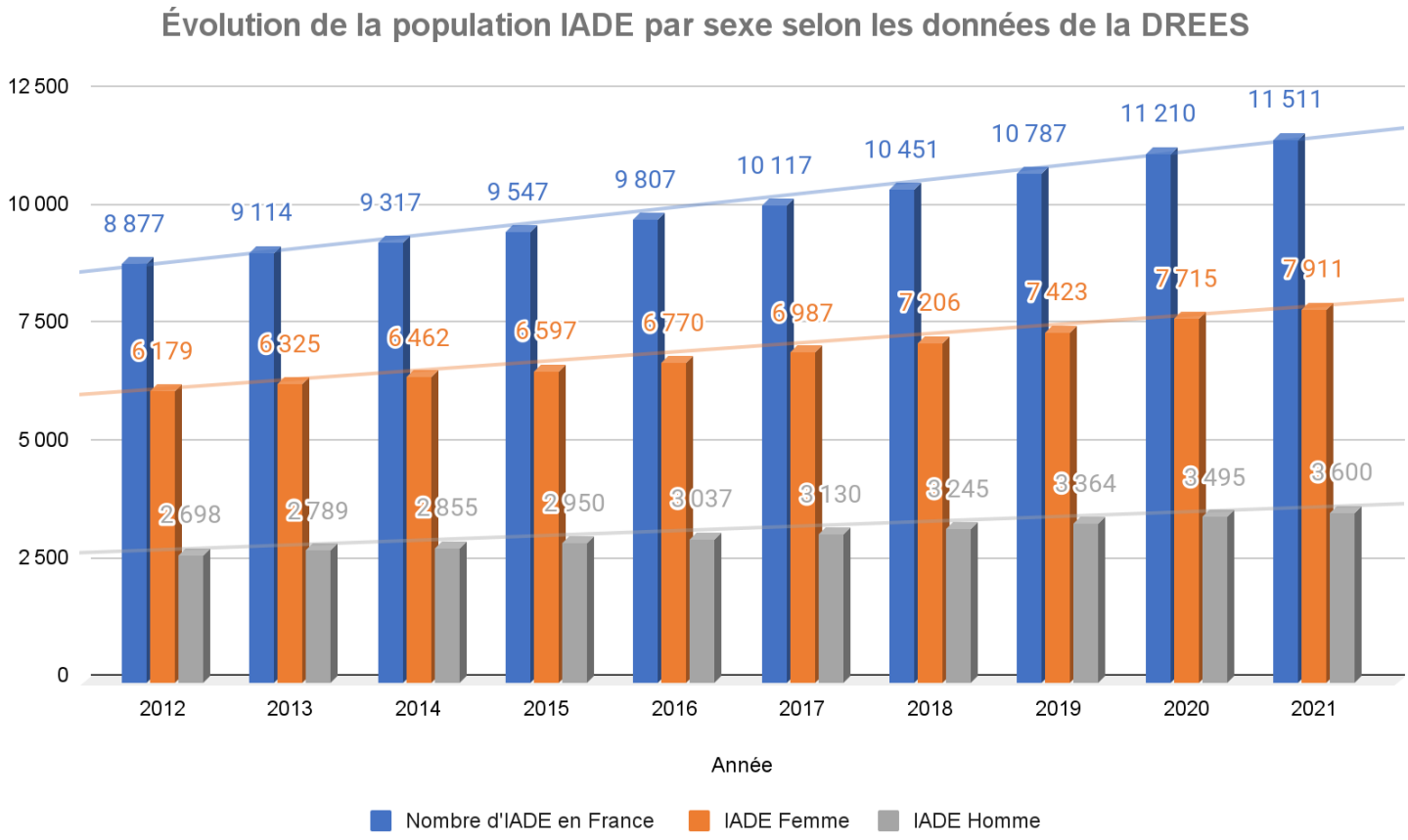
2. Répartition par sexe

2.1 Évolution de la population IDE par sexe en France





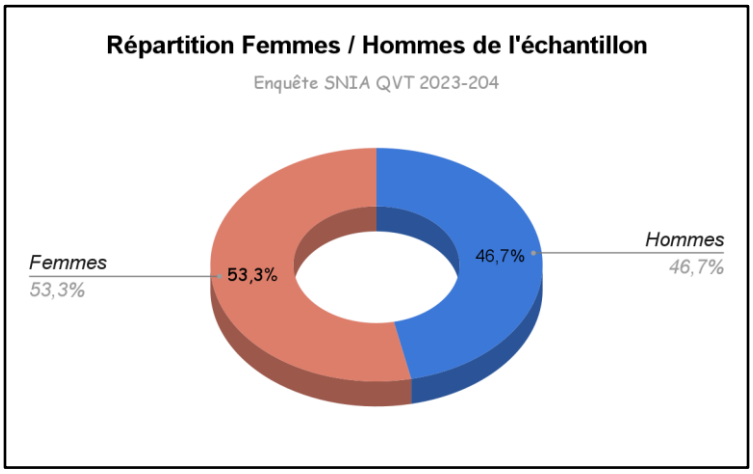
2.2 Évolution de la population IADE par sexe en France



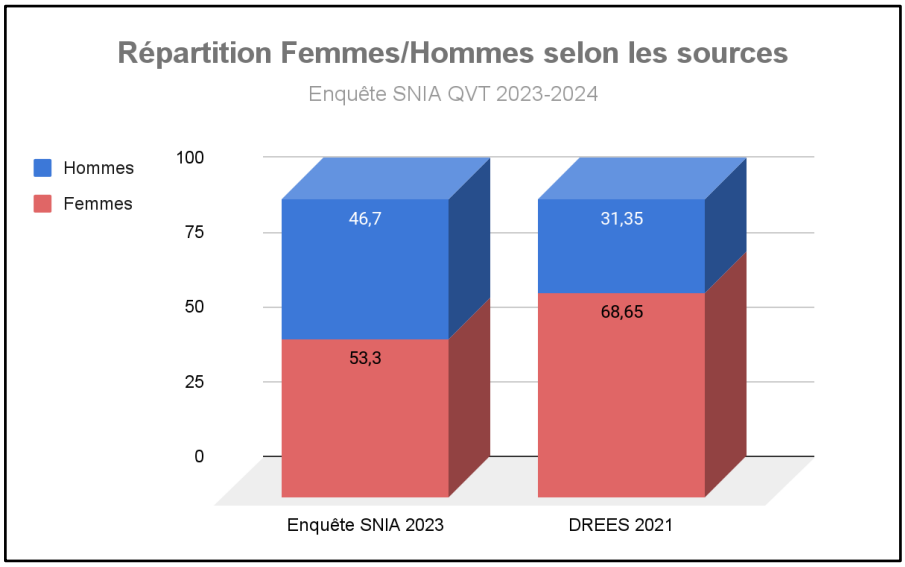
Sur la dernière décennie, la croissance régulière des effectifs d'Infirmiers-Anesthésistes Diplômés d'État s'accompagne d'une légère masculinisation de la profession, en parallèle de ce qui est observé chez les Infirmiers en Soins Généraux (ISG), où la tendance à la masculinisation est plus marquée.

La tendance à la masculinisation de la profession reste stable, contrairement à la profession d'Infirmier Diplômé d'État (IDE) pour laquelle elle est plus marquée.

2.3 Données enquête 2023



Notre échantillon de répondants au questionnaire se répartit de manière assez homogène avec 53,3% d'IADE féminines et 46,7% d'IADE masculins.



Comparativement aux données de la DREES, notre échantillon possède une surreprésentation des répondeurs hommes de plus de 15 points (ou sous-représentation des femmes de plus de 15 points).

Cette tendance se retrouvait déjà dans l'enquête de 2011 dans des proportions quasi similaires (43,81% de répondants masculins pour une proportion de 30,24% dans la population IADE globale).

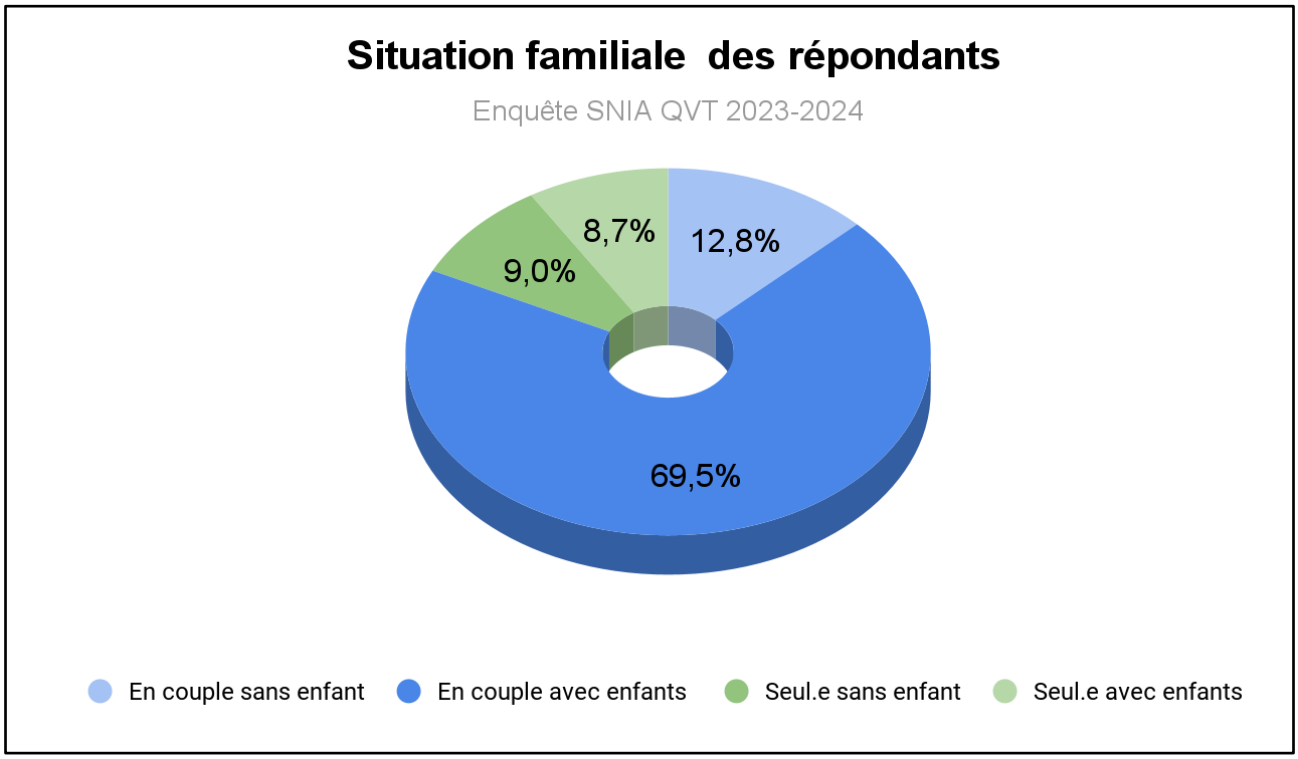
La surreprésentation masculine, commune à toute enquête IADE, ne trouve pas d'explication sociologique précise.

Ce biais d'échantillonnage est fréquent et pourrait être gommé par une randomisation stricte des répondants ou un recensement (qui nécessiterait des autorisations de la CNIL).

Ce biais ne sera pas pondéré pour la suite de l'enquête.

3. Situation familiale des répondants

3.1 Les données générales de l'enquête 2023



Ce graphique met en évidence que :

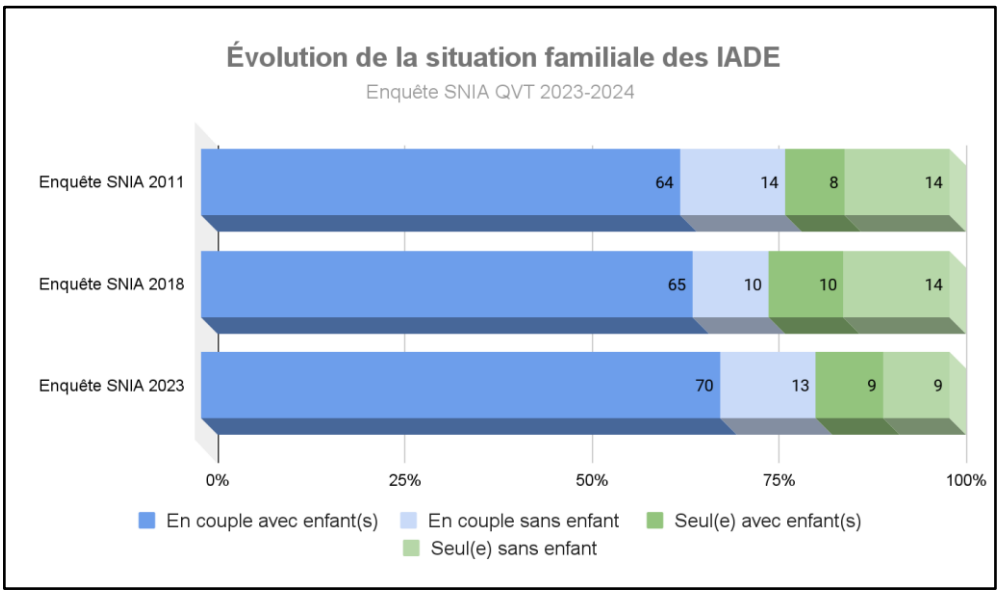
- 82,3% des répondants déclarent être en couple
- 78,2% déclarent avoir des enfants
- 17,7% déclarent vivre seuls avec ou sans enfant.

Selon les données de l'INSEE sur la composition des familles au niveau national, 75% sont en couple (familles dites "traditionnelles" ou "recomposées") avec des enfants contre 25% en familles monoparentales.[10]

Ce ratio de 1 pour 4 ne se retrouve pas dans notre échantillon qui est plus aux alentours d'une famille monoparentale chez les IADE pour huit familles en couple.

10 https://www.insee.fr/fr/statistiques/5422681 Consulté le 23 octobre 2023…

3.2 Évolution de la situation familiale des IADE

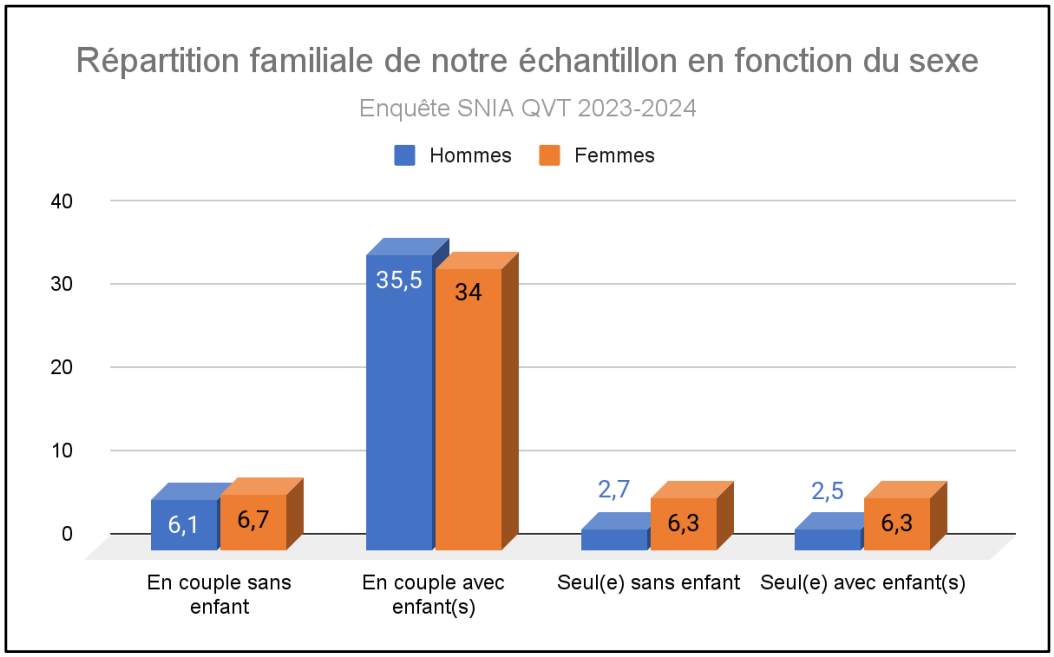


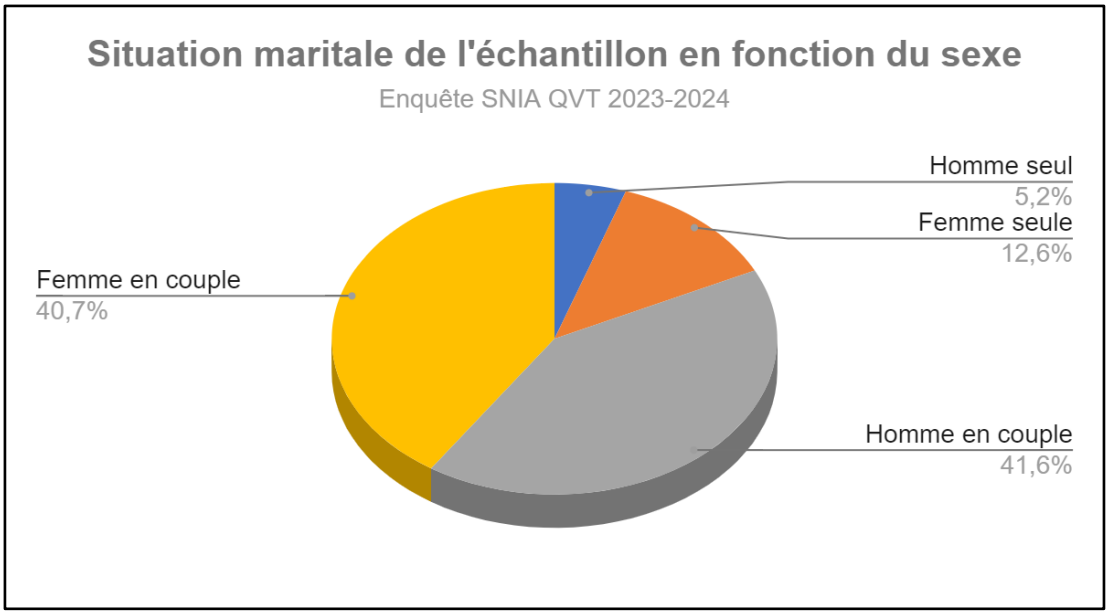
On observe une certaine stabilité des situations familiales au gré des enquêtes, notons toutefois une baisse des IADE seuls sans enfant dans notre enquête de 2023(-36%).

3.3 Situation familiale selon le sexe

Dans les données de l'enquête de 2011, les femmes étaient six fois plus nombreuses que les hommes à vivre seules ou avec un enfant.

Nous retrouvons cette même tendance en 2023, mais dans une moindre mesure (ratio 2,4) avec un pourcentage de 12,6% de femmes vivant seules avec ou sans enfant contre 5,2% chez les hommes.





Les femmes seules avec des enfants sont 2,5 fois plus nombreuses que les hommes, une tendance qui est corrélée avec les conclusions de nombreuses études portant sur ce sujet.

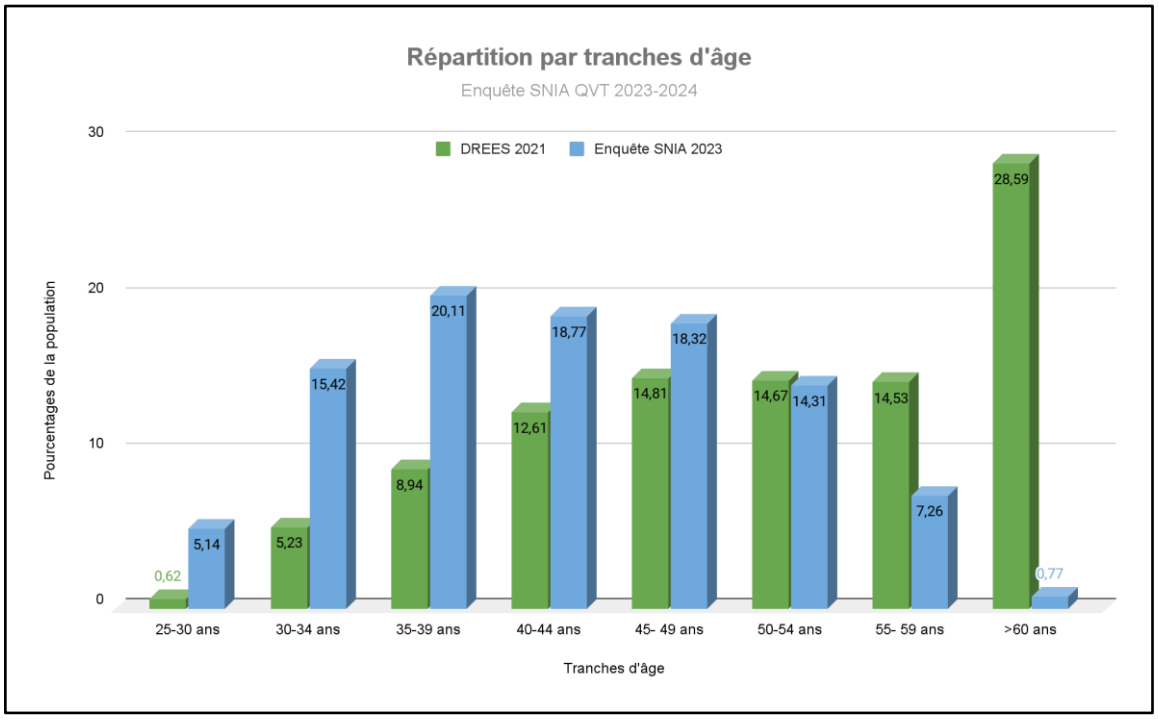
4. Pyramide des âges et perspectives démographiques

4.1 Données 2023

L'âge moyen de notre échantillon est de **45,2 ans**, l'âge médian étant de 45 ans.

L'âge moyen est de 44,5 ans pour les hommes, et de 45,9 ans pour les femmes, l'âge médian est de 44 ans pour les hommes et de 46 ans pour les femmes.

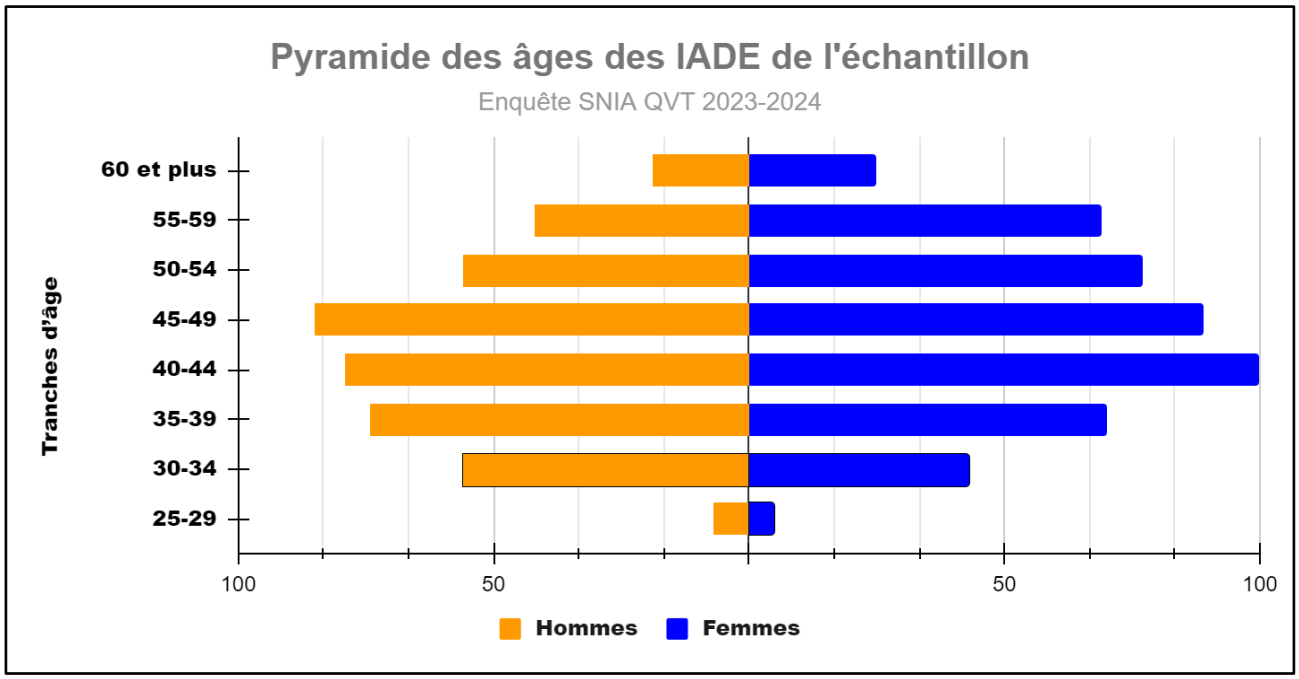
L'écart type à la moyenne est de 8,44 années. Le plus jeune répondant déclare avoir 28 ans et le plus ancien déclare avoir 66 ans. L'étendue de l'âge de notre échantillon est de 38 ans.

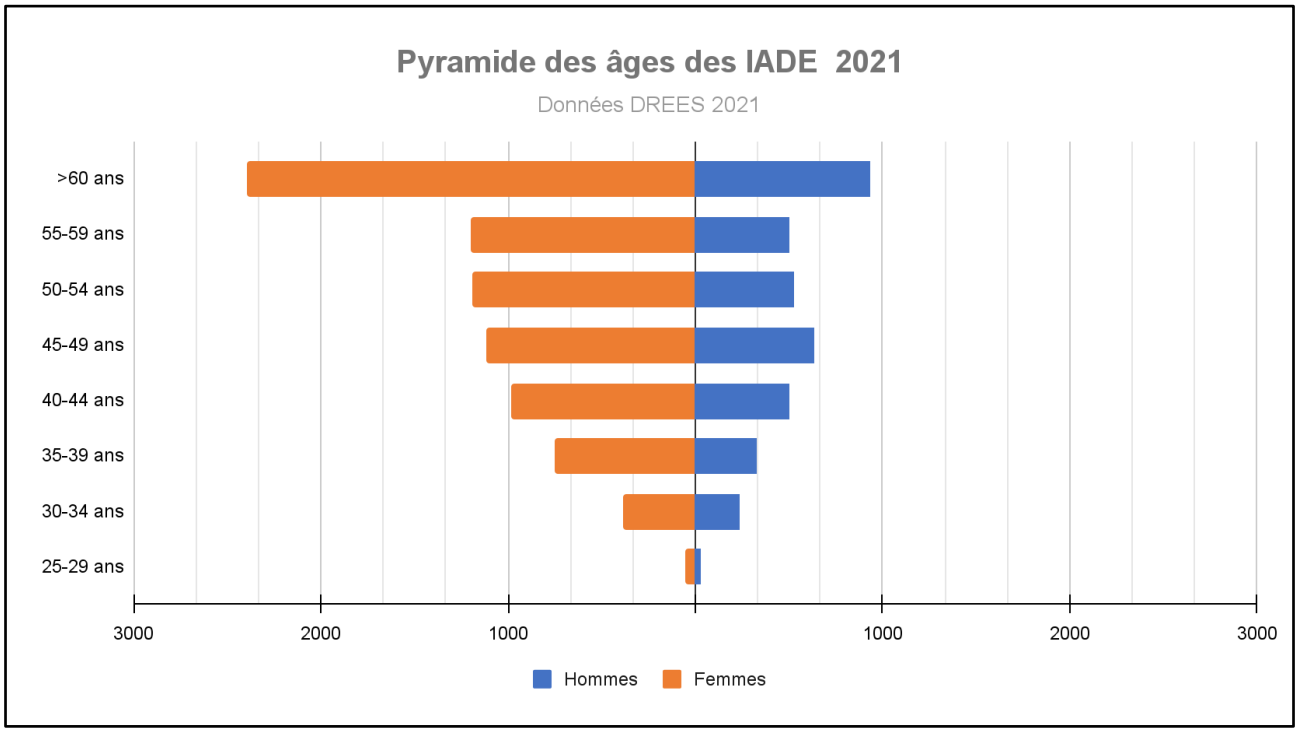


La sous-représentation des IADE plus âgés (en comptant sur une mise à jour efficiente des fichiers ADELI lors des départs en retraite) peut trouver plusieurs explications :

- un intérêt émoussé aux enquêtes professionnelles s'agissant de professionnels proches de la retraite,
- des difficultés de maîtrise technique de l'outil informatique,
- une présence moindre sur les réseaux sociaux invitant à la participation à l'enquête,
- une sous-représentation de cette population syndiquée au SNIA.

4.2 Pyramides des âges





Ce graphique de la DREES montre que les IADE âgés de 60 ans ou plus représentent près d'un tiers des effectifs en activité (3292).

Cette génération est donc aux portes de la retraite.

On peut raisonnablement s'inquiéter dans les années à venir pour le renouvellement de la génération du corps professionnel.

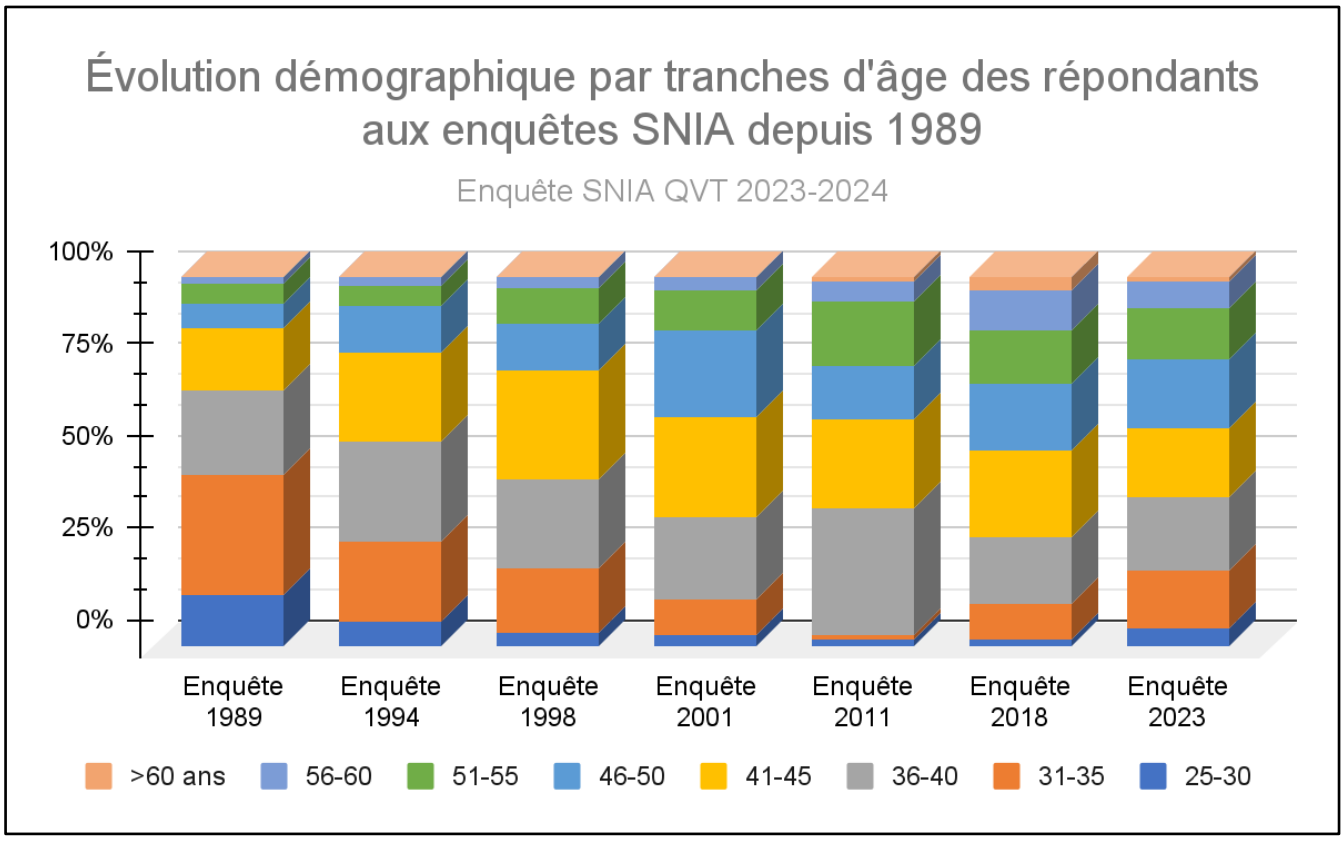
L'appareil de formation pourra-t-il relever ce défi ?
Les prises en charge financières des employeurs et des institutions seront-elles à la hauteur ?

L'attractivité de la profession sera-t-elle enfin clairement favorisée pour atteindre ce but

L'administration centrale et le pouvoir politique ont-ils pris la mesure de ce qui arrive ?

Notre expérience nous apprend qu'en cas de pénurie d'acteurs spécialisés, les pouvoirs publics sont tentés de contourner les standards (l'exclusivité d'exercice par exemple) pour permettre le maintien de l'activité/productivité. Cette démographie professionnelle est donc un énorme point d'alerte que porte le SNIA.

4.3 Évolution démographique par tranches d'âge des répondants aux enquêtes SNIA depuis 1989



La démographie de nos répondants est relativement superposable à la démographie globale des IADE, ils sont de plus en plus âgés.

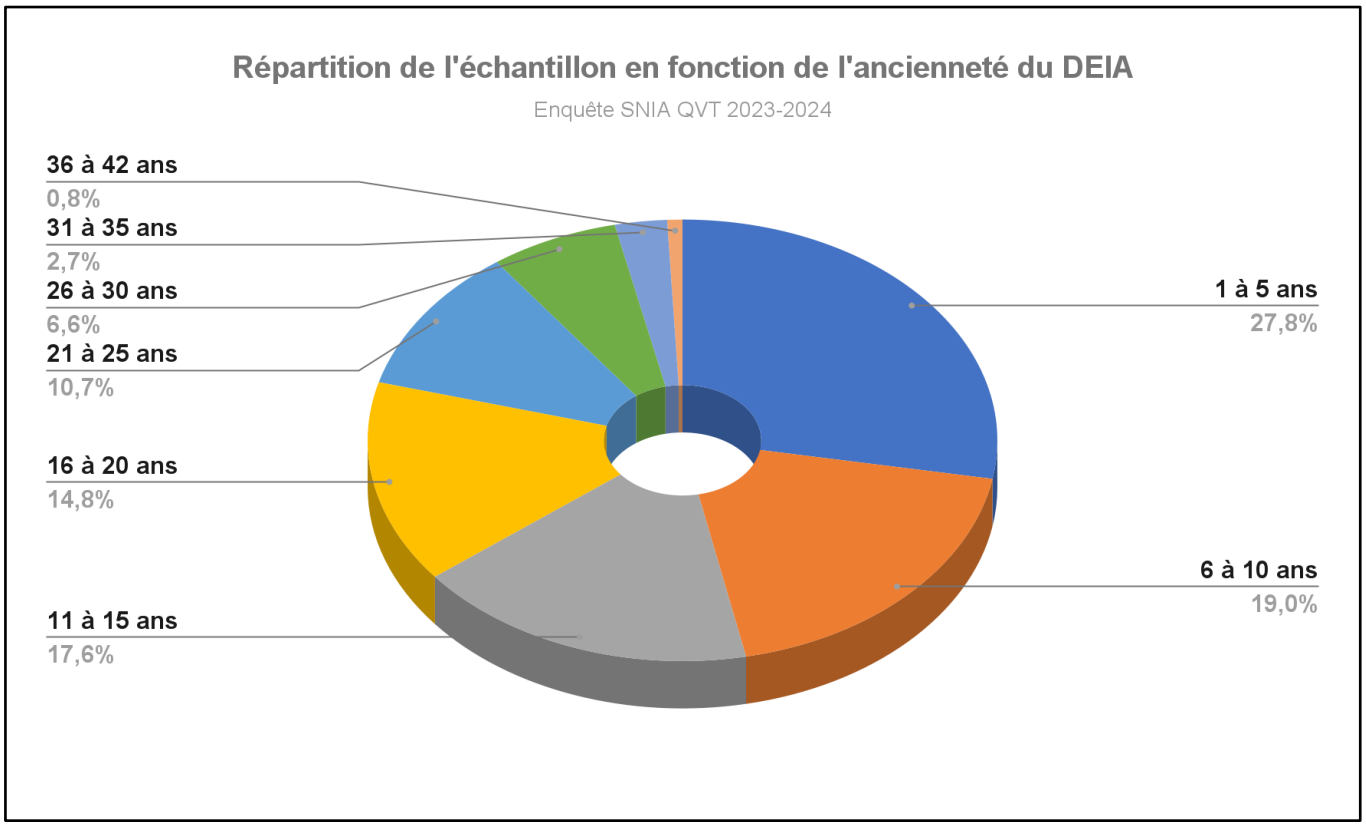
5. Données d'exercice professionnel

5.1 La diplomation

5.1.1 Ancienneté du diplôme dans l'enquête 2023

L'ancienneté de diplôme moyenne est de **12,8 ans** avec une médiane à 12 ans.

28% des IADE ont moins de 5 ans de diplomation et 25% ont plus de 19 ans de diplomation.



Dans notre échantillon, la moyenne d'ancienneté de diplomation est significativement différente entre les hommes et les femmes (p=0,015). Les femmes (13,4) ayant plus d'ancienneté dans la diplomation par rapport aux hommes (12).

5.1.2 Âge d'obtention du diplôme

En 2023, l'âge moyen d'obtention du Diplôme d'État d'Infirmier-Anesthésiste (DEIA) de notre échantillon est de **32,5 ans** (située entre 32,2 et 32,8 ans avec un IC de 95%).

Dans notre échantillon l'âge minimum de diplomation est de 26 ans pour les hommes et 28 ans pour les femmes, l'âge maximum est de 49 ans (homme et femme).

Si les tests de comparaison des moyennes sont non significatifs entre les hommes et les femmes en fonction des secteurs d'activités, de l'employeur ou de l'origine régionale, les tests ont pu montrer que les IADE ayant des enfants ont un âge de diplomation significativement plus élevé (p=0,035, m enfants=32,6, m autres=31,8). Ceci s'explique peut-être par l'attente d'une stabilité familiale avec des enfants plus âgés ainsi qu'une priorisation de la construction d'une sphère familiale avant la reprise d'une formation[11].

Les femmes ont une ancienneté professionnelle plus élevée que les hommes, alors qu'elles obtiennent leur diplôme au même âge. Cette observation suggère que les hommes pourraient quitter la profession plus tôt et/ou se tourner vers d'autres domaines d'activité professionnelle.

5.2 Statut de l'employeur

5.2.1 Les données générales de l'enquête 2023

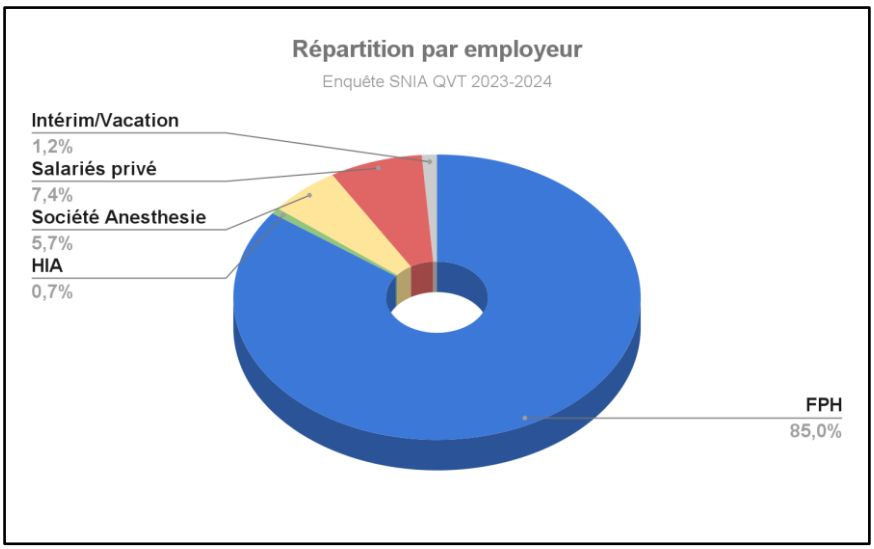
À la question concernant le statut de l'employeur, certains IADE (45) ont répondu en avoir plusieurs. La question ne précisait pas que seul l'employeur principal était demandé. Cela peut constituer un biais qui a été corrigé.

Vu le faible nombre d'observations réalisées dans certains groupes de salariés d'établissements privés, il a été décidé de regrouper les observations du groupe ESPIC ainsi que celles du groupe salarié d'un établissement privé à but lucratif sous la dénomination "salarié du privé".

Ainsi pour le reste de l'étude, nous avons fait le choix de distinguer les salariés des établissements privés et les salariés des MAR.

Les observations des groupes intérim exclusif et HIA n'ont pas permis de constituer des groupes avec n>30 et donc de mener des tests statistiques concluants.

[11] https://www.parlonsrh.com/media/la-formation-professionnelle-est-aussi-impactee-par-les-inegalites-de-genre/



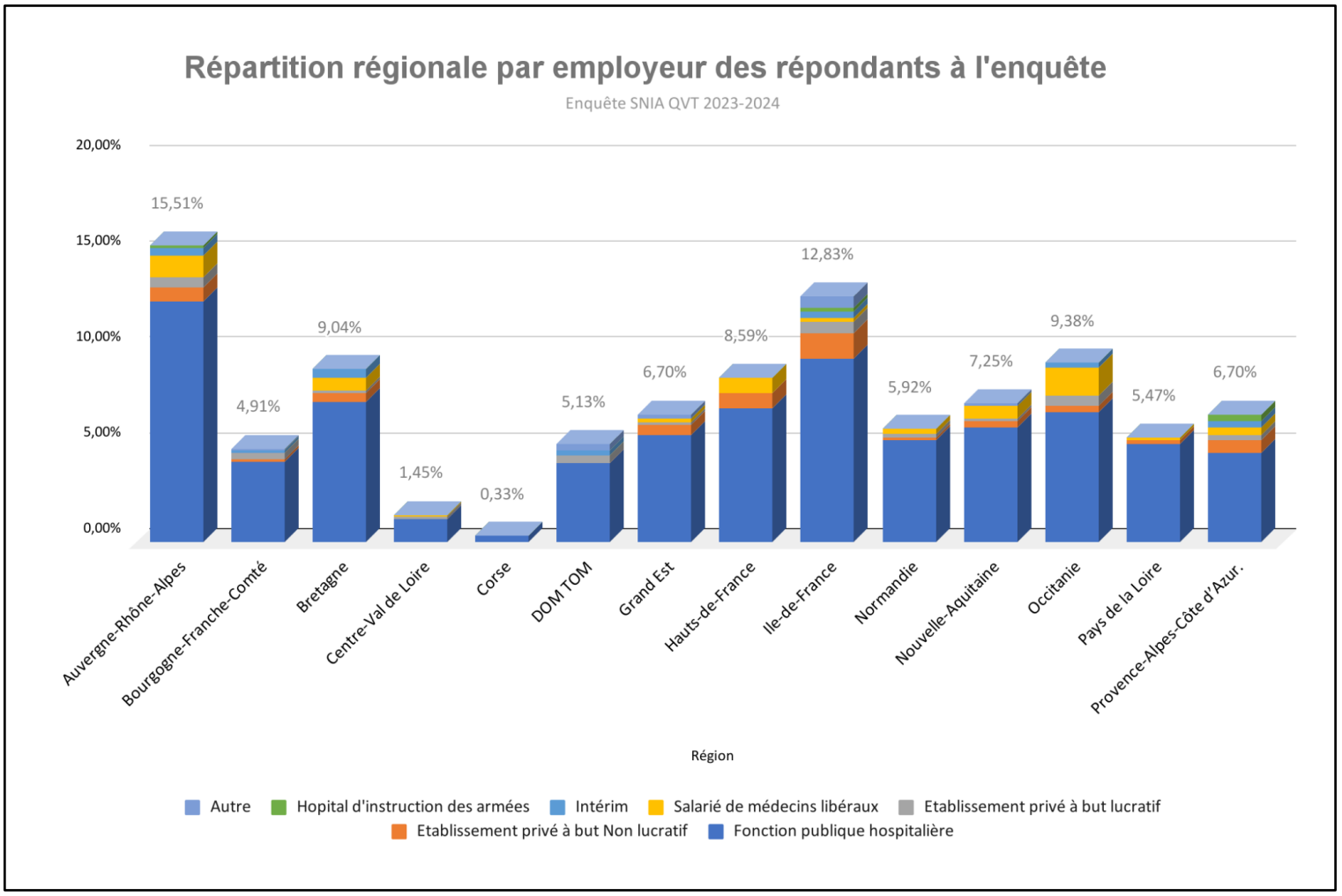
D'après les données de la DREES au 1er janvier 2021, 91,26% des IADE exerçaient dans le "secteur hospitalier" (10729/ 11756) contre 8,74% dans le secteur "libéral/mixte" (419) et "privé" (608).

13,1% des IADE ayant répondu au questionnaire sont employés dans le secteur privé dont 5,5% dans les Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif et 5,1% en tant que salarié de Médecins Anesthésistes-Réanimateurs.

Il semblerait donc que nous ayons une surreprésentation du secteur privé en comparaison des données de la DREES. N'ayant pas eu accès aux critères de classement utilisés par la DREES, cette interprétation reste sujette à caution.

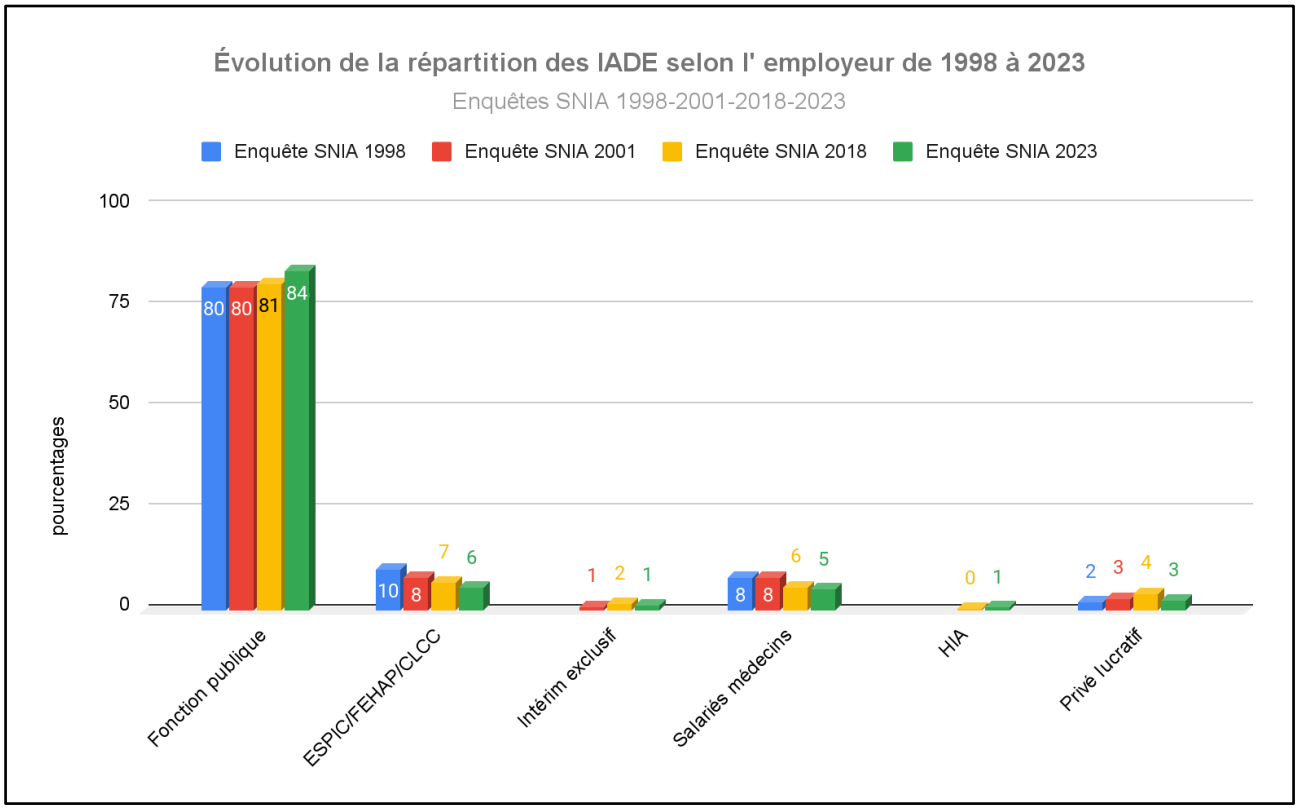
Dans notre enquête, l'intérim de manière exclusive (1,2%) et les Hôpitaux des Instructions des Armées (HIA) (0,7%) semblent rester des employeurs plus marginaux. Des investigations plus poussées pourraient être réalisées auprès d'entreprises d'intérim et des HIA pour explorer cet aspect de la profession.

5.2.2 Répartition régionale par employeurs des répondants de l'enquête 2023



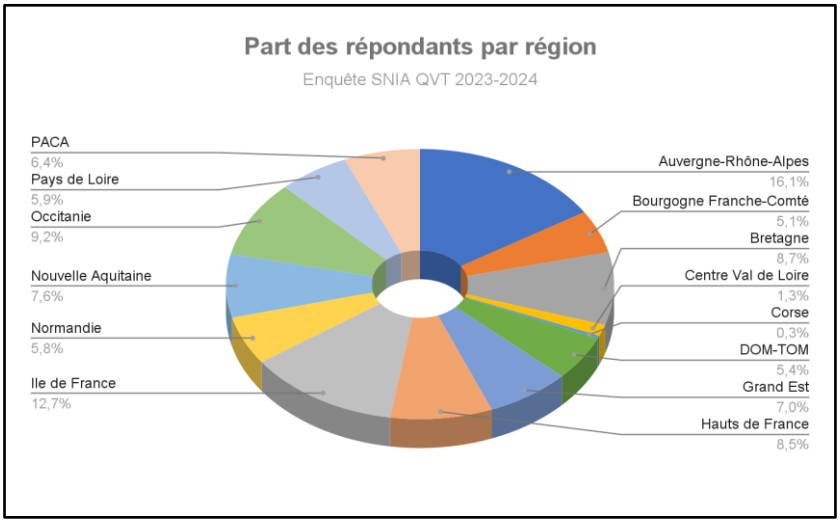
L'employeur principal des répondants reste la Fonction Publique Hospitalière pour l'ensemble des régions.

5.2.3 Évolution de la répartition des employeurs



En comparant les données des anciennes enquêtes du SNIA, on remarque que la répartition entre les différents employeurs depuis 25 ans reste globalement stable avec une légère augmentation des agents exerçant dans la fonction publique.

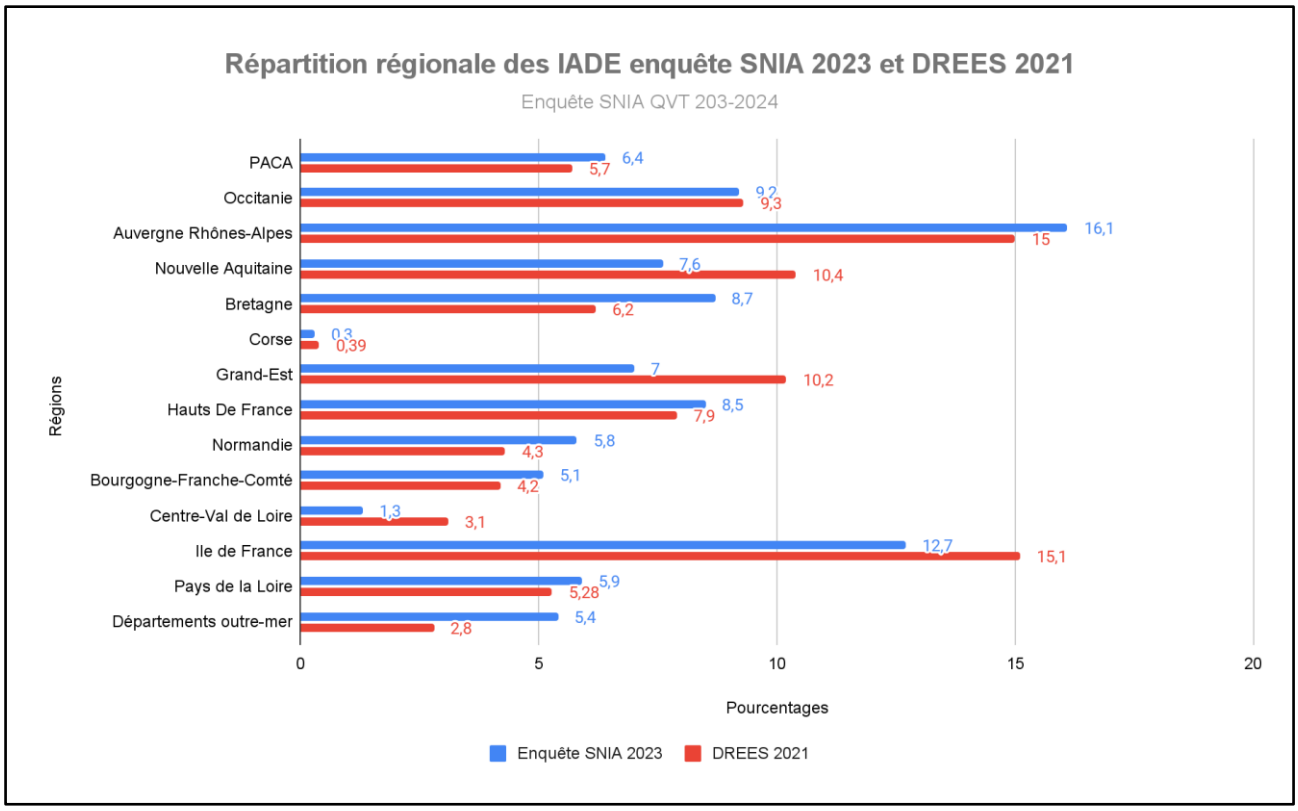
5.3 Région d'exercice des répondants



Cette question n'avait pas été analysée en 2011. Le but est de déterminer si, selon la région où on exerce, il existe des différences de conditions d'exercice et de qualité de vie au travail.

Les IADE de la région Auvergne-Rhône-Alpes sont, avec 16,1 %, la région la plus représentée dans notre échantillonnage.

La région Île-de-France n'arrive qu'en 2e position (12,7%) dans notre échantillon alors que c'est la région employant le plus d'IADE, selon les données de la DREES 2021.



On retrouve des légères discordances sur l'ensemble des régions interrogées, mais l'échantillonnage se rapproche des données de la DREES et est donc exploitable.

Les variations dans la répartition régionale des effectifs entre les données de la DREES et notre enquête peuvent résulter de divers facteurs méthodologiques, temporels et contextuels.

5.4 Secteurs d’activité

5.4.1 Données de l’enquête 2023

Nous avons interrogé les IADE sur leurs secteurs d’activité en proposant 13 items et une possibilité de déclarer un autre secteur d’activité “Autres” non listé. Plusieurs réponses étaient possibles.

SECTEUR D'ACTIVITÉ	
Bloc polyvalent	86,4%
Maternité	49,27%
PMO	18,55%
Neurochirurgie	14,30%
Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation	14,07%
Bloc pédiatrique et néonatal	13,74%
Cardio Thoracique	12,85%
*Autres**	10,72%
Enseignement	9,94%
Unité d’accès vasculaire	8,9%
Urgences	8,51%
Algologie	2,79%
Radiologie interventionnelle	2,22%
Réanimation	1,67%
Centre de TTT des brûlés	1,56%

***Autres secteurs d’activité <1,5% :**
SSPI, oncologie cancérologie, endoscopie, CESU et/ou simulation, ISP, hypnose et consultation, médecine hyperbare, cardio perfusion.

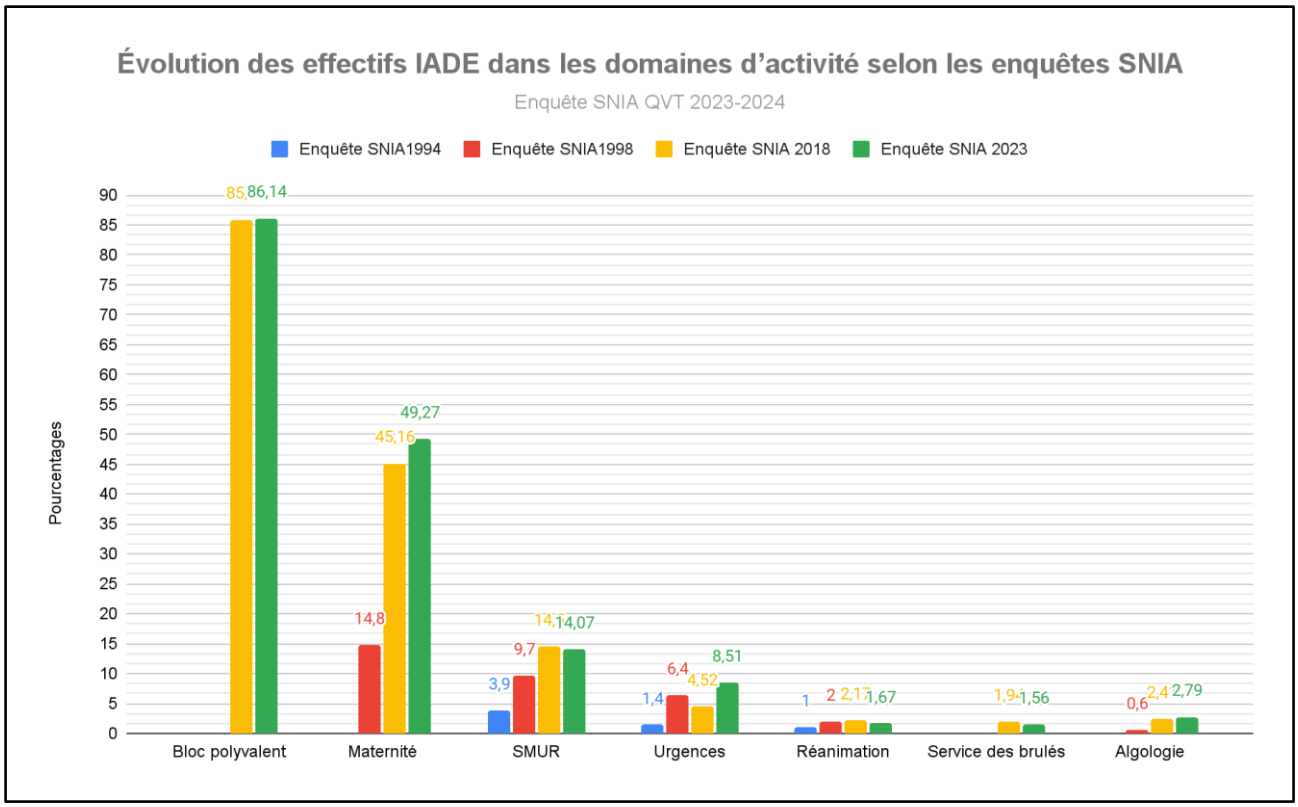
18,55% des IADE déclarent travailler dans une activité Prélèvement Multi-Organes (PMO). La question ne permet pas de distinguer la fonction de coordinateur ou d’activité au bloc opératoire.

À la lumière de certains résultats, il est légitime de se demander si les IADE n'ont pas rapporté leurs activités dans des domaines qui n'étaient pas inclus dans la liste principale proposée. En effet, des pourcentages peu significatifs sont observés concernant la SSPI et l'endoscopie. Il est probable qu'un biais soit présent, ce qui limite notre capacité à tirer des conclusions ou à comparer l'évolution de ces effectifs dans ces domaines spécifiques tant les organisations et les profils de postes diffèrent d'un établissement à l'autre.

Le secteur d'activité prédominant est le bloc polyvalent avec 86,4% des répondants.
La répartition des secteurs d'activités reflète la diversité des postes occupés par les Infirmiers-Anesthésistes Diplômés d'État et les domaines dans lesquels ils exercent. Le nombre significatif de réponses sur diverses propositions met en lumière l'existence d'une variété d'exercices, bien que l'enquête ne puisse pas les définir précisément. Cela souligne les multiples opportunités et domaines offerts à notre profession.

Dans la suite de l'enquête, des arbitrages ont été pris pour constituer 2 groupes prédominants : les IADE exerçant sur les plateaux techniques opératoires et ceux travaillant dans les autres secteurs dits "hors-bloc" (SMUR, Réanimation, TIIH, Urgences…)

5.4.2 Évolution des effectifs IADE selon les domaines d'activité



Depuis 2018, les effectifs des IADE dans les différents secteurs d'activités sont stables dans nos différentes enquêtes.

Les **blocs polyvalents**, de loin le premier secteur d'activité est passé de 85,9% (2018) à 86,14% (2023) en termes de proportions d'IADE.

La même tendance est observée dans le secteur de la maternité, de 45,16% (2018) à 49,27% (2023). On remarquera la forte augmentation de la proportion d'IADE exerçant en secteur de maternité de 1998 (14,8%) à nos jours (>49%).

Après une augmentation des proportions d'IADE dans les SMUR depuis 2018 (14,5%), la tendance semble à une stabilisation en 2023 (14,07%).

Les proportions dans les secteurs d'activités en tenant compte des quatre domaines de compétences restent stables.

On note toutefois une forte augmentation de la participation des IADE répondants aux activités d'obstétrique sur les 25 dernières années, corrélée à la réorganisation des soins en anesthésie-réanimation obstétricale.

Il sera pertinent dans les années à venir de poursuivre la surveillance de cette évolution et notamment de préciser certains secteurs dans lesquels les IADE pourraient augmenter leurs effectifs : Unités Mobiles Hospitalières Paramédicalisées (UMHP), Unités d'Abords Vasculaires (UAV) (...)

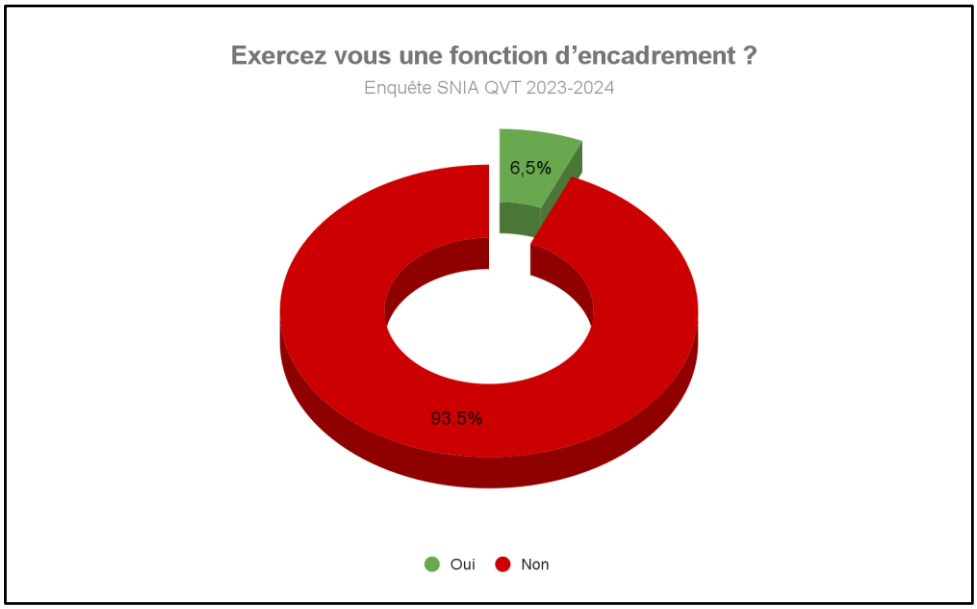
De plus, une enquête dédiée à l'anesthésie obstétricale pourrait permettre de mettre en avant cet aspect de notre profession, au regard de l'augmentation de l'amplitude des soins qui y sont prodigués.

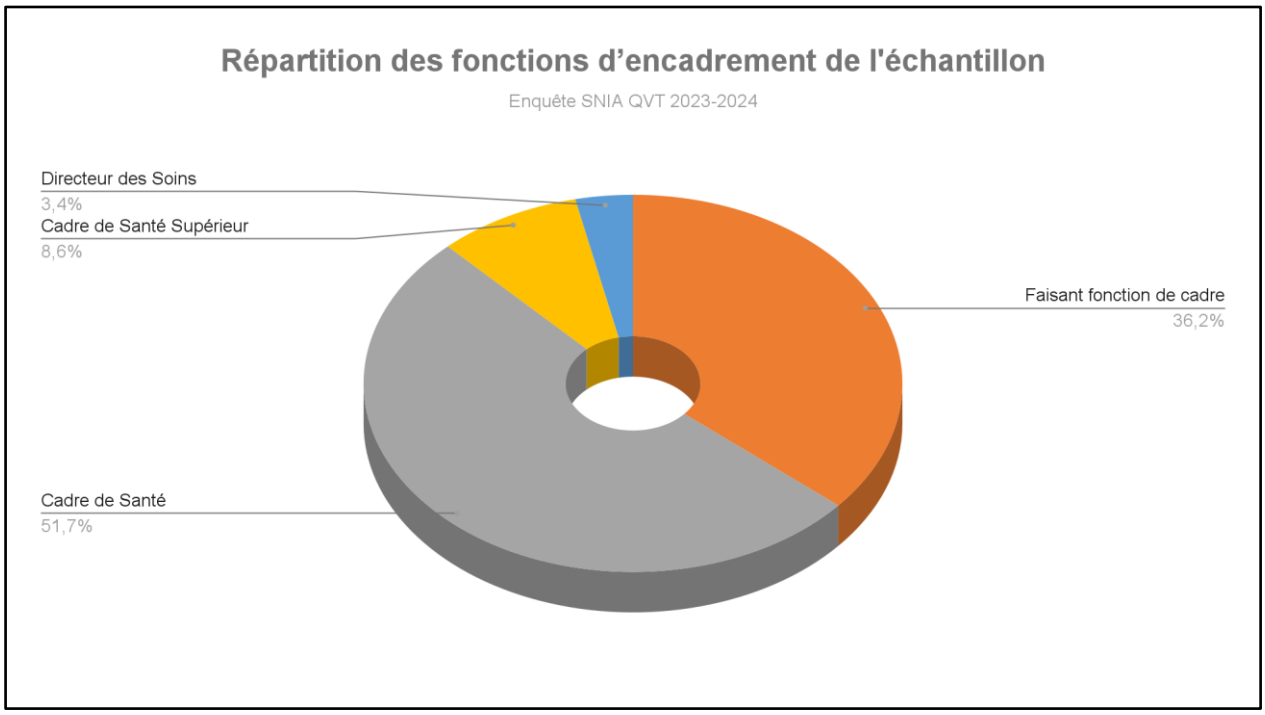
5.5 Fonction d'encadrement

Objectifs :

- déterminer s'il existe des différences de qualité de vie selon que l'on exerce des fonctions d'encadrement ou pas
- appréhender les différences de perception de qualité de vie et de reconnaissance au travail selon la filière dont est issu l'encadrement.

5.5.1 Les données générales de l'enquête 2023





Au sein des différentes fonctions d'encadrement, 87,9% exercent en tant que cadre de proximité dont les cadres de santé (51,7%) et faisant fonction de cadre (36,2%).

La répartition hommes/femmes chez les IADE exerçant des fonctions d'encadrement est équilibrée avec 51,7% de femmes et 49,3% des hommes.

N.d.A : Sur le plan national, il manque des données officielles précises concernant le nombre de Cadres Infirmiers-Anesthésistes Diplômés d'État (CIADE), et plus encore sur ceux exerçant en

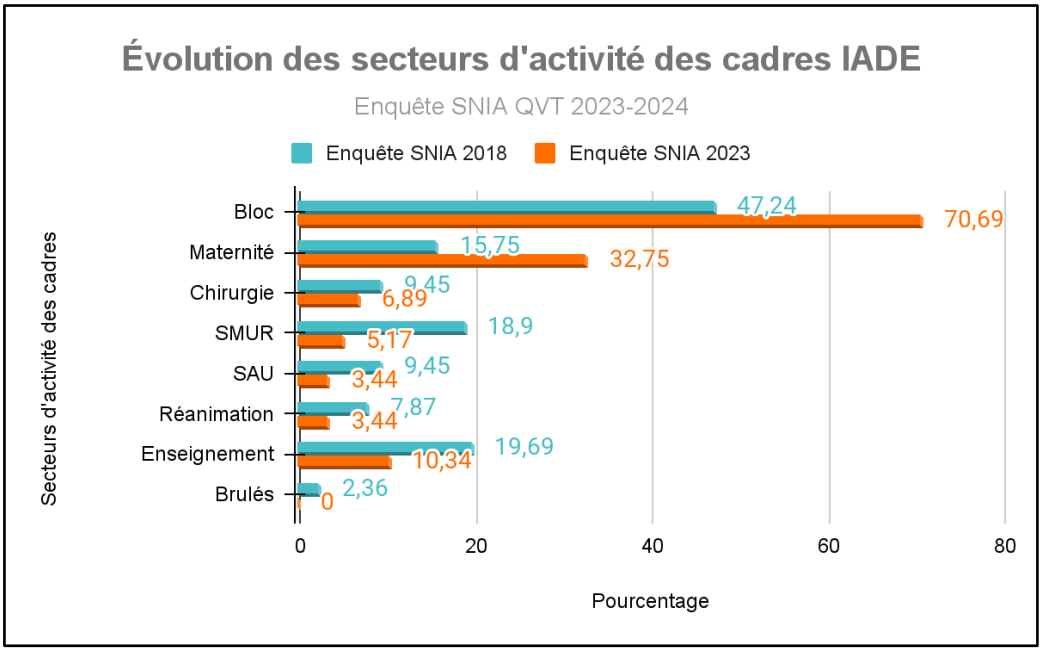
tant que faisant-fonction cadre de santé. En effet, depuis 2012, les cadres IADE ne sont plus spécifiquement répertoriés dans les données de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) et sont inclus dans la catégorie plus large des cadres de santé paramédicaux, sans possibilité de distinction.

5.5.2 Secteurs d'activité des cadres

Les cadres IADE exercent dans les secteurs d'activité des IADE et ont également des activités mixtes.

On retrouve ainsi une large proportion qui exerce au sein d'un **bloc polyvalent** (70,69%) et en **Maternité** (32,75%).

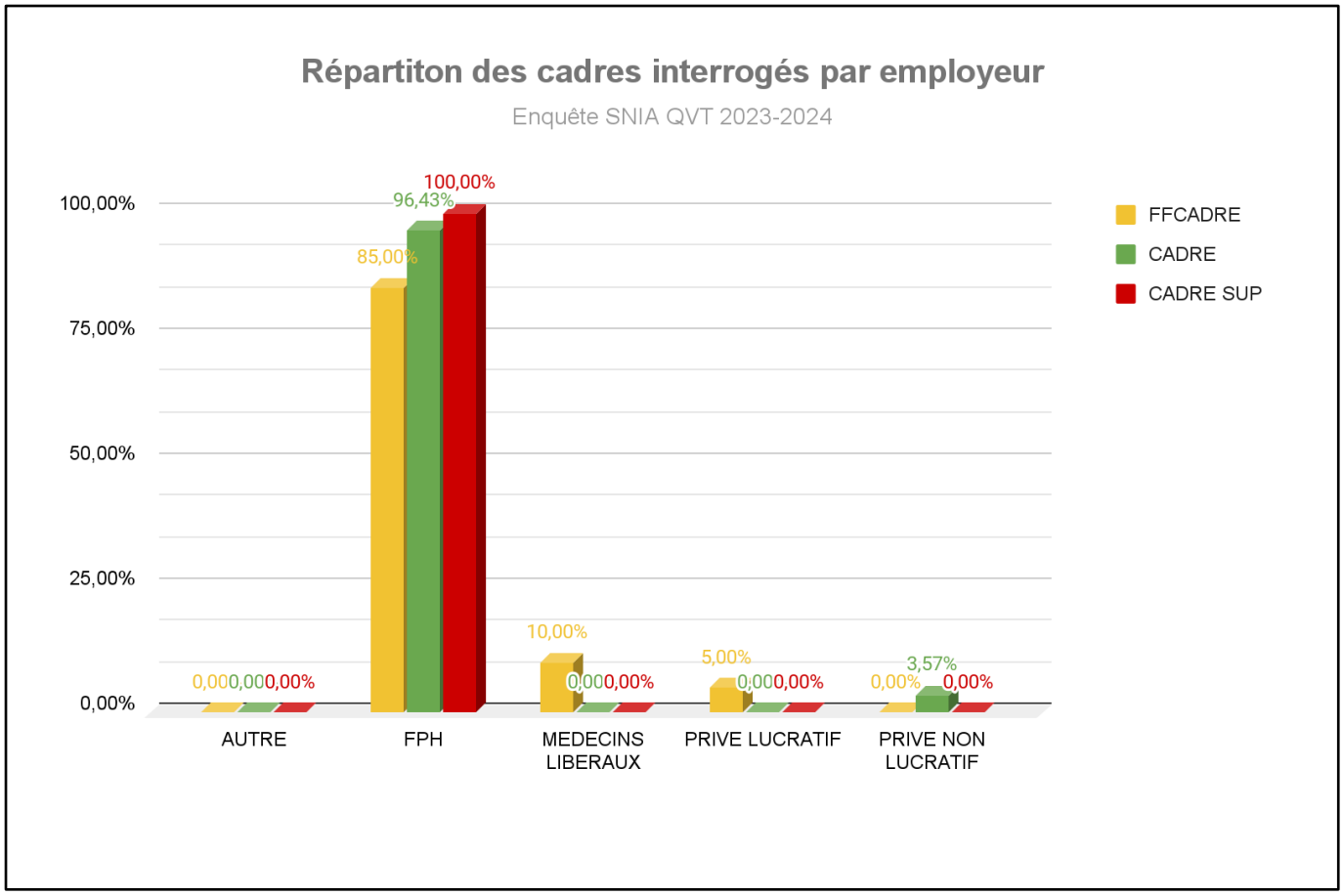
SECTEURS D'ACTIVITÉ	%
Bloc polyvalent	70,69
Maternité	32,75
PMO	12,06
Enseignement	10,34
Neurochirurgie	6,89
Bloc pédiatrique et néonatal	6,89
Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation	5,17
Réanimation	3,44
Urgences	3,44
Cardio Thoracique	3,44
Unité d'accès vasculaire	3,44
ISP/SDIS	3,44
CESU et/ou SAMU, centre de simulation	3,44
École d'IADE	1,72
UFR santé à 50%	1,72
Cardiologie	1,72



En comparant les données de l'enquête de 2018, on constate une baisse du nombre de cadres dans les **SMUR** (de 18,9 % à 5,17 %) ainsi que dans **les services d'urgences** (9,45 % en 2018), et une augmentation dans les **blocs opératoires et les blocs de maternité**.

Bien que la proportion d'IADE travaillant dans les services d'Urgence / SMUR soit demeurée stable, une tendance différente semble se dessiner pour les cadres IADE. Il est légitime de se demander si la réduction globale des effectifs de cadres n'a pas entraîné leur affectation privilégiée dans les secteurs où la densité d'IADE est la plus élevée.

5.5.3 Employeurs des cadres IADE



Sans surprise, la grande majorité des IADE est employée par la **FPH Fonction Publique Hospitalière** : 85% des faisant fonction de cadres (FF cadre), 96,4 % des cadres et 100% des cadres supérieurs ayant répondu à l'enquête y travaillent.

Par un manque de participation, notre enquête présente une limitation de puissance lorsqu'il s'agit d'analyser la population des cadres IADE et d'en tirer des conclusions, car nos échantillons, inférieurs à 30, ne permettent pas la réalisation de tests suffisamment puissants.

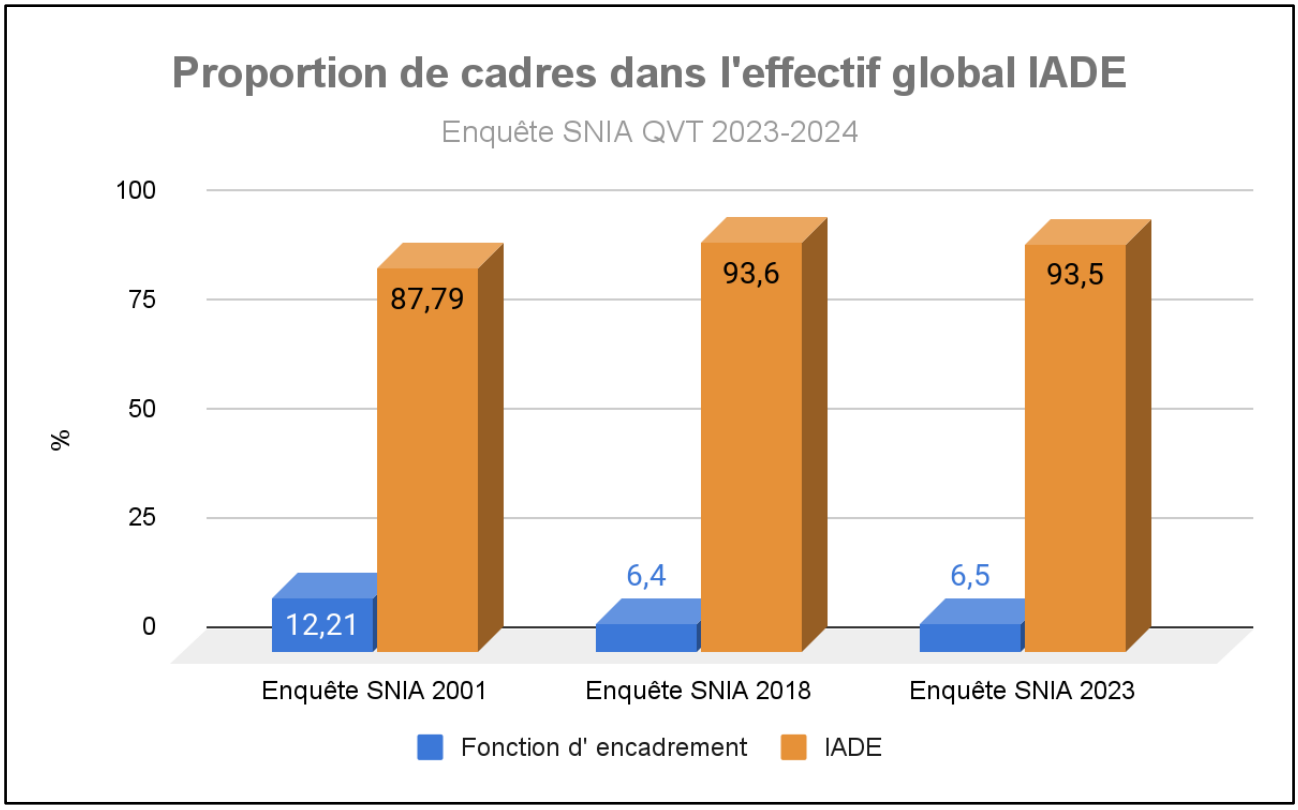
5.5.4 Évolutions des Fonctions des cadres

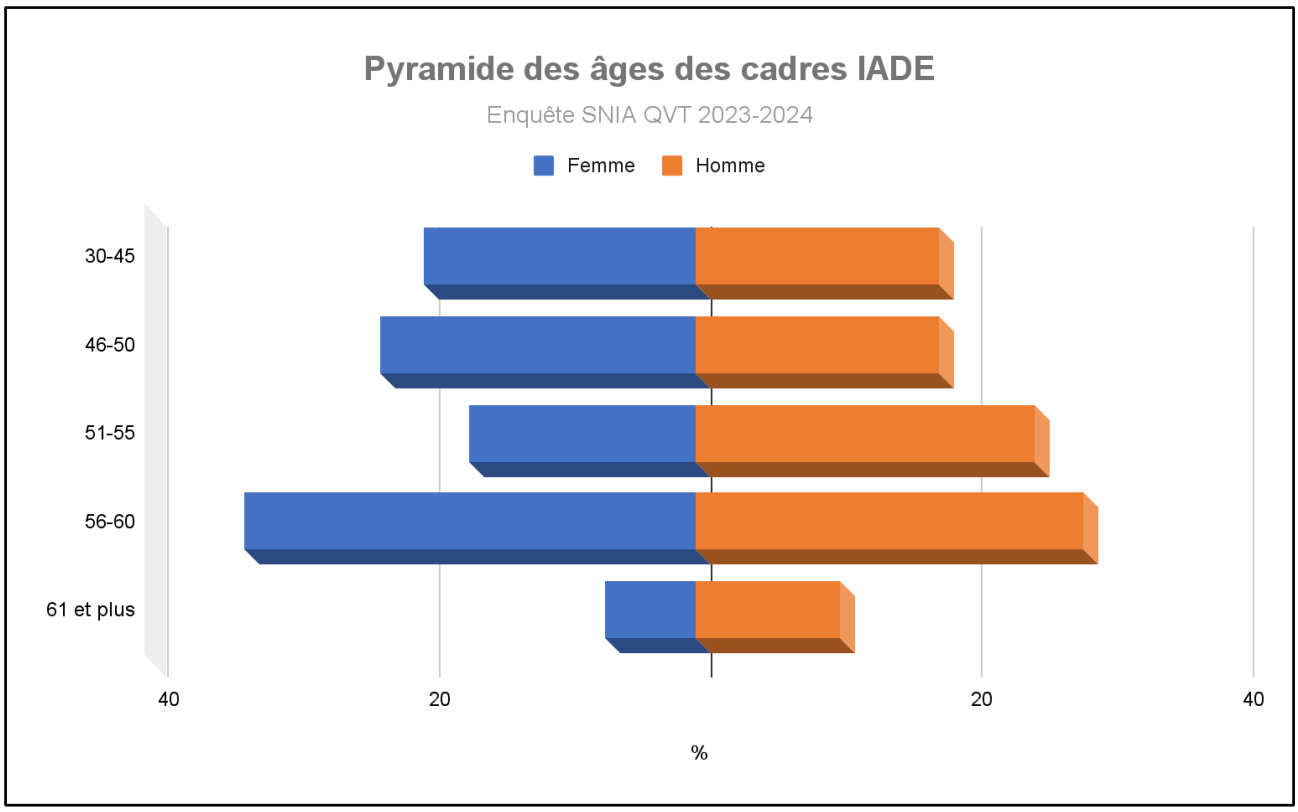
Nous avons tenté de faire des comparatifs en nous basant sur les précédentes enquêtes du SNIA mais là encore il n'est pas possible d'être précis sur la répartition des fonctions d'encadrement. Lors des enquêtes de 2001 et 2018 il n'y avait pas de distinction entre les cadres de santé et les "faisant-fonctions" de cadres, ni la fonction de directeurs de soins.

5.5.5 Évolution démographique des cadres

L'évolution démographique sur 20 ans des cadres IADE répondants tend à une baisse de près de la moitié des effectifs jusqu'en 2018, passant de 12% à 6,5% de l'effectif IADE.

Les effectifs semblent se stabiliser après 2018.





Plus de 39,65% des IADE exerçant des fonctions d'encadrement ont **plus de 55 ans**. La démographie des cadres IADE risque de diminuer encore sur les prochaines années.

Les facteurs peuvent être multiples, mais comme nous le verrons plus tard, la qualité de vie au travail (ressenti) peut-être un des facteurs expliquant ce désintérêt pour cette fonction. Peut-on aussi envisager que l'aspect pécuniaire soit une autre raison de cette baisse d'effectif ?

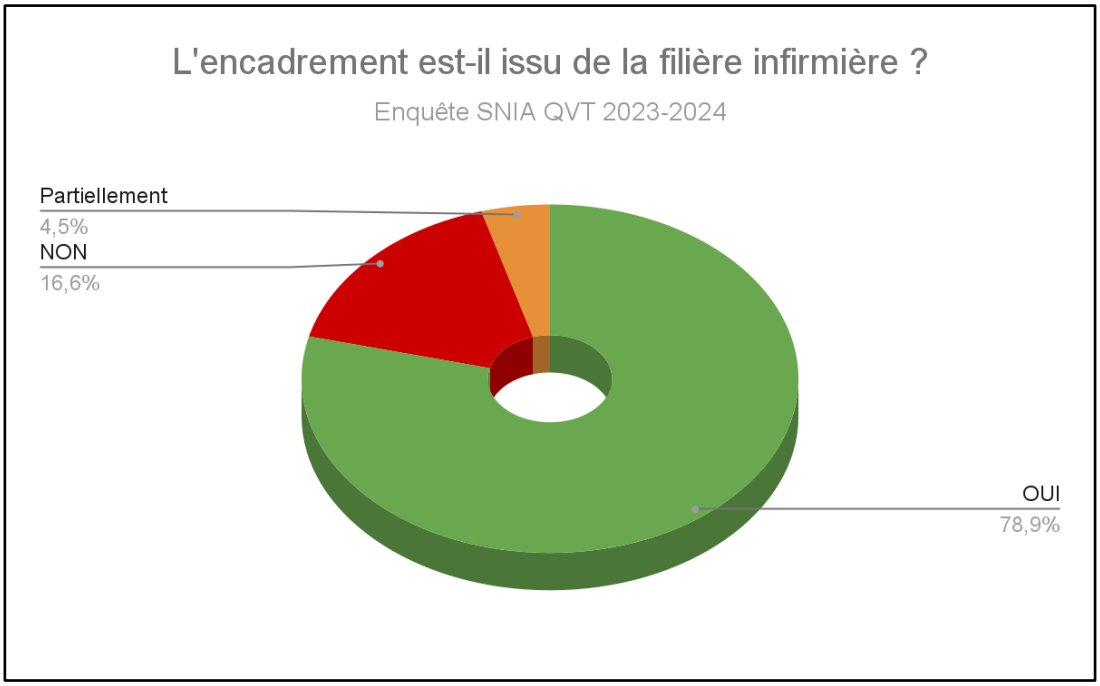
En effet, les faibles différentiels salariaux des grilles indiciaires entre IADE et CDS ne rendent pas la carrière attractive et les nouvelles primes attribuées aux fonctions d'encadrement n'atteignent pas le niveau des primes perdues par l'abandon du corps des IADE.

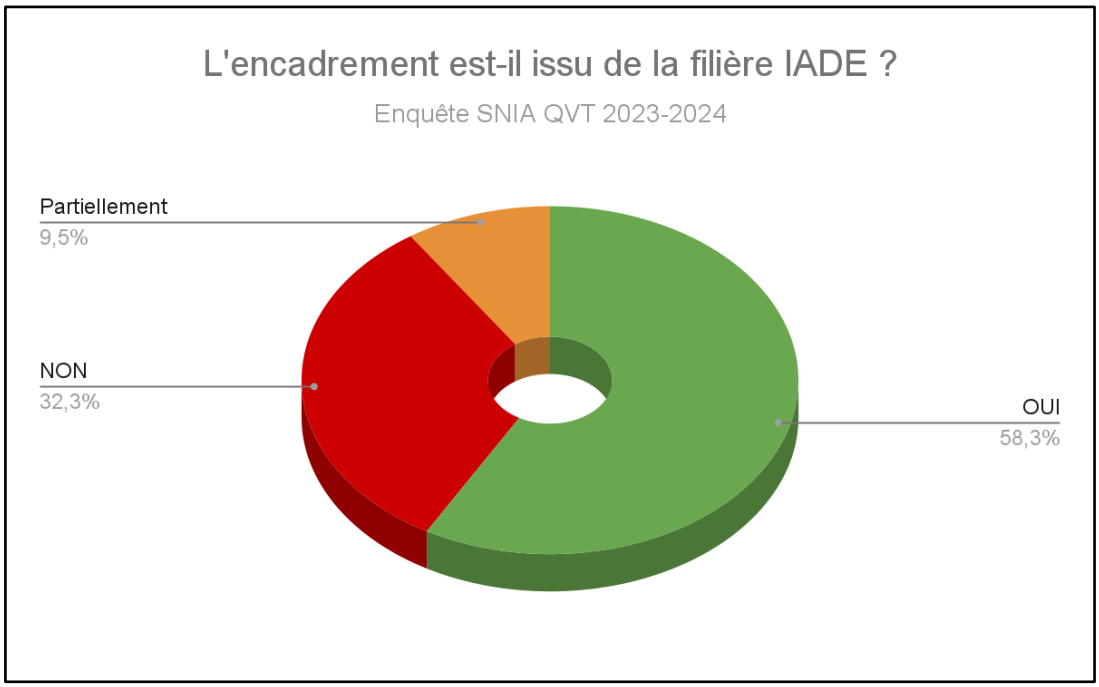
Il semble que la fonction de cadre de santé ne soit plus perçue comme une évolution de carrière chez les IADE. Bien que les effectifs aient été stabilisés depuis 2018, la pyramide des âges des cadres suggère une baisse dans les années à venir. Cette diminution des effectifs de cadres IADE explique sûrement en partie pourquoi l'encadrement en 2023 ne provient plus spécifiquement de la filière IADE.

La faible proportion de cadres parmi nos sondés et le manque de données sur la population de cadres IADE, ne nous permettent pas de réaliser de tests statistiques fiables.

5.5.6 Origine de la filière de l'encadrement des équipes IADE

Lors de cette enquête QVT 2023, il nous a paru important, dans le contexte hypothétique de crise de la fonction, de connaître la filière dont sont issus les cadres de santé en charge des équipes d'IADE et l'impact sur les IADE.





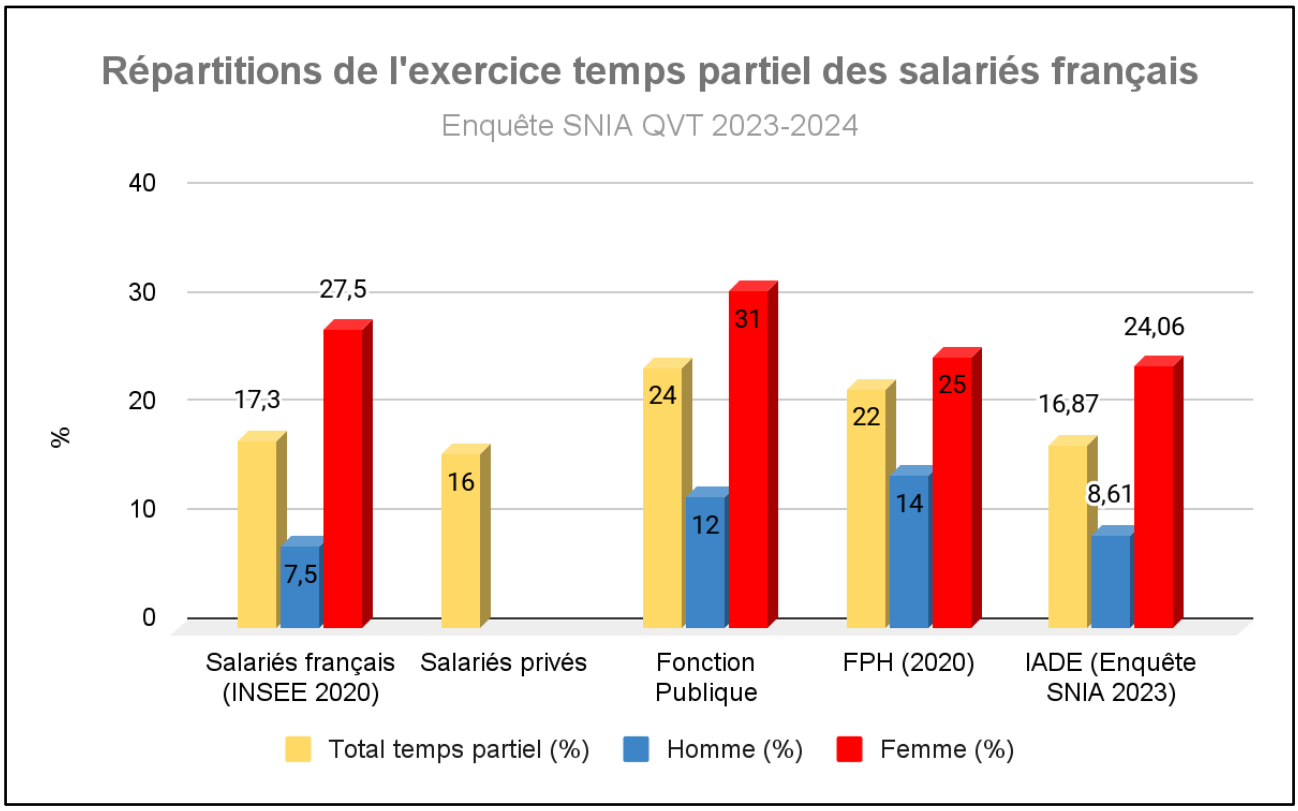
Si dans 78,9 %, l'encadrement des équipes IADE de notre échantillon est issu de la filière IDE, il tombe à 58,3% lorsqu'il s'agit de préciser si cet encadrement est IADE.

32,2% des IADE n'ont pas d'encadrement IADE même partiellement et 16,6% n'ont pas de cadre issu de la filière IDE même partiellement.

N.d.A. *: Nous n'avons pas de données permettant de vérifier l'hypothèse que les IADE sont de moins en moins encadrés par des personnes issues de la filière IADE.*

5.6 Temps de travail partiel

5.6.1 Données générales



D'après notre échantillon, **16,9%** de la population IADE exerce à temps partiel en 2023.

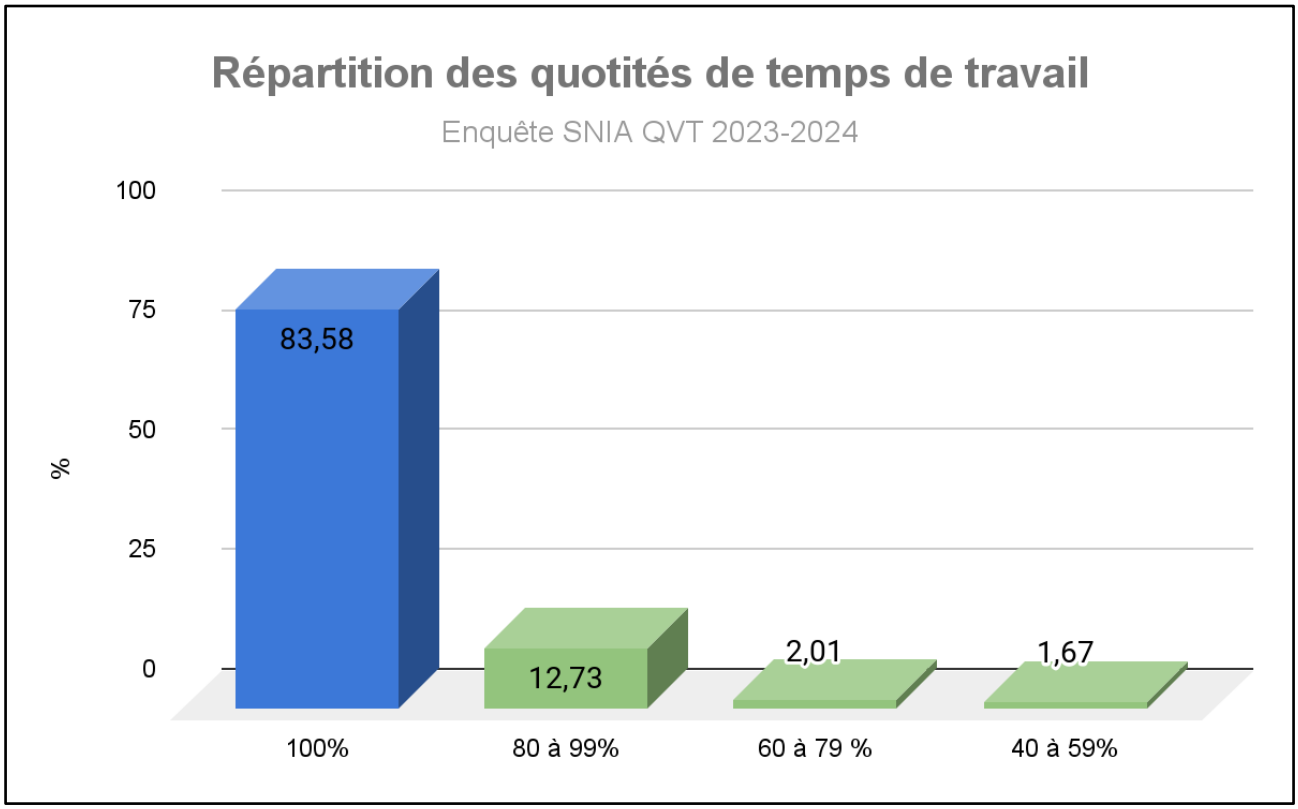
Selon l'INSEE[12] 17,3% des salariés en France (hors Mayotte) travaillent à temps partiel dans leur emploi principal, en 2022.

Le taux de notre échantillon 2023 chez les IADE correspond au taux de la population générale. Il est, malgré tout, légèrement inférieur aux taux dans la Fonction publique (24%) et de la FPH (22%).

12https://www.insee.fr/fr/statistiques/5391994?sommaire=5392045

5.6.2 Répartition des quotités de temps de travail

Dans notre enquête, les différentes quotités de temps de travail se répartissent comme suit :

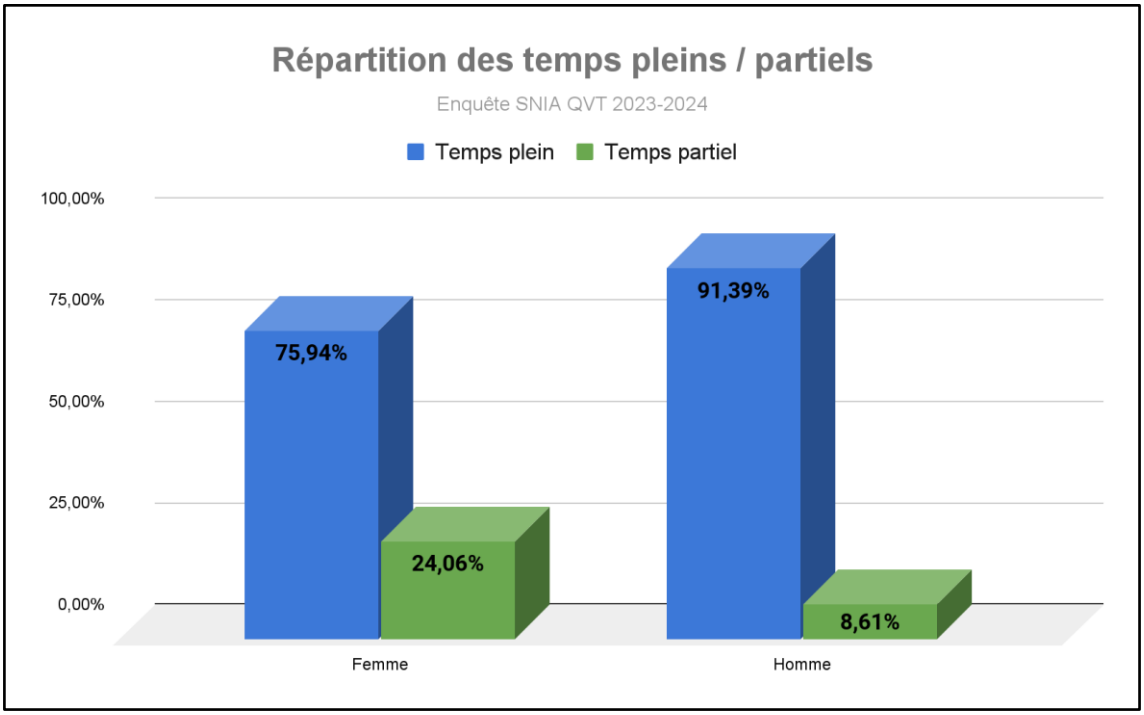


La formule de temps partiel la plus répandue est le **taux entre 80% et 99%** (12,7 % de l'ensemble des répondants).

Cette répartition est stable comparativement à notre précédente enquête (12,4% de temps partiels à 80% en 2018).

N.d.A. : *Dans notre échantillon, 4 IADE ont déclaré être en temps partiel sans préciser le taux exact. Il s'agit de deux femmes et deux hommes.*

5.6.3 Répartition hommes/femmes temps plein/partiel



Les IADE femmes déclarent travailler plus en temps partiel que les hommes avec 24% contre 8,61%.

D'après l'INSEE[13], en 2020, la population à temps partiel est à 78,9% féminine, on retrouve ce même taux avec 76,9% des temps partiels déclarés par les IADE de sexe féminin de notre échantillon.

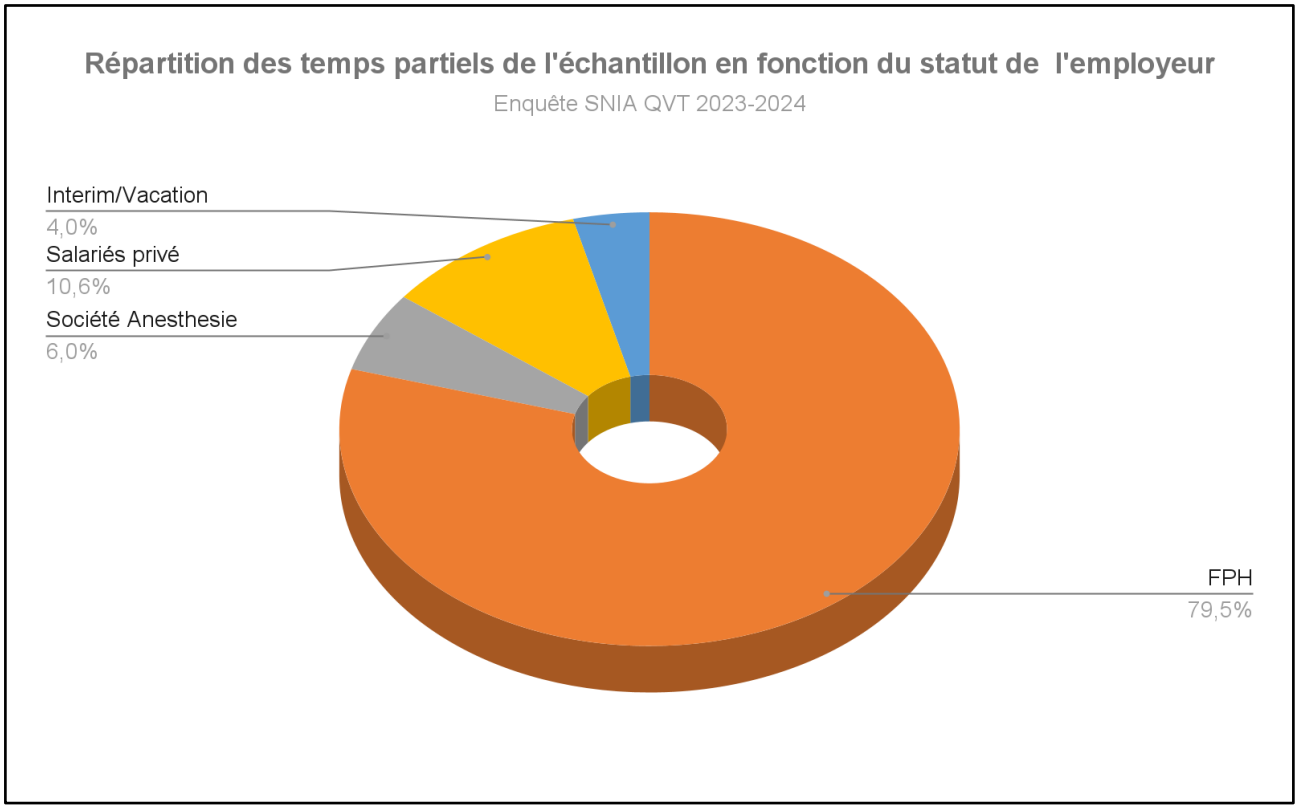
En 2022, le temps partiel concerne plus d'une femme sur quatre contre moins d'un homme sur dix.[14] En 2020, parmi les salariés hors apprentis, 27,5% des femmes et 7,5% des hommes occupent un emploi à temps partiel.

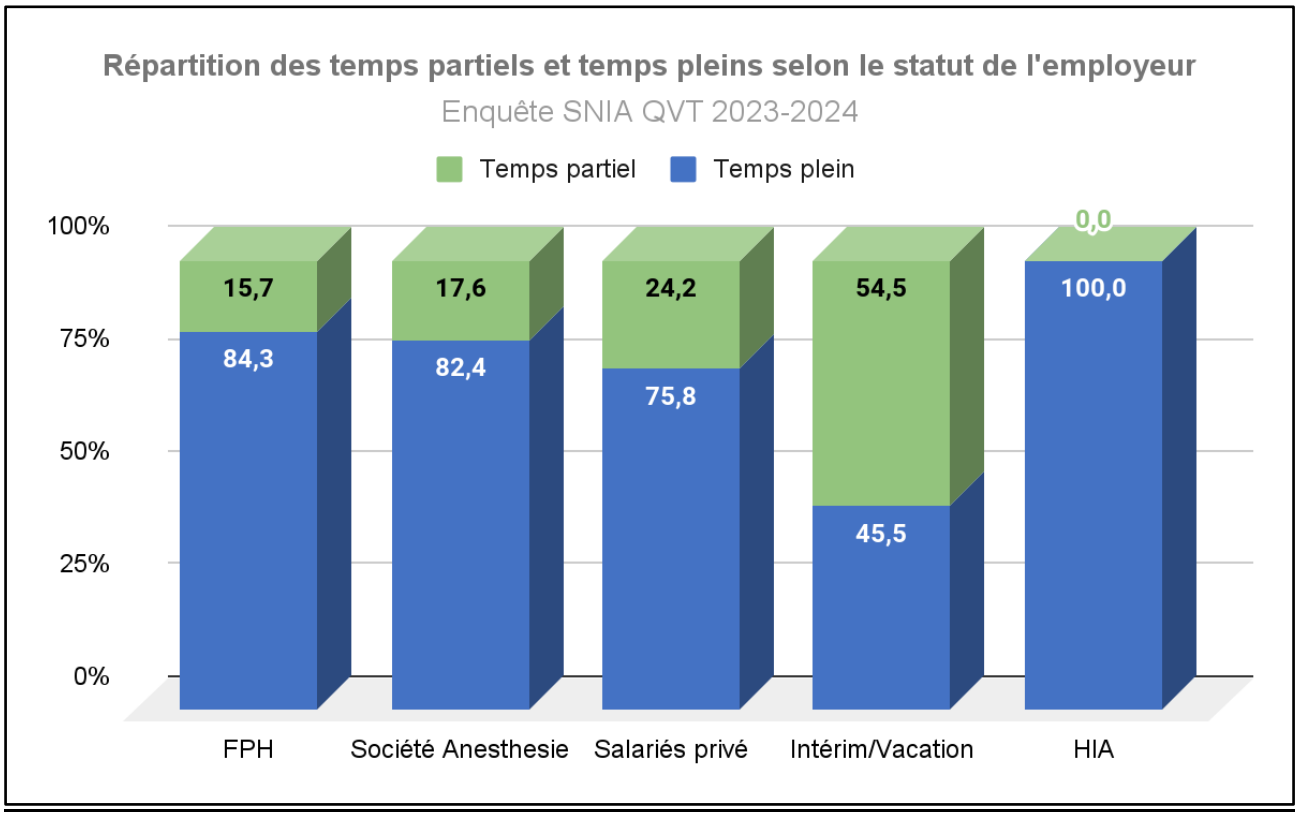
Les résultats chez les IADE semblent donc être dans le **schéma sociétal** de la population française.

13https://www.insee.fr/fr/statistiques/5391994?sommaire=5392045

14https://dares.travail-emploi.gouv.fr/donnees/le-temps-partiel

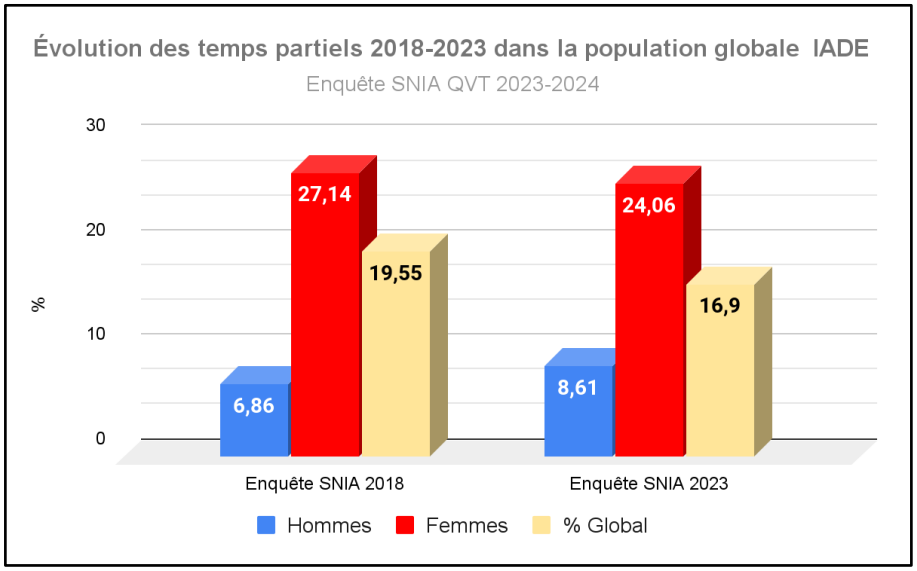
5.6.4 Temps partiels et employeurs





Dans cette première vue globale, la répartition des temps partiels en fonction de l'employeur se superpose à la répartition des IADE selon l'employeur, ce qui supposerait qu'il n'y aurait pas de différences de taux de temps partiels entre employeurs. En affinant, un test exact de Fisher à pu mettre en évidence qu'il existe pourtant un lien de dépendance entre le statut de l'employeur et l'exercice en temps partiels (p=0,010, V de Cramer=0,132). Il semblerait que les salariés des établissements privés, des sociétés d'anesthésie ainsi que les IADE exerçant en intérim aient recours au temps partiel dans une plus grande proportion par rapport aux salariés de la FPH.

5.6.5 Évolution de la proportion du temps partiel



La proportion du temps partiel chez les IADE de manière générale a tendance à baisser depuis quelques années.

La proportion d'hommes à travailler à temps partiel, elle, tend à augmenter.

Cette évolution est en partie expliquée par la diminution du recours au temps partiel dans la population générale (19,2% en 2016[15] contre 17,3% en 2022).

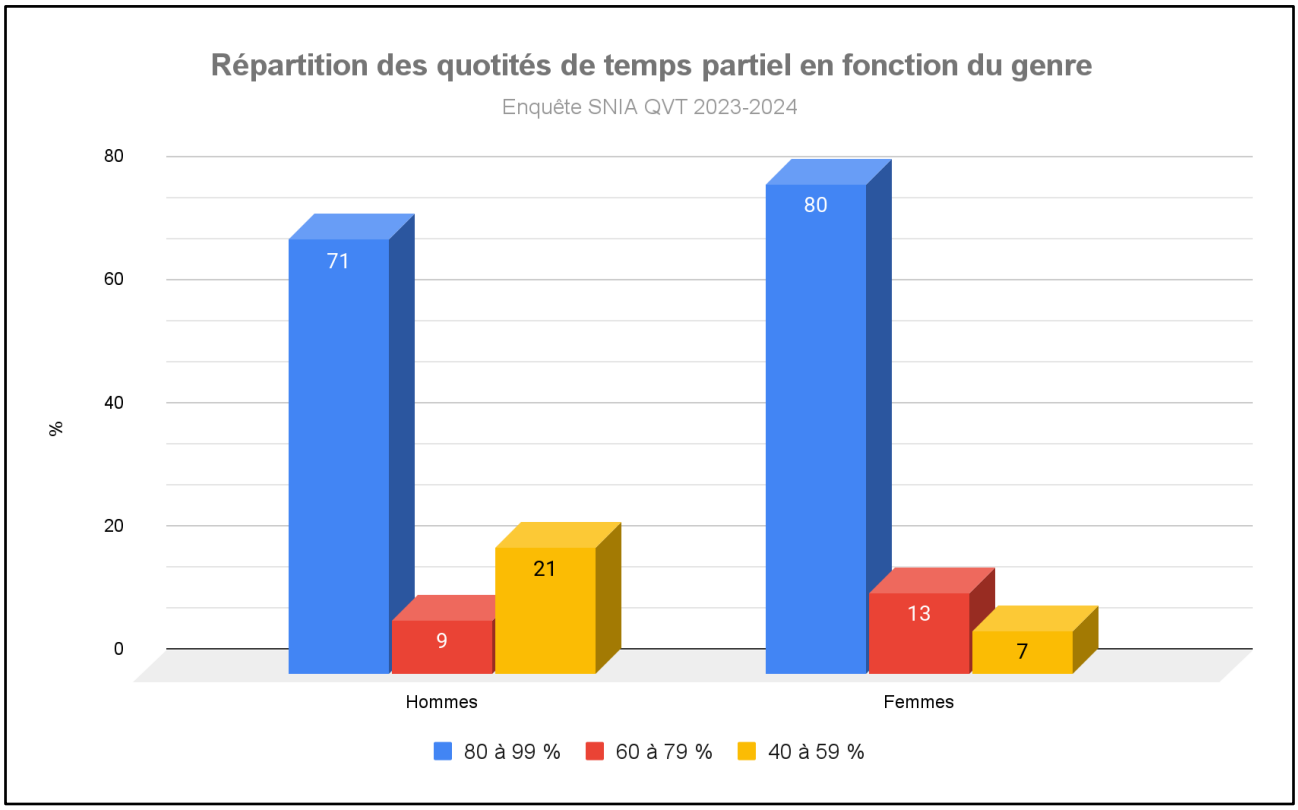
D'après l'INSEE[16], depuis les années 2000, la tendance est à l'augmentation du temps partiel dans la population masculine et inversement dans la population féminine. Ici encore on s'aperçoit que les IADE ne diffèrent pas des tendances sociétales.

153 Statistique annuelle sur le temps partiel, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) Ministère du Travail – 2016 https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/statistiques-de-a-a-z/article/le-temps-partiel

16https://www.insee.fr/fr/statistiques/5391994?sommaire=5392045

5.6.6 Répartition du temps partiel en fonction du genre

Les différentes quotités de temps de travail des IADE, hommes et femmes, déclarant travailler à temps partiel se répartissent comme suit :

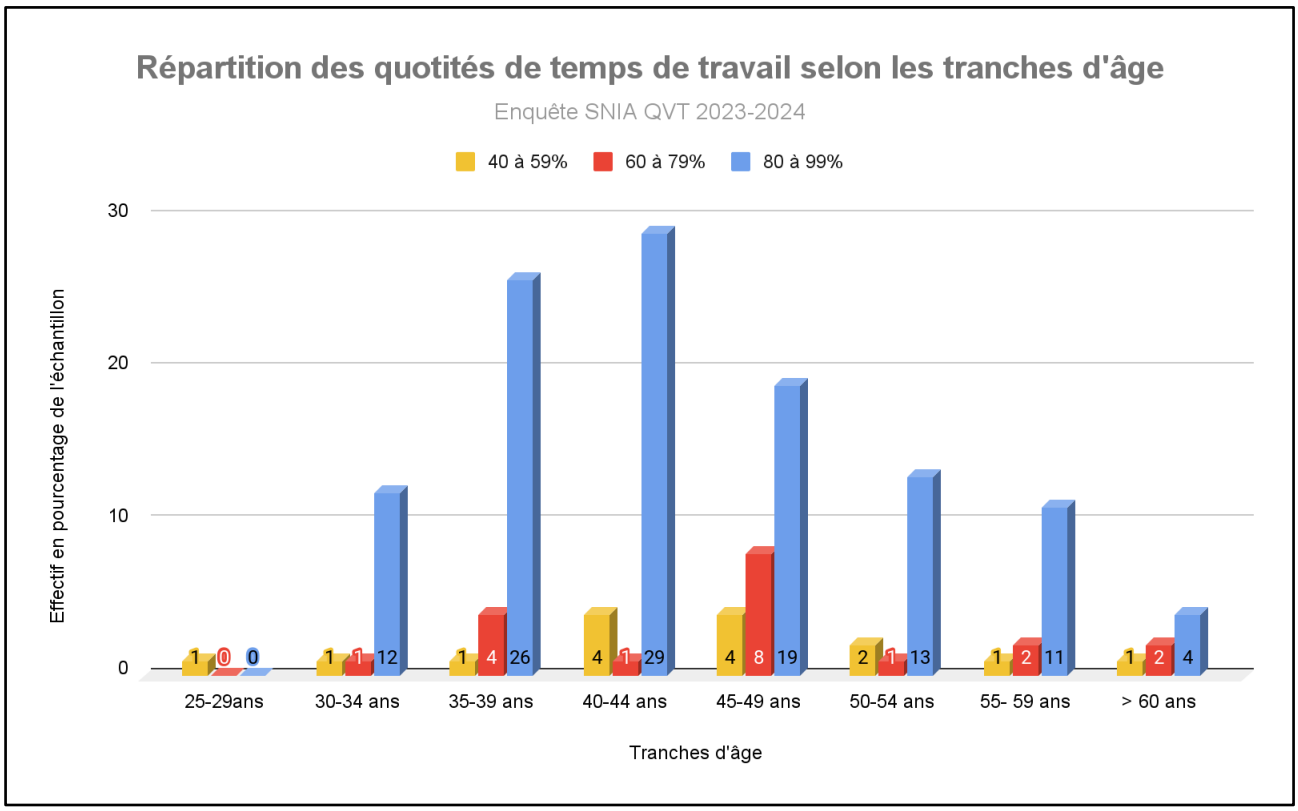


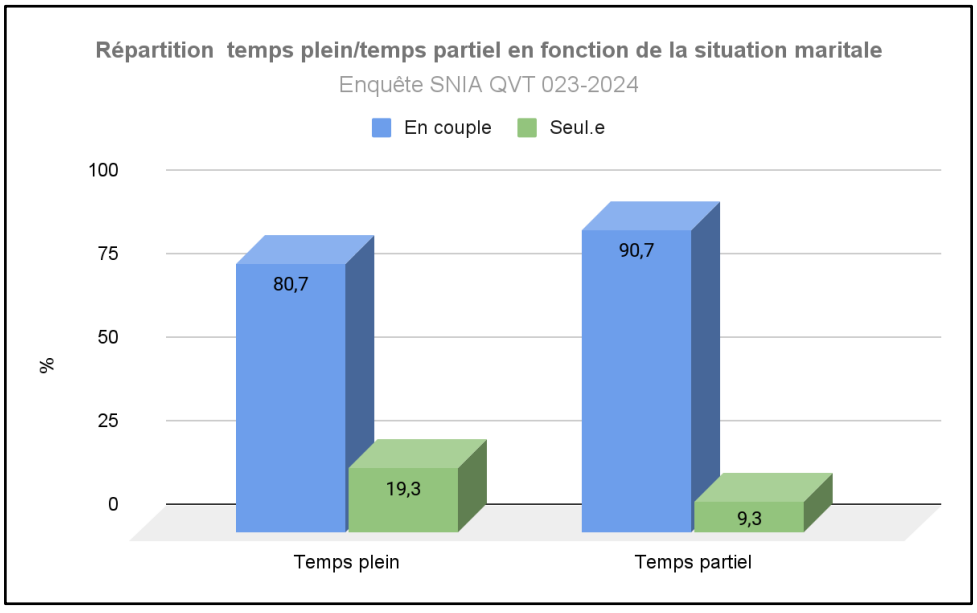
Notre enquête a montré que les femmes travaillant à temps partiel favorisent le temps de travail à 80% dans 79,6% des cas, ce qui représente 18,86% (contre 17% en 2018) des femmes de notre échantillon. L'exercice à mi-temps semble, quant à lui, être privilégié par les hommes.

Le test exact de Ficher (p=0,087, V de Cramer=0,191) a permis de montrer qu'il existe un lien de dépendance entre le sexe et la quotité de travail. Au vu des effectifs attendus, il existe une surreprésentation des femmes sur la quotité de travail 80-99% et 60-79%. Les hommes, eux, semblent avoir une appétence plus élevée sur la quotité 40-59%.

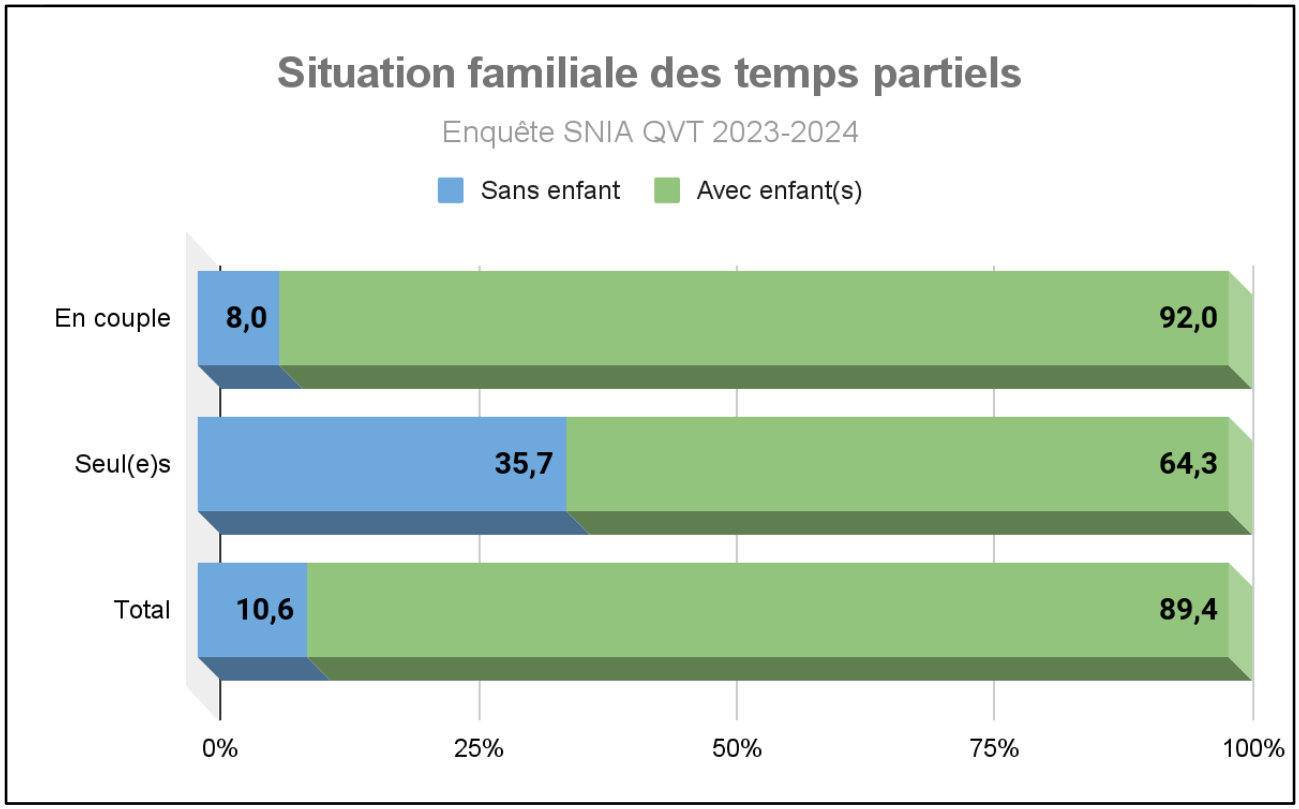
5.6.7 Répartition des temps partiels selon les tranches d'âges et situations familiales

Suite à la réalisation d'un test de comparaison des moyennes, nous avons pu relever qu'il n'y a pas de différence significative de moyenne d'âge entre les temps pleins et temps partiels.





La majorité des IADE exerçant en temps partiel ont entre 35 et 50 ans et sont des femmes.



Les deux graphiques précédents nous montrent que les IADE qui travaillent à temps partiel sont proportionnellement plus en couple ou ont des enfants à charge.

Le test de Chi2 montre qu'il existe un lien de dépendance entre l'exercice en temps partiel et la situation maritale (p=0,003, V de Cramer=0,0988). Les effectifs observés des temps partiels étant plus faibles chez les personnes seules.

Le test de Chi2 montre qu'il existe un lien de dépendance entre l'exercice en temps partiels et la situation parentale (p=0,001, V de Cramer=0,122). Les effectifs observés des temps partiels étant plus élevés chez les personnes ayant des enfants.

Le travail à temps partiel demeure largement dominé par les femmes et est étroitement lié à la situation familiale. Bien que sa prévalence au sein des Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État (IADE) tende à diminuer, elle semble refléter le schéma sociétal général de la population.

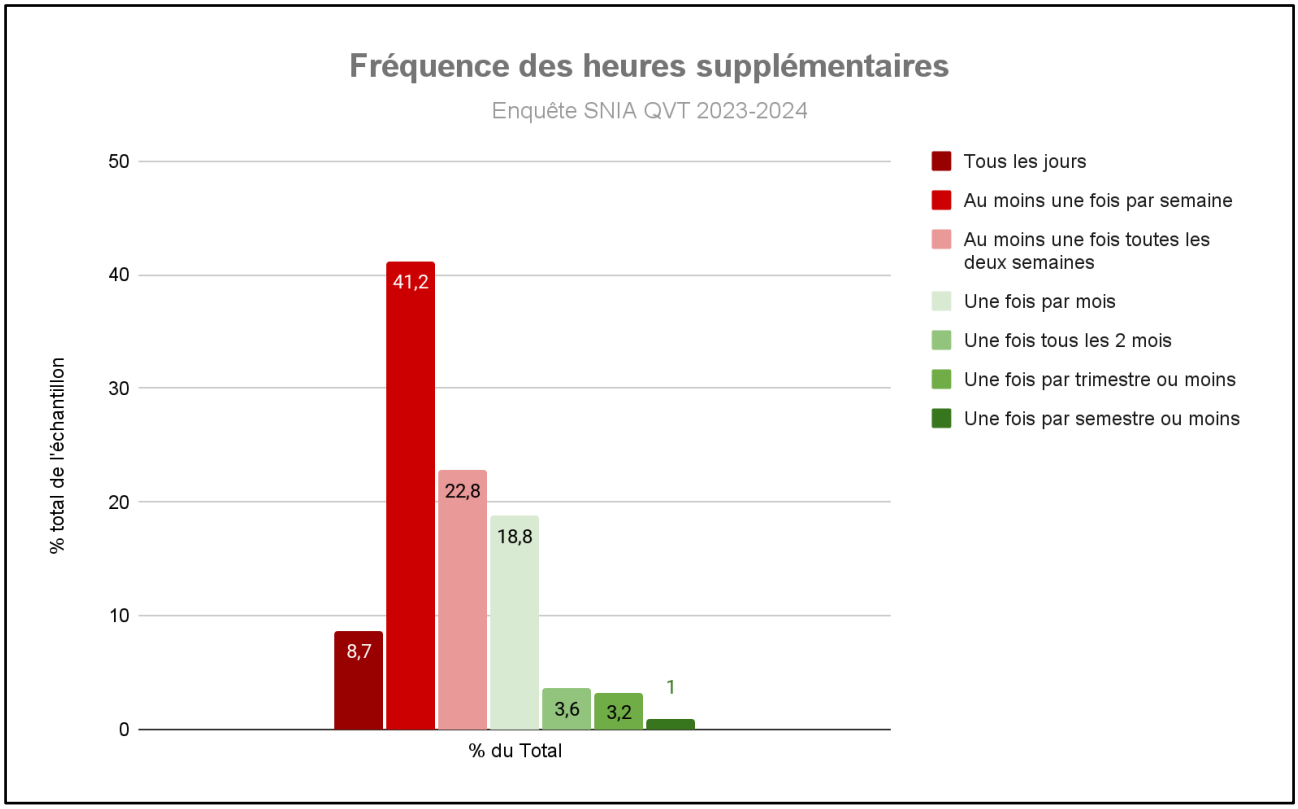
Cependant, la proportion de travail à temps partiel chez les IADE reste globalement inférieure à celle observée dans la Fonction publique et au sein de la Fonction publique hospitalière (FPH). Il est possible que cette disparité soit liée au fait que la population des IADE soit moins féminisée que d'autres catégories professionnelles de la FPH.

5.7 Heures supplémentaires



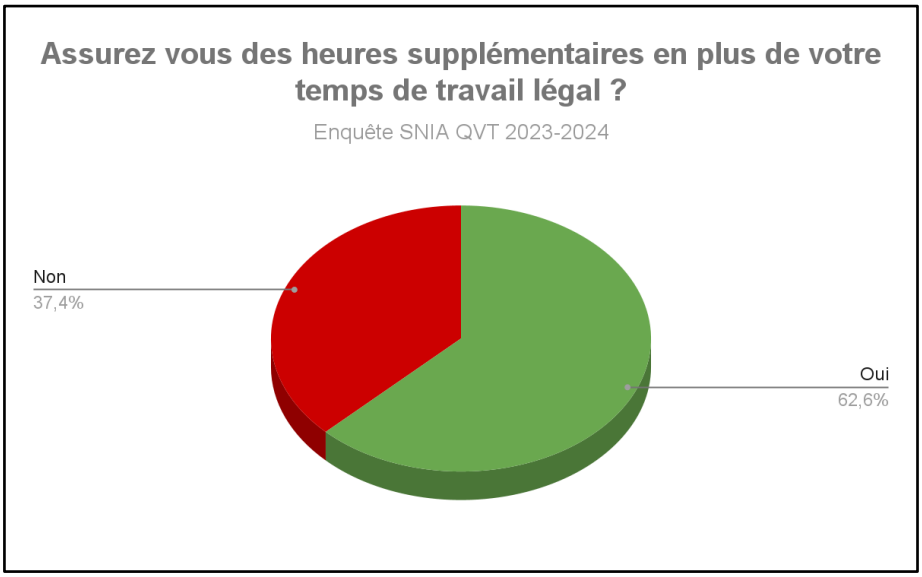
On constate qu'une écrasante majorité des professionnels IADE dépassent leurs horaires de travail.

5.7.1 Fréquence des dépassements d'horaires



50.5% des IADE ne finissent pas à l'heure prévue au moins une fois par semaine dont 8.7% déclarent finir tous les jours en retard.

5.7.2 Heures supplémentaires en plus du temps de travail légal



Nous notons qu'il existe à priori une différence chez les IADE entre "ne pas finir à l'heure" et "effectuer des heures supplémentaires en plus du travail légal".

Effectivement, on note que plus de 87% des IADE déclarent ne pas terminer à l'heure, mais

seulement 62,3% disent effectuer des heures supplémentaires en plus de leur temps de travail.

La moyenne d'heures supplémentaires en plus du travail légal est de **13 h 30 par mois**, la médiane de 10h en plus du temps de travail légal, le maximum étant à 45h par mois sur notre échantillon.

Le nombre d'heures supplémentaires est significativement supérieur chez les **hommes** avec une moyenne à 9,28 heures par mois contre 7,73 heures par mois chez les femmes (p=0,026).

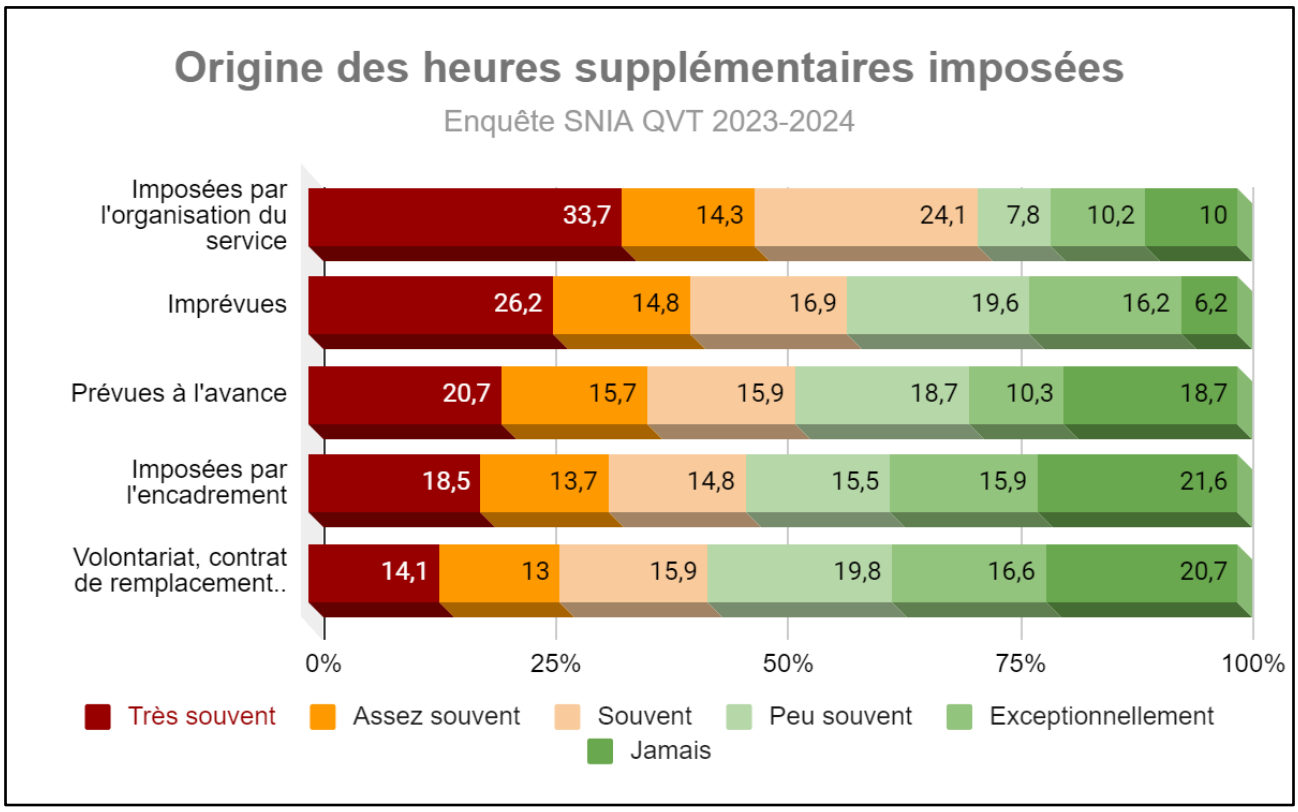
Le nombre d'heures supplémentaires est significativement supérieur en **Région Île-de-France** comparativement aux autres régions.

N.d.A. : *Le nombre d'heures supplémentaires ne diffère pas significativement en fonction de la situation maritale, parentale, du secteur d'activité, ni des fonctions d'encadrement ou du statut de l'employeur.*

5.7.3 Origine des heures supplémentaires

Les IADE ont été interrogés au travers de suggestions et de la fréquence de leur survenue afin de cerner les origines des heures supplémentaires.

Cette fréquence a été recueillie sur une échelle de Likert à six niveaux allant de "jamais" à "très souvent".



72% des heures supplémentaires effectuées sont imposées régulièrement par l'**organisation du service.**

La proportion des heures supplémentaires imprévues (26,2%) est plus élevée que celle des heures prévues (20,7%). Cela pourrait être mis en relation avec le pourcentage important d'heures supplémentaires effectuées du fait de l'organisation du service ou exigées par l'encadrement.

43% des IADE effectuent quotidiennement des heures supplémentaires sur la base du **volontariat,** à noter que 20% déclarent ne **jamais** effectuer ces heures sur la base du **volontariat.**

Une analyse comparative nous a permis de dégager quelques différences significatives :

- Les femmes s'accordent plus pour dire que les heures supplémentaires sont imposées par **l'encadrement** (p<0,001, m femme=3,68, m homme=3,09) et par **l'organisation de service.** (p=0,036,m femme=4,38, m homme=4,09).

- Les IADE ayant des enfants s'accordent plus pour dire que les heures supplémentaires sont exigées par l'**organisation de service.** (p=0,008, m parentale=4,34, m autres=3,86).

- Les IADE travaillant à temps partiel s'accordent plus pour dire que les heures supplémentaires sont **imprévues** (p=0,002, m temps partiel =4,45, m temps plein =3,88) et **imposées par l'encadrement** (p=0,005, m temps partiel=3,88, m temps plein=3,30).

L'analyse ne permet pas de montrer de différence notable sur l'origine des heures supplémentaires, que l'encadrement soit issu de la filière IDE ou pas.

Cependant, dès lors que l'encadrement est originaire de la filière IADE, les IADE sont significativement plus en accord pour dire que les heures supplémentaires sont **imposées par l'organisation du service** (p=0,005), qu'elles sont **prévues à l'avance** (p=0,029) et qu'elles sont moins **imprévues** (p=0,008).

Ces résultats mettent potentiellement en valeur la plus-value du cadre IADE dans l'organisation de l'activité et des horaires de travail et donc éventuellement dans l'acceptation par les équipes de ces sujétions.

87,1% des IADE déclarent ne pas finir à l'heure de manière assez régulière dont 41,18% au moins une fois par semaine.

Ces heures supplémentaires sont le plus fréquemment imposées par une organisation de service. Nous pouvons nous poser la question de savoir si le temps de vacation opératoire n'est pas très fréquemment dépassé pour obtenir un tel nombre d'IADE effectuant des heures supplémentaires.

A l'heure de la pénurie de soignants et de l'augmentation croissante de l'offre de soins, il convient de questionner le surprésentéisme des IADE et son impact sur la qualité de vie.

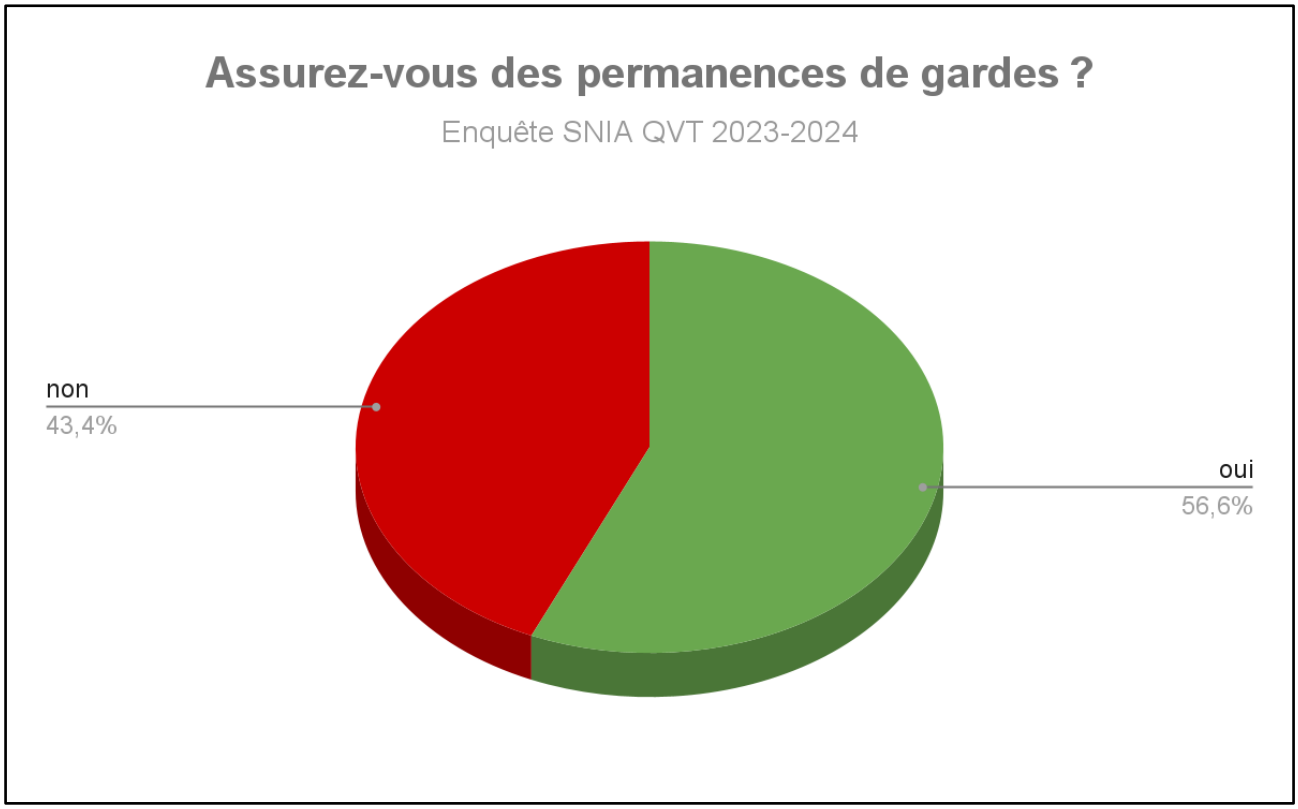
L'Île-de-France est la région où les IADE semblent effectuer le plus d'heures en plus de leur temps de travail légal. Cette région demeure fortement demandeuse en personnel soignant, entraînant ainsi des besoins constants de remplacement dans les cliniques et la nécessité de recourir régulièrement à des contrats d'heures supplémentaires au sein des établissements publics.

Il sera intéressant de voir si cette tendance se confirme lors de futures enquêtes avec la parution du décret n° 2023-936 du 10 octobre 2023 relatif à la consultation par les établissements publics de santé du fichier national de déclaration à l'embauche[17], qui permet une surveillance plus accrue du cumul d'activité chez les agents de la fonction publique.

17 https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048186509

5.8 Les Permanences et astreintes

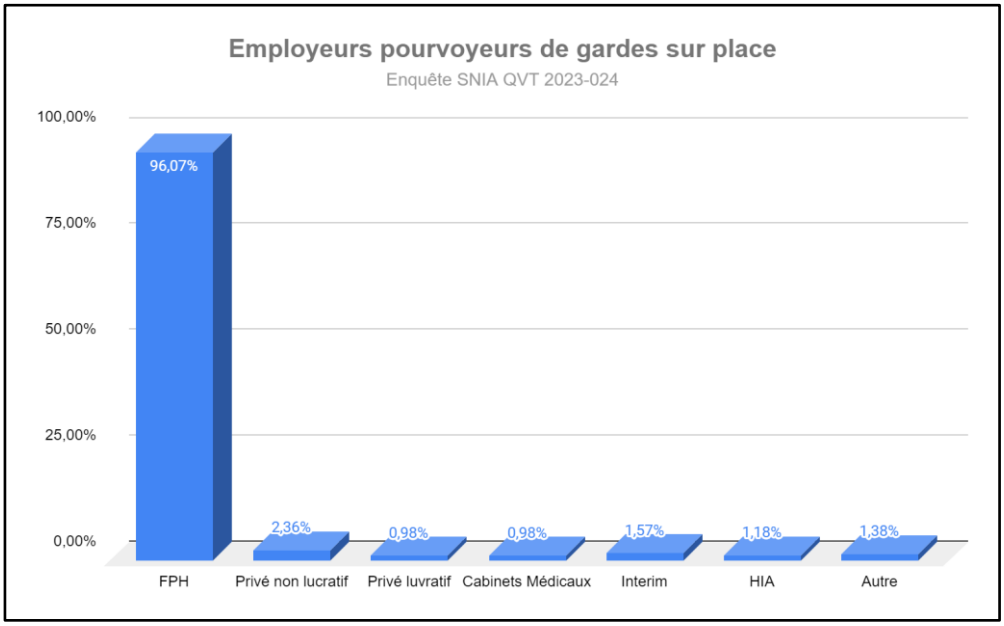
5.8.1 Permanences de gardes

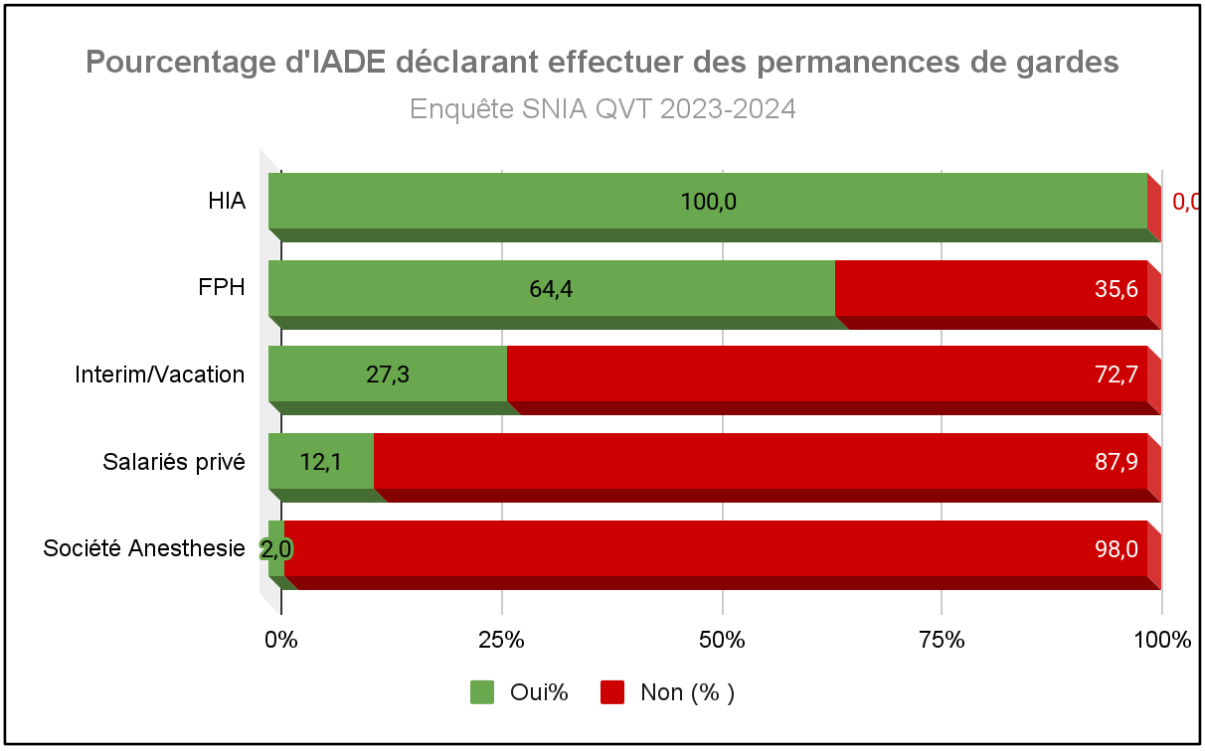


56,6% déclarent effectuer des “gardes”. Sachant que, légalement, il n’existe pas de garde paramédicale, ce travail déclaré sous ce terme est assimilé à un travail effectif en temps réglementaire.

Nous n’avons pas interrogé les IADE pour savoir s'il s’agissait de gardes effectuées dans un roulement exclusivement ou parallèlement à des horaires plus classiques.

51,08% sont des **femmes**.





La **FPH** est l'employeur principal (96,07%) des IADE effectuant des gardes sachant que 64,4% des IADE y travaillant effectuent des gardes.

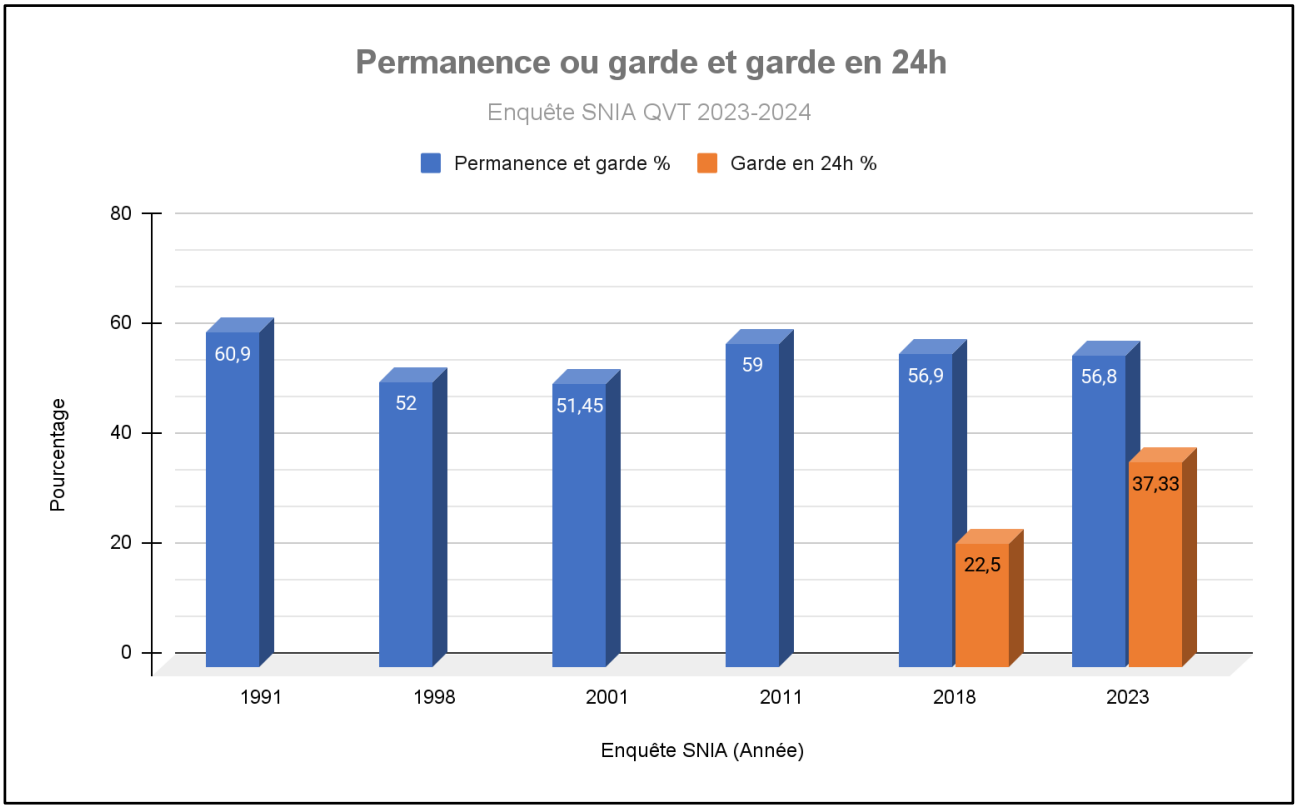
Seuls les IADE travaillant à l'HIA ont une proportion plus importante car ceux-ci déclarent tous effectuer des gardes.

Les sociétés d'anesthésie représentent 1% des employeurs des IADE effectuant des gardes et les IADE salariés des sociétés d'anesthésie sont 2% de leurs effectifs à faire des gardes.

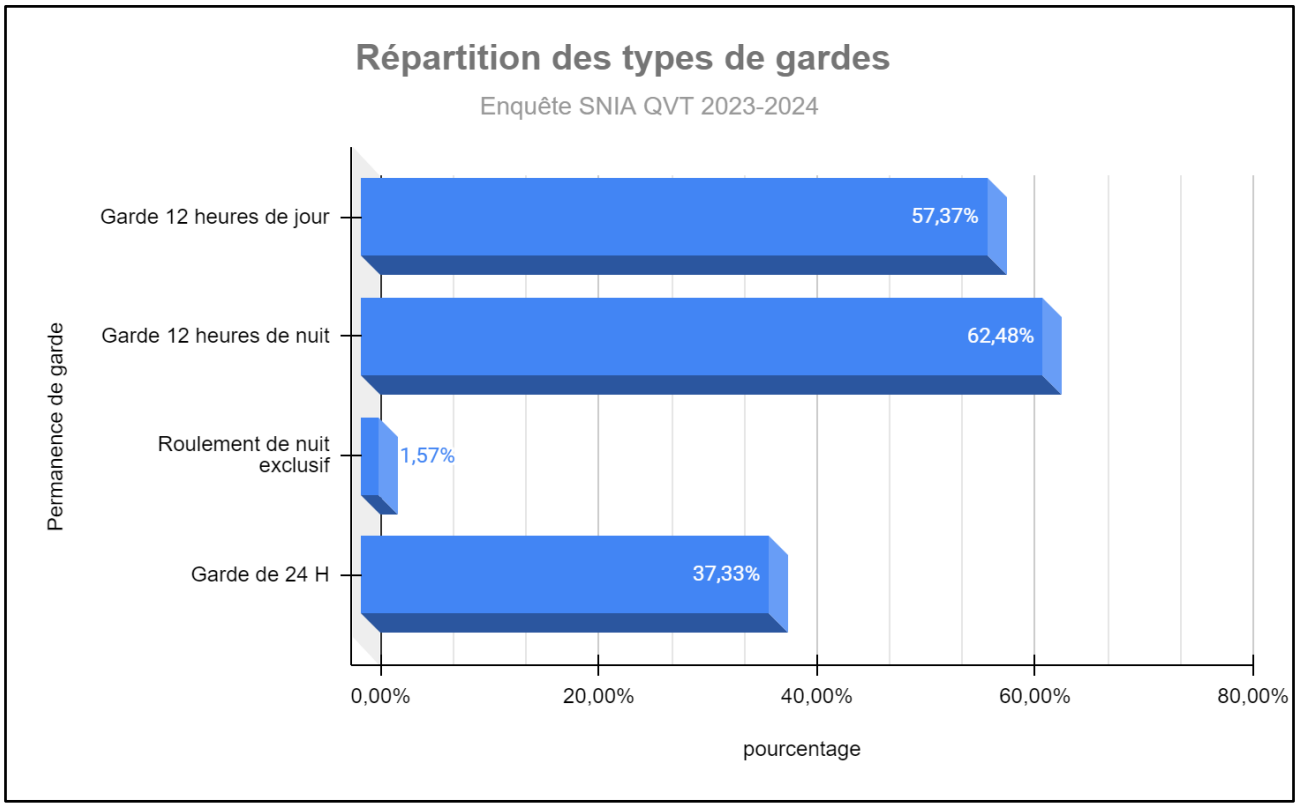
Il est donc à noter que la permanence des soins sur place dans les établissements publics ou d'État implique de recourir aux compétences des IADE.

SECTEUR D'ACTIVITÉ en garde	Pourcentage
Bloc polyvalent	89%
Maternité	58,34%
Prélèvement Multi-Organes	23,96%
Bloc pédiatrique et néonatal	17,87%
SMUR	17,09%
Neurochirurgie	15,71%
Cardio Thoracique	14,93%

On note que les gardes sur place concernent principalement les secteurs de blocs polyvalents (≃90%) et maternité (>55%).
Près d'un quart des IADE effectuant des gardes ont une activité de prélèvement multi-organes.



Depuis de nombreuses décennies, la proportion d'IADE effectuant des gardes est très stable.
On note malgré tout une **augmentation des "gardes" de 24h** passant de 22,5% (2018) à 37,33% (2023).



Un peu plus de 37% des IADE effectuent des gardes de 24h contre 63% des gardes de 12h. Les journées de travail en 12h sont donc majoritaires.

N.d.A. : En France, la législation encadre strictement les heures de travail des professionnels de santé, y compris les paramédicaux. Pour les paramédicaux, comme les infirmiers, la garde de 24 heures est considérée comme illégale en raison des réglementations sur la durée maximale du travail et des périodes de repos obligatoires.[18]

Les secteurs d'activité des gardes de 24h sont : bloc polyvalent (96,84%), la maternité (66%), les PMO (17%) et le SMUR (14,21%).

Les régions où s'effectuent principalement les gardes de 24h sont l'Île-de-France (20,52%), la Bourgogne Franche-Comté (13,16%), l'Auvergne-Rhône-Alpes (10,52%), les Hauts-De-France (10%), ces pourcentages étant en lien avec le nombre de répondants par région.

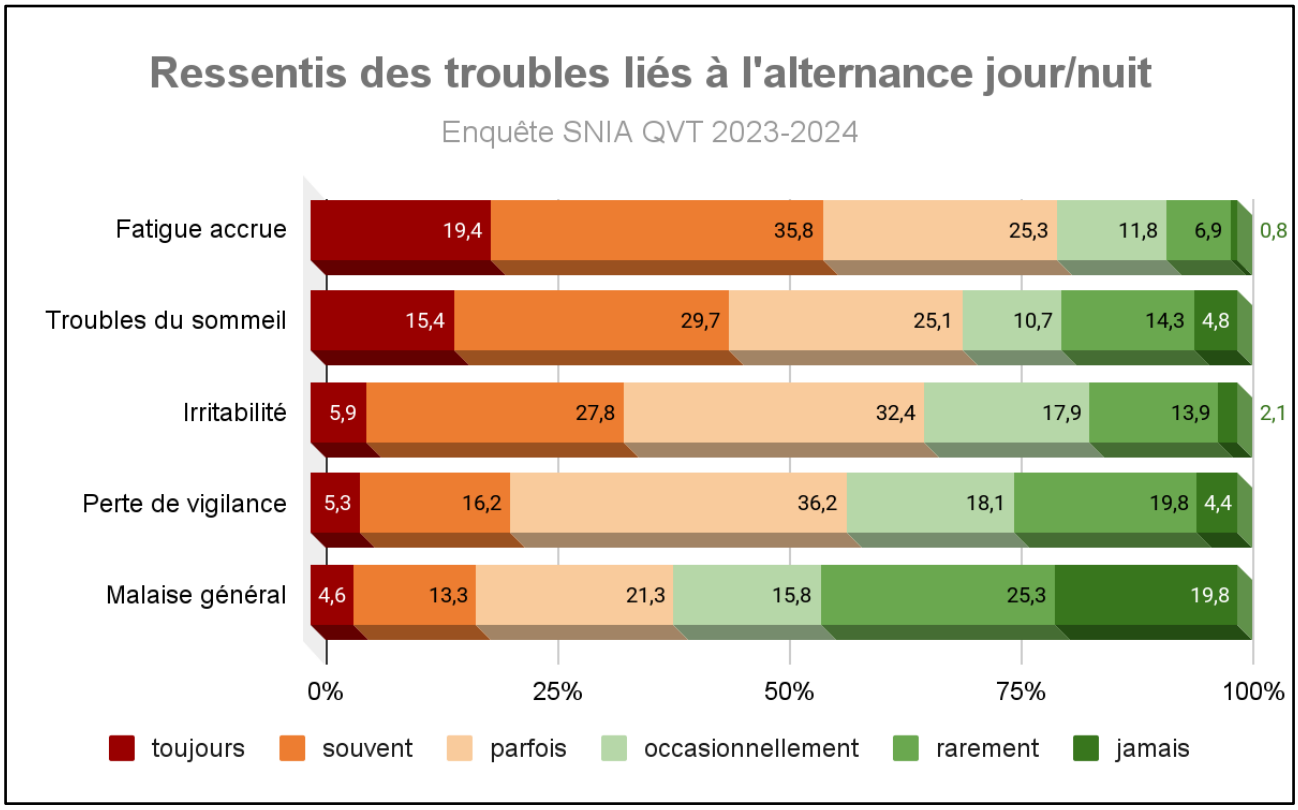
18 -Code de la fonction publique : article L611-3

-Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans la fonction publique hospitalière

Les IADE effectuant des gardes de 24h sont employés à 95,26% par la FPH.

48,72% des IADE (248) déclarent effectuer des gardes de 12h de jour et de nuit.

Nous nous sommes donc intéressés aux conséquences de l'alternance jour/nuit en proposant aux IADE des items sur lesquels ils devaient évaluer la fréquence de jamais à toujours.

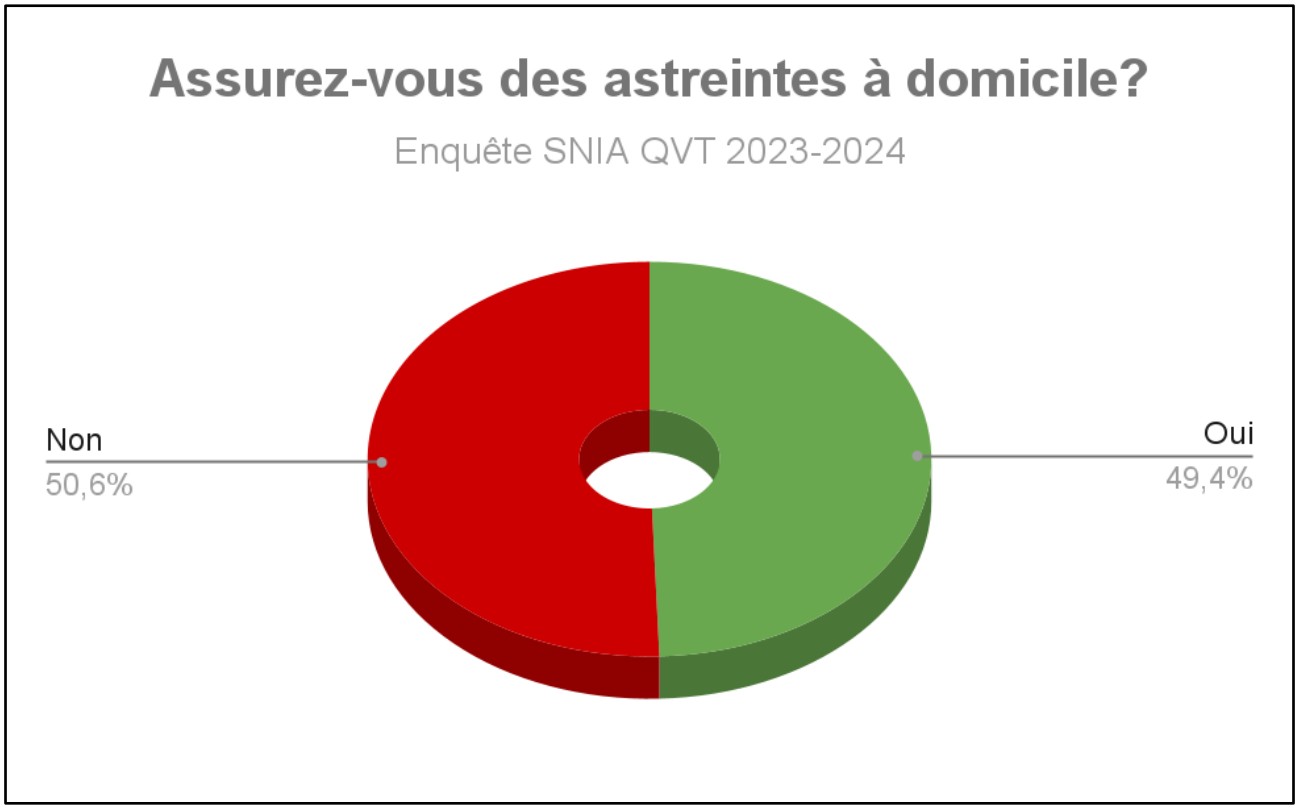


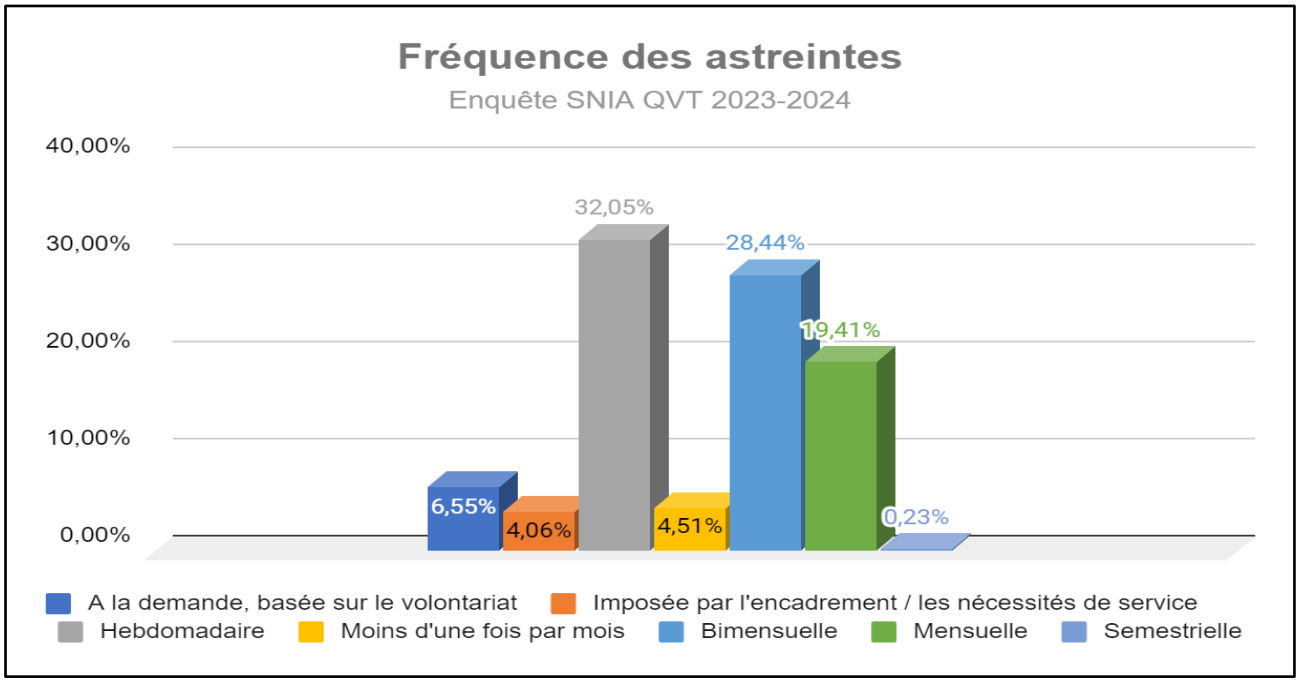
Les gardes entraînent toujours et souvent une fatigue accrue chez 55,2% des IADE, des troubles du sommeil chez 45,1% et une irritabilité chez 33,7% d'entre eux.

Bien que la proportion d'IADE effectuant des gardes reste très stable et que les gardes en 12 heures, jour et nuit, demeurent majoritaires, une augmentation des gardes de 24 heures est observée depuis plusieurs années au fil de nos enquêtes. La région Île-de-France reste particulièrement concernée par cette pratique, bien qu'elle ne soit pas réglementaire.

On peut se demander si cet horaire de 24 heures offre une attractivité ou si le manque de personnel dans certains hôpitaux contraint davantage les organisations à recourir aux gardes de 24 heures. Ces horaires sont-ils plébiscités par les agents eux-mêmes ?

5.8.2 Astreintes à domicile

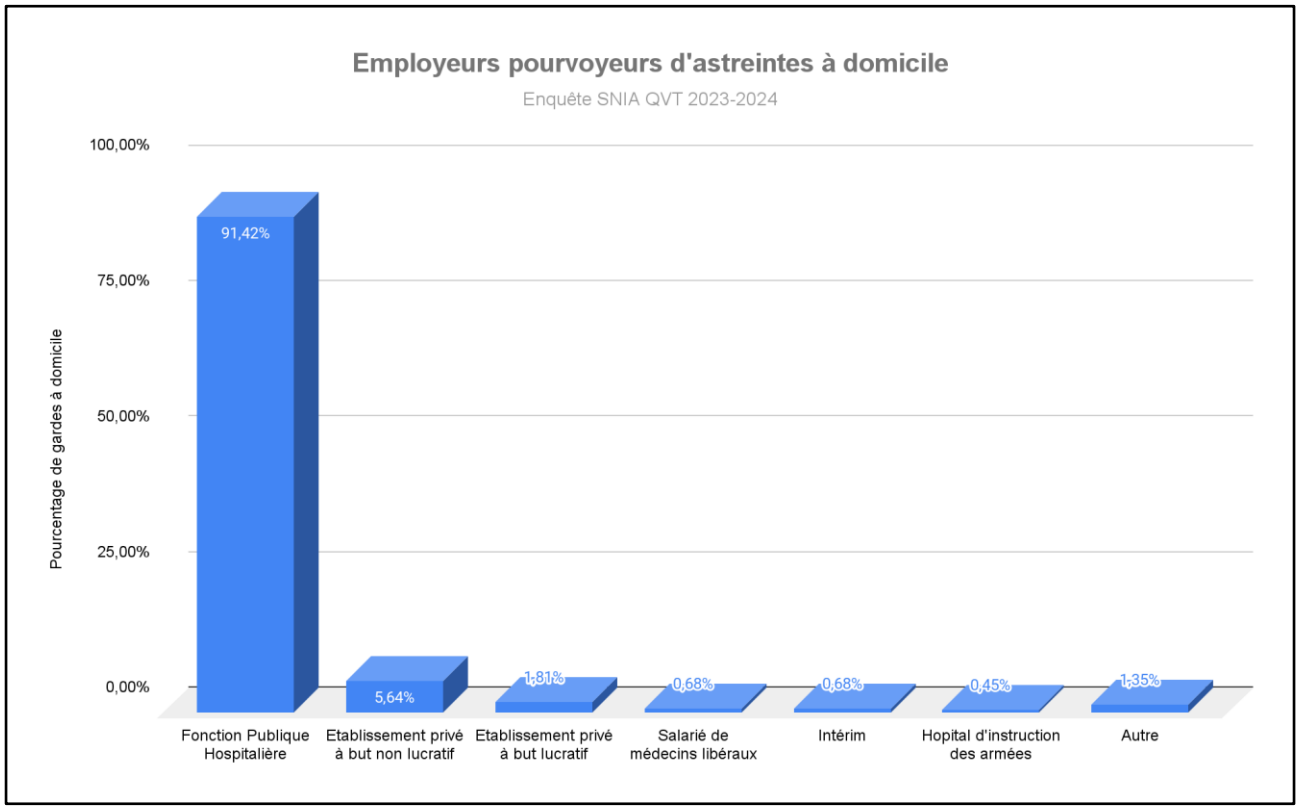


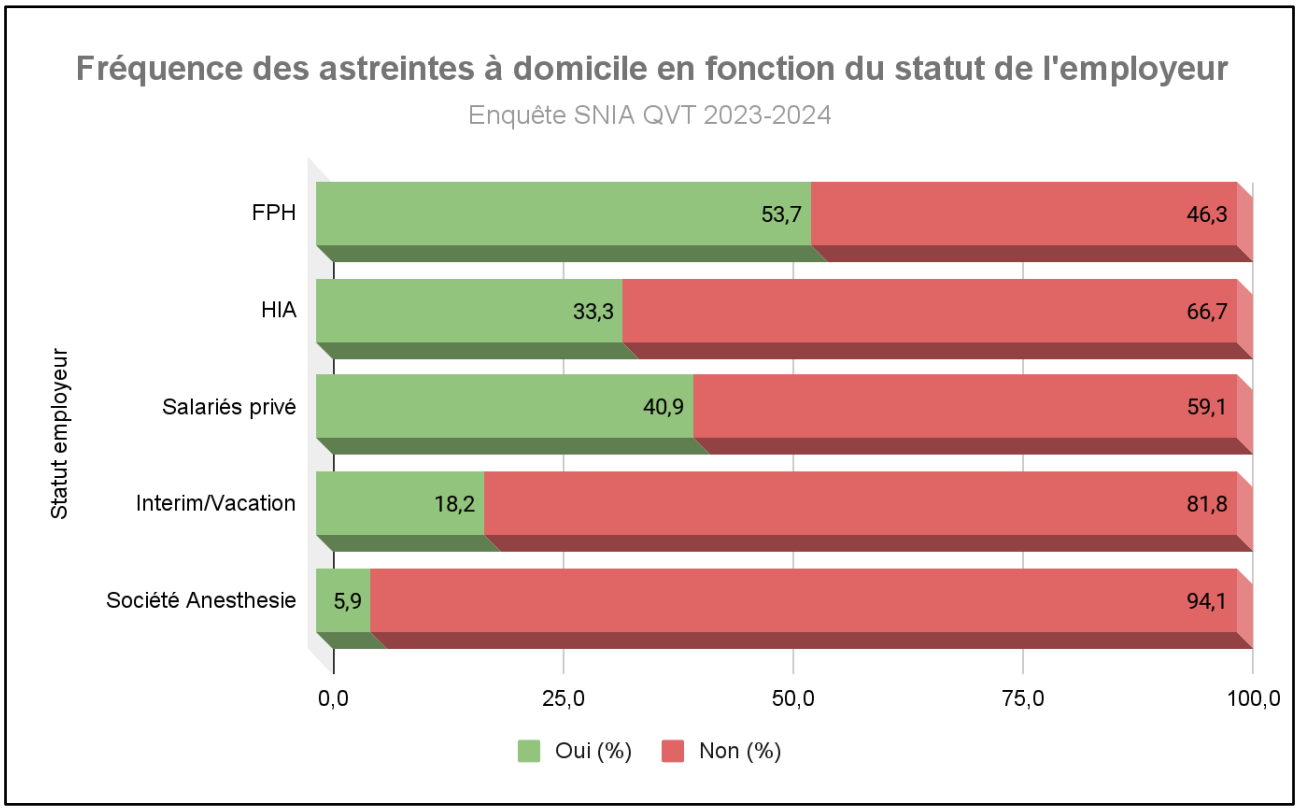


49,4% des IADE déclarent effectuer des astreintes à domicile.

80% des IADE qui effectuent des astreintes en font au moins une par mois, sans compter celles plus aléatoires à la demande de l'encadrement ou sur la base du volontariat.
Ce chiffre correspond à 39,41% de l'échantillon total interrogé. La fréquence la plus répandue est l'hebdomadaire suivi de la bimensuelle.

60,49% des IADE faisant des astreintes en réalisent donc au minimum une tous les 15 jours.



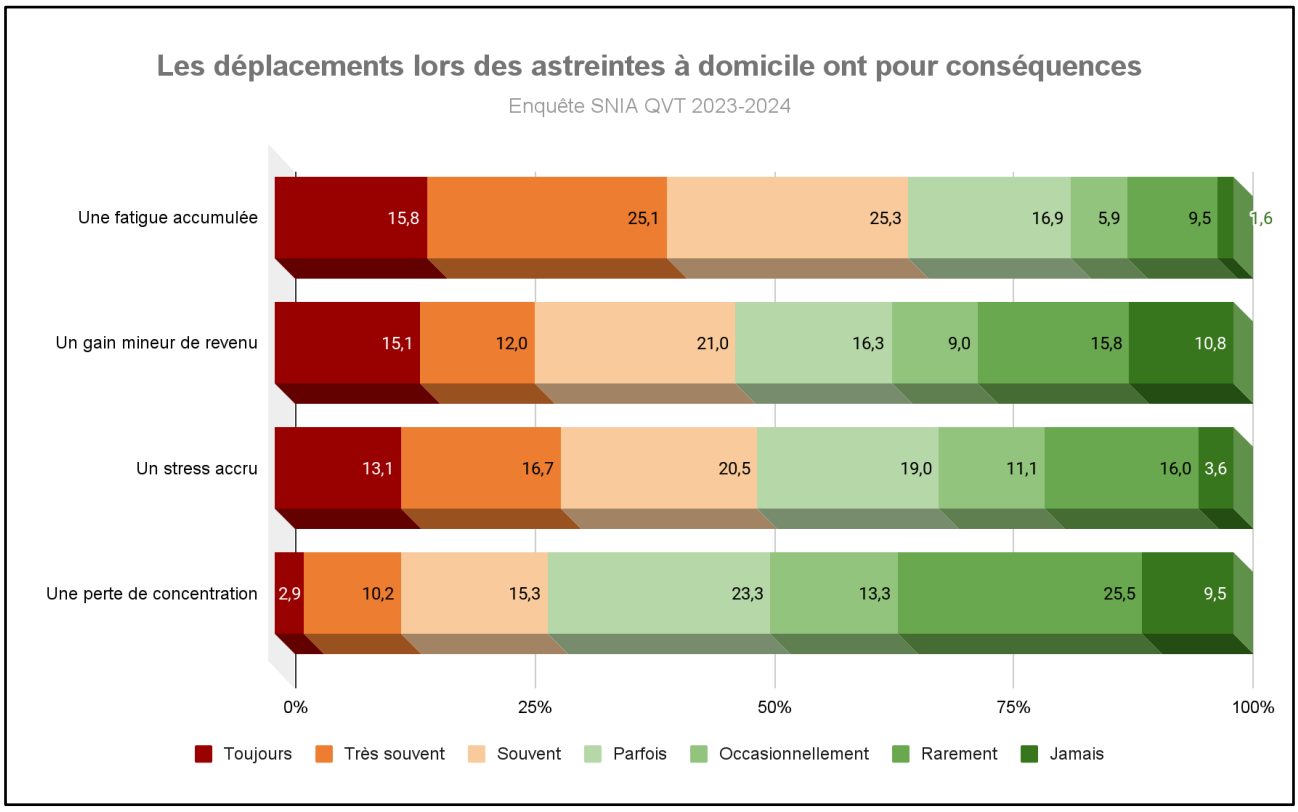


L'employeur principal des IADE exerçant des astreintes est la **fonction publique hospitalière** à 91,42%, les sociétés d'anesthésie n'ayant que rarement recours à ce mode de fonctionnement.

Les IADE de la FPH participent de manière importante à la permanence des soins que ce soit en garde ou en astreinte avec 53,7% qui effectuent des astreintes et 64.4% des gardes.

Dans le secteur privé, les IADE sont majoritairement sur un système d'astreinte même si cela concerne moins d'un IADE sur deux pour les établissements de santé privés et un IADE sur vingt pour les sociétés d'anesthésie.

De la même façon que pour les conséquences des gardes, nous nous sommes intéressés aux **conséquences des déplacements lors des astreintes** en proposant aux IADE des items sur lesquels, ils devaient évaluer la fréquence de jamais à toujours.



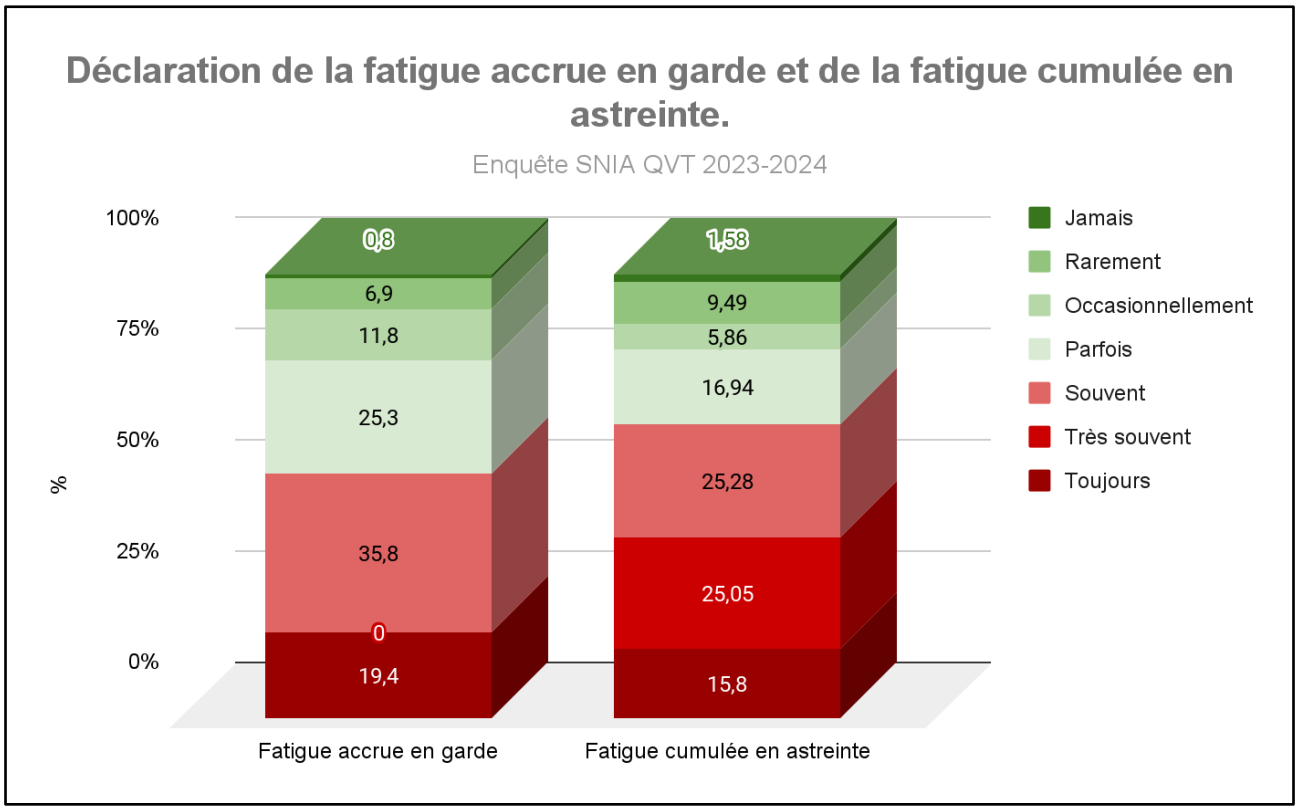
Les astreintes impliquent inévitablement des déplacements entre le domicile et le lieu de travail, ce qui provoque une accumulation de fatigue chez près de 65% des IADE. De plus, pour un IADE sur deux, cela engendre une augmentation du stress, le tout pour le sentiment d'un gain de revenu mineur.

Deux tiers des IADE effectuant des astreintes se plaignent d'une accumulation de fatigue induites par les astreintes, dont un tiers déclare "Très souvent".

La **perte de concentration** est une conséquence qui revient dans une moindre mesure chez les IADE effectuant des astreintes à domicile.

Les astreintes et les gardes sont donc pourvoyeuses de fatigue accrue. Existe-t-il une différence entre les deux systèmes de permanences des soins concernant cet item ?

26,03% des IADE déclarent effectuer de façon concomitante des gardes et des astreintes.



La fatigue de manière générale est plus importante chez les IADE effectuant des astreintes avec 65,93% déclarant avoir au minimum souvent une fatigue cumulée.

Notre étude ne permet pas d'évaluer cette fatigue sur les 26,03% des IADE qui déclarent effectuer des gardes et des astreintes.

Les gardes et les astreintes assumées par les IADE sont principalement effectuées au sein de la fonction publique hospitalière. Qu'il s'agisse des gardes de 12 heures avec une rotation jour/nuit, de gardes de 24 heures en augmentation à l'échelle nationale ou d'astreintes, ces plages horaires ne sont pas dénuées de conséquences sur la fatigue. L'étude Amadeus, publiée en août 2023, dans son troisième volet sur les horaires de travail en 12 heures, a démontré que ces horaires avaient également un impact sur divers facteurs psychosociaux.[19]

19 https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-023-01403-9

QVT Partie 2 : Axe psychodynamique du travail

L'analyse psychodynamique d'une étude sur la qualité de vie au travail revêt une importance particulière dans la mesure où elle permet d'explorer les dynamiques sous-jacentes et les processus psychologiques qui influent sur le bien-être des individus au sein de leur environnement professionnel.

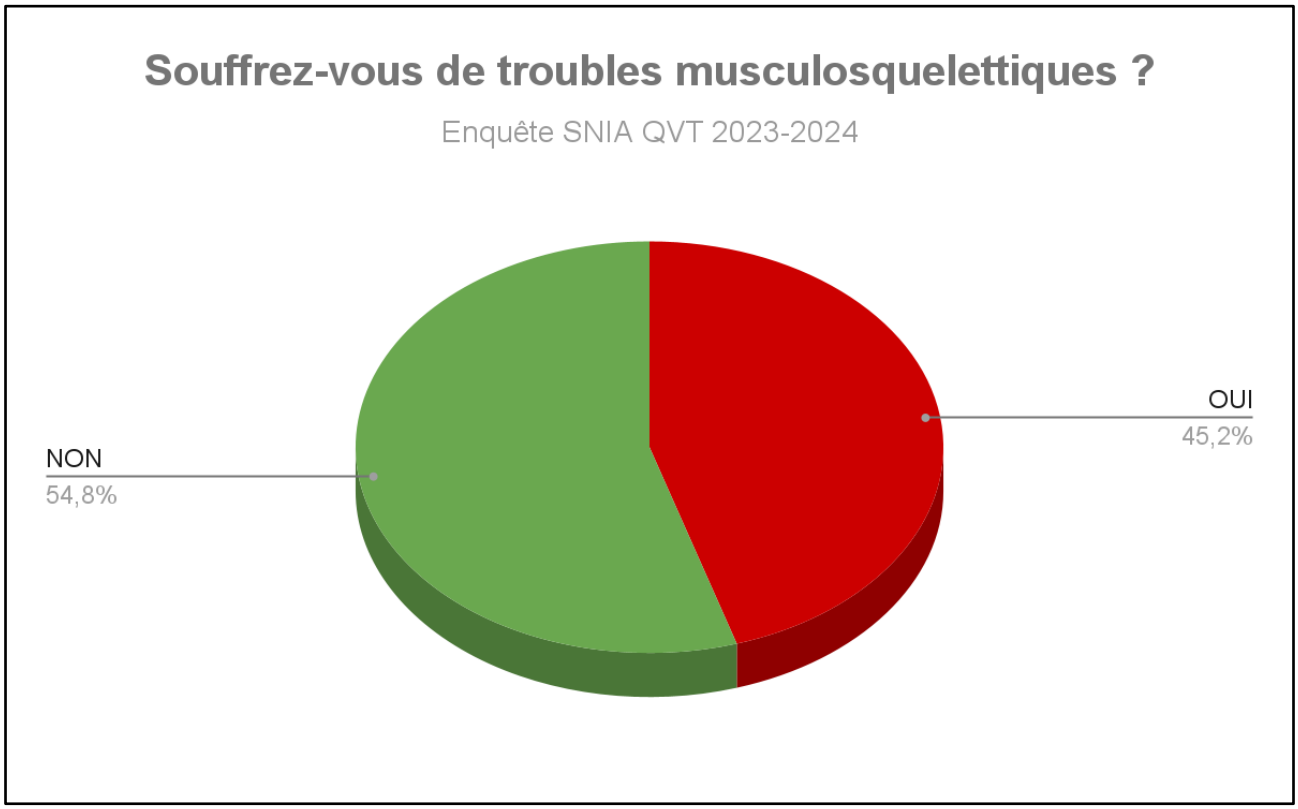
L’analyse psychodynamique va au-delà des aspects superficiels pour examiner les motivations, les émotions, les conflits internes, et les mécanismes de défense qui façonnent les expériences des travailleurs.

En se penchant sur les dimensions inconscientes de la vie professionnelle, l'analyse psychodynamique permet de mettre en lumière des facteurs souvent négligés mais néanmoins déterminants dans la perception et la gestion du stress, des relations interpersonnelles, et de la satisfaction au travail. Elle offre ainsi une compréhension plus approfondie des sources de satisfaction et de frustration des employés, ainsi que des stratégies adaptatives qu'ils déploient pour faire face aux défis de leur quotidien professionnel.

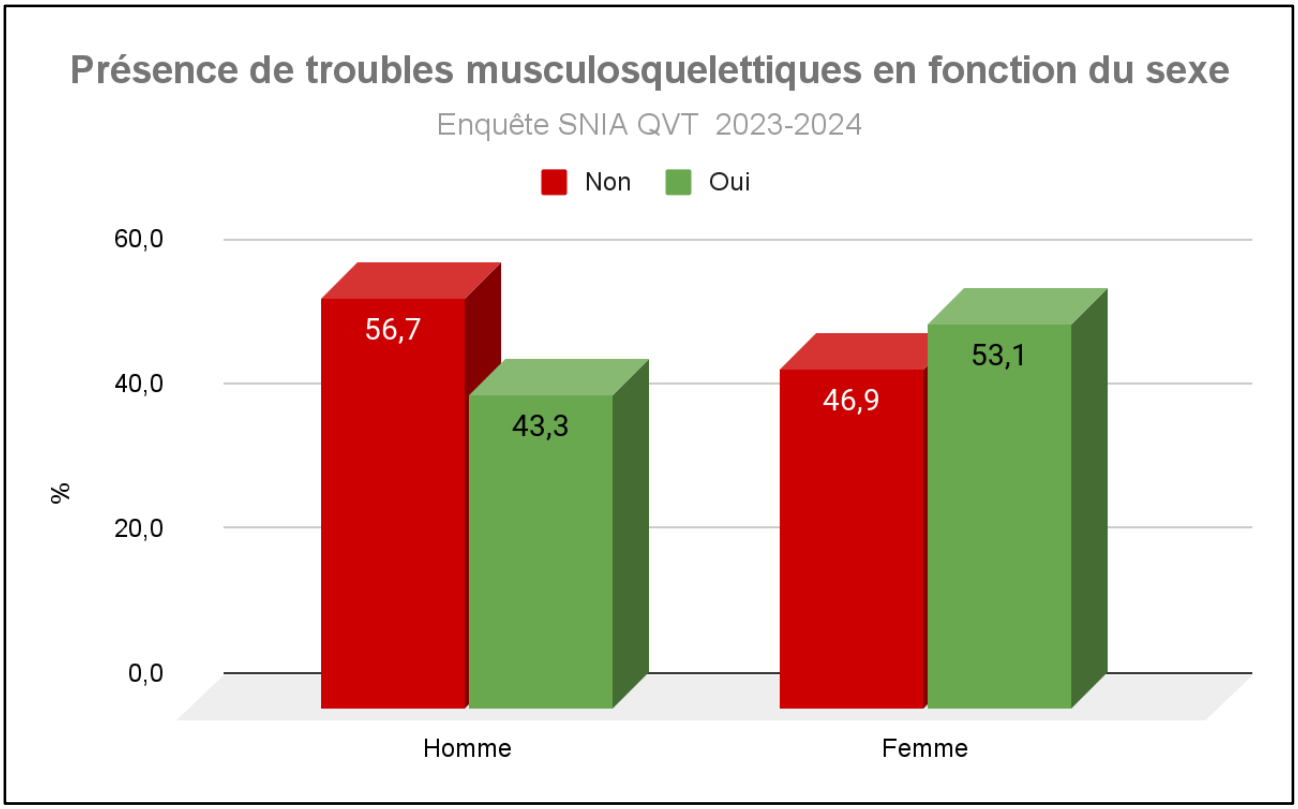
L'analyse psychodynamique enrichit notre compréhension de la qualité de vie au travail en mettant en lumière les dynamiques psychologiques et relationnelles qui sous-tendent cette expérience, et en offrant des perspectives nouvelles pour promouvoir le bien-être et la satisfaction au travail.

1. Troubles musculosquelettiques

Souvent associés à des causes physiques telles que des mouvements répétitifs, des postures prolongées ou des conditions de travail ergonomiquement défavorables, les aspects psychologiques doivent également être pris en compte dans le développement et la gestion[20] des TMS.



20 "Psychological Factors and Musculoskeletal Disorders: A Critical Review of the Literature" Auteurs: Smith, J. K., Jones, L. M., & Johnson, A. B. Année : 2018 Journal : Journal of Occupational Health Psychology Volume : 25 Numéro : 3 Pages : 321-337



Parmi les 45% d'IADE déclarant souffrir de troubles musculosquelettiques 53,1% sont des femmes, 43,3% des hommes. Le test de Chi2 montre qu'il existe un lien de dépendance entre le sexe et la présence de troubles musculosquelettiques avec une sur-représentation des effectifs observés chez les femmes concernant la présence de troubles musculosquelettiques ($p<0,001$, V de Cramer=0,0982).

Age médian des sondés souffrant de troubles musculo-squelettiques		
	Non	Oui
Femmes	43	48
Hommes	43	46
Total	43	47

Concernant l'âge, il existe une différence significative ($p<0,001$) entre les moyennes du groupe présentant des troubles musculosquelettiques (m=46,8) et celui n'en présentant pas (m=43,8).

L'âge médian des personnes sans trouble musculosquelettique est de 43 ans, et on retrouve un âge médian de 47 ans pour la tranche de l'échantillon souffrant de cette pathologie.

Aucun lien de dépendance sur les autres variables de groupage n'a pu être démontré soit par impossibilité d'effectuer les tests (manque d'effectif dans certains groupes) ou par absence de significativité.

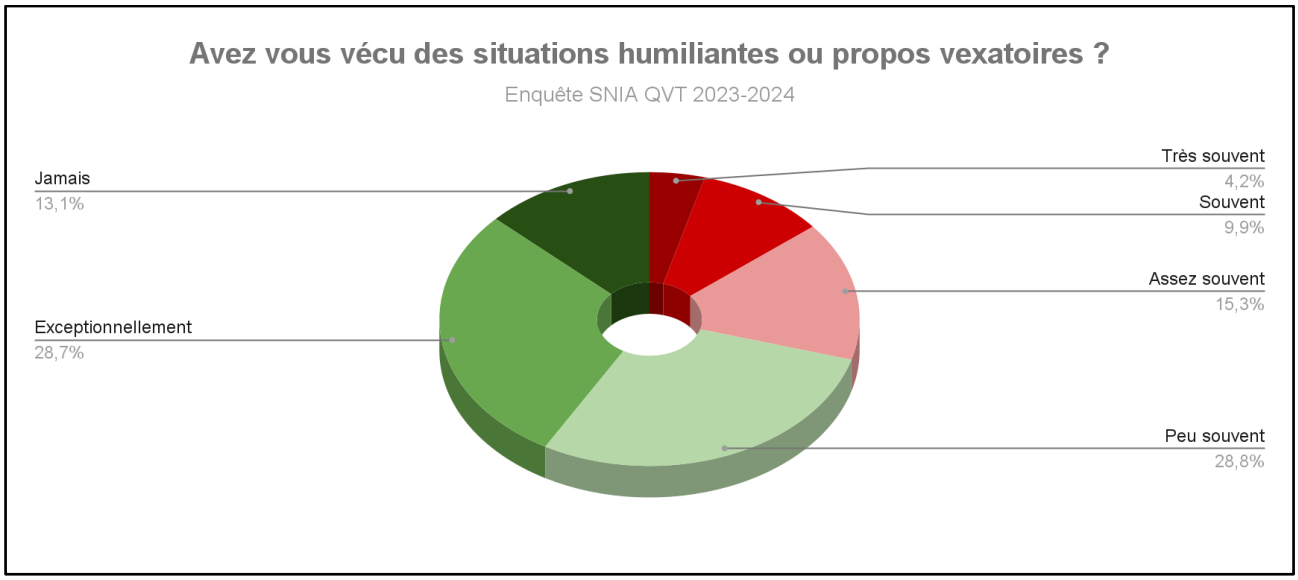
Il semble important de considérer les différences de genre dans l'étude des troubles musculosquelettiques chez les IADE, ainsi que la nécessité absolue d'adopter dans les établissements de santé des approches de prévention et de gestion adaptées, prenant en compte la dimension psychologique et les disparités liées au genre. Les perspectives démographiques de la population IADE orientent vers une majoration de la fréquence de ces TMS dans l'avenir au vu de l'âge légal de départ à la retraite.

2. Situations humiliantes ou vexatoires

2.1 Fréquence

Les IADE ont été interrogés sur la fréquence des situations humiliantes ou vexatoires subies sur leur lieu de travail.

Cette fréquence a été recueillie sur une échelle de Likert à six niveaux allant de jamais (1) à très souvent (6).



70,6% des IADE font face peu fréquemment (28,8%), exceptionnellement (28,7%) voire jamais (13,1%) à des situations humiliantes ou des propos vexatoires. Malgré tout, 29,4% des IADE font face à ces situations régulièrement.

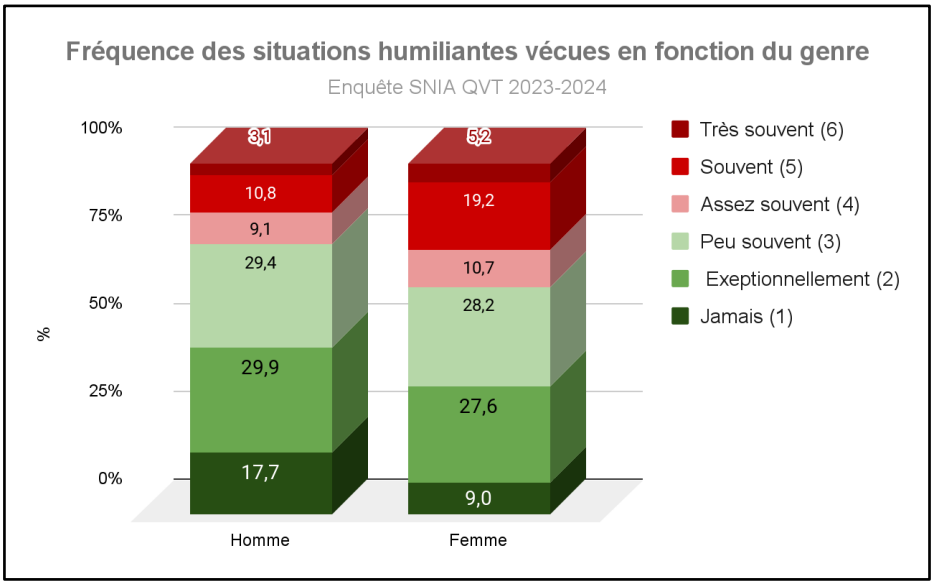
2.2 Analyse comparative de l'échantillon

La situation maritale, parentale et le secteur d'activité ne semblent pas avoir d'influence sur la fréquence des situations humiliantes, tout comme l'âge et l'ancienneté du diplôme. Il en est de même pour la région d'exercice, le statut de l'employeur, l'origine de l'encadrement ou le fait d'exercer des fonctions d'encadrement.

2.2.1 Situations humiliantes ou vexatoires et genre

Les 29,4% d'IADE ayant déclaré faire face à des situations humiliantes ou des propos vexatoires "très souvent", "souvent" et "assez souvent" comptent 36,7% d'hommes et 63,3% de femmes.
Rapportés à l'échantillon, l'ensemble de ces réponses représente 23% des hommes et 35,1% des femmes.

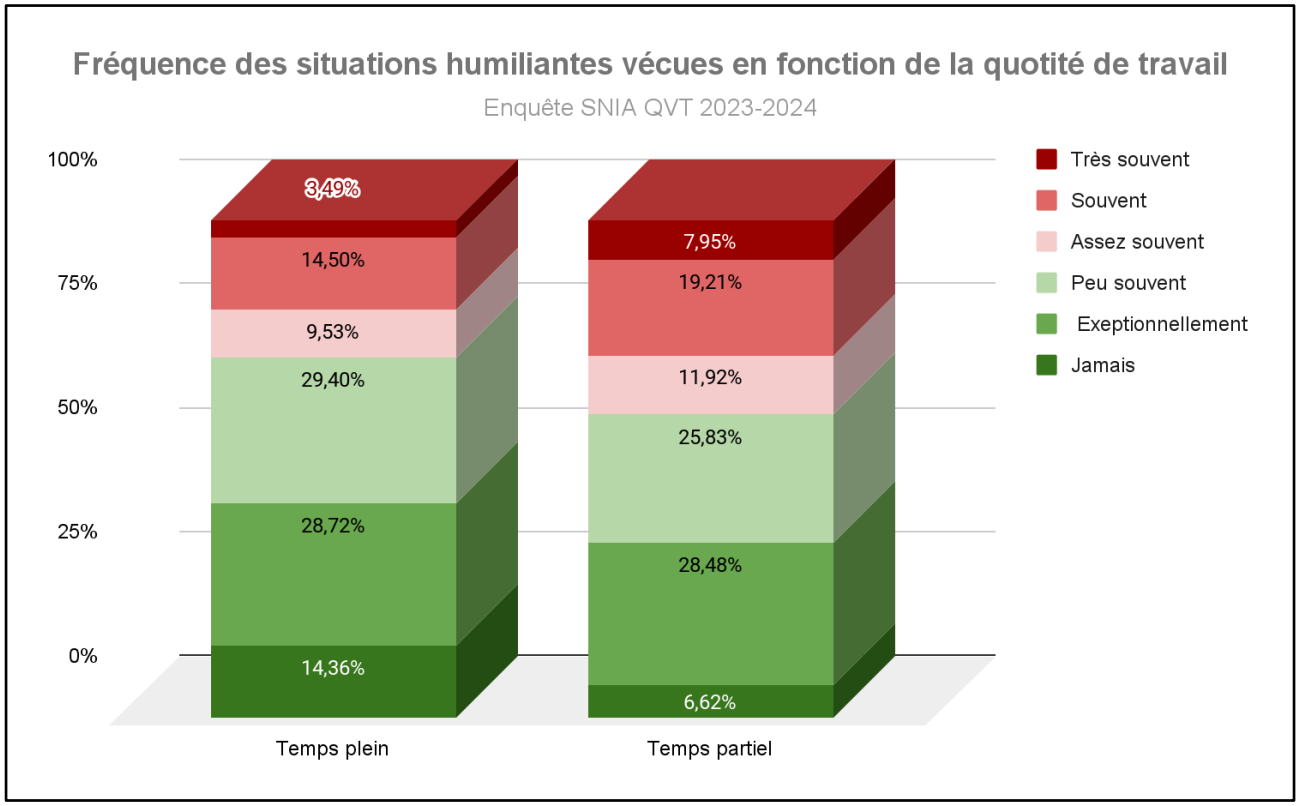
Après analyse inférentielle, nous avons pu constater que les situations humiliantes sont significativement plus élevées chez les femmes ($p<0,001$, m Femme=3,19, m Homme=2,75).



2.2.2 Situations humiliantes ou vexatoires et quotités de travail

Les 29,4% IADE ayant déclaré faire face à des situations humiliantes ou des propos vexatoires “très souvent”, “souvent” et “assez souvent” se composent à 77,6 % d’IADE à temps plein et de 22,4% IADE à temps partiel.
Rapporté à l’échantillon, l’ensemble de ces réponses représentent 27,5% des IADE exerçant à temps plein et 39% des IADE exerçant à temps partiel.

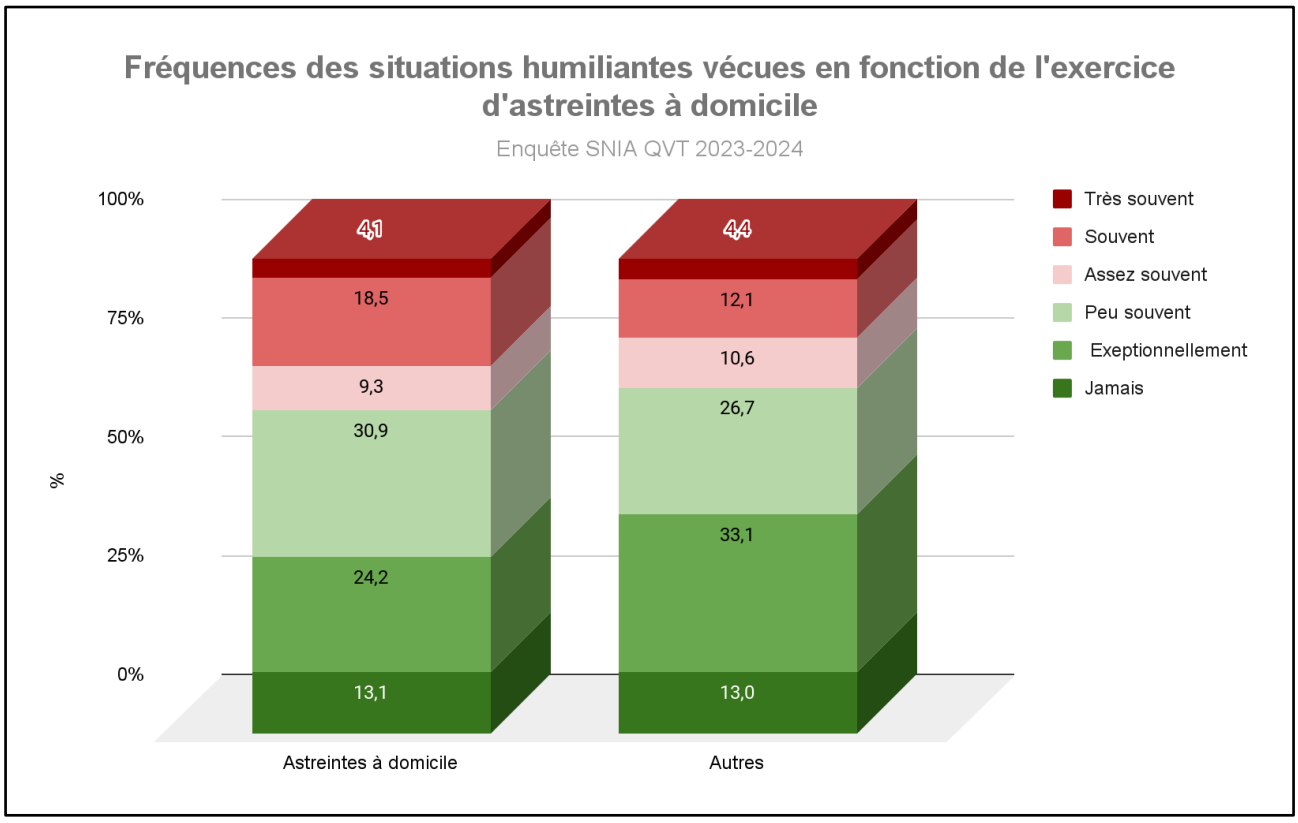
Après analyse inférentielle, nous avons pu constater que les situations humiliantes sont significativement plus élevées chez les IADE à **temps partiel** (p<0,001, m temps plein=2,92, m temps partiel = 3,32).



2.2.3 Situations humiliantes ou vexatoires et astreintes à domicile

Les 29,4% IADE ayant déclaré faire face à des situations humiliantes ou des propos vexatoires “très souvent”, “souvent” et “assez souvent” comptent 53,4 % IADE effectuant des astreintes et 46,6% IADE n’en exerçant pas.
Rapportés à l’échantillon, ces répondants représentent 31,8% des IADE effectuant des astreintes et 27,1% de ceux n’en effectuant pas.

Le test de Welch montre qu'il existe une différence significative (p=0,038, m astreintes =3,08, m autres =2,89) au détriment des IADE exerçant des astreintes à domicile.



Si 70,6% des IADE vivent peu, exceptionnellement voir jamais des situations humiliantes sur leur lieu de travail, la fréquence des situations humiliantes ou vexatoires est significativement plus élevée chez les IADE femmes, les IADE exerçant à temps partiel et ceux exerçant des astreintes à domicile.

3. Ressenti au travail

3.1 Ambiance au travail

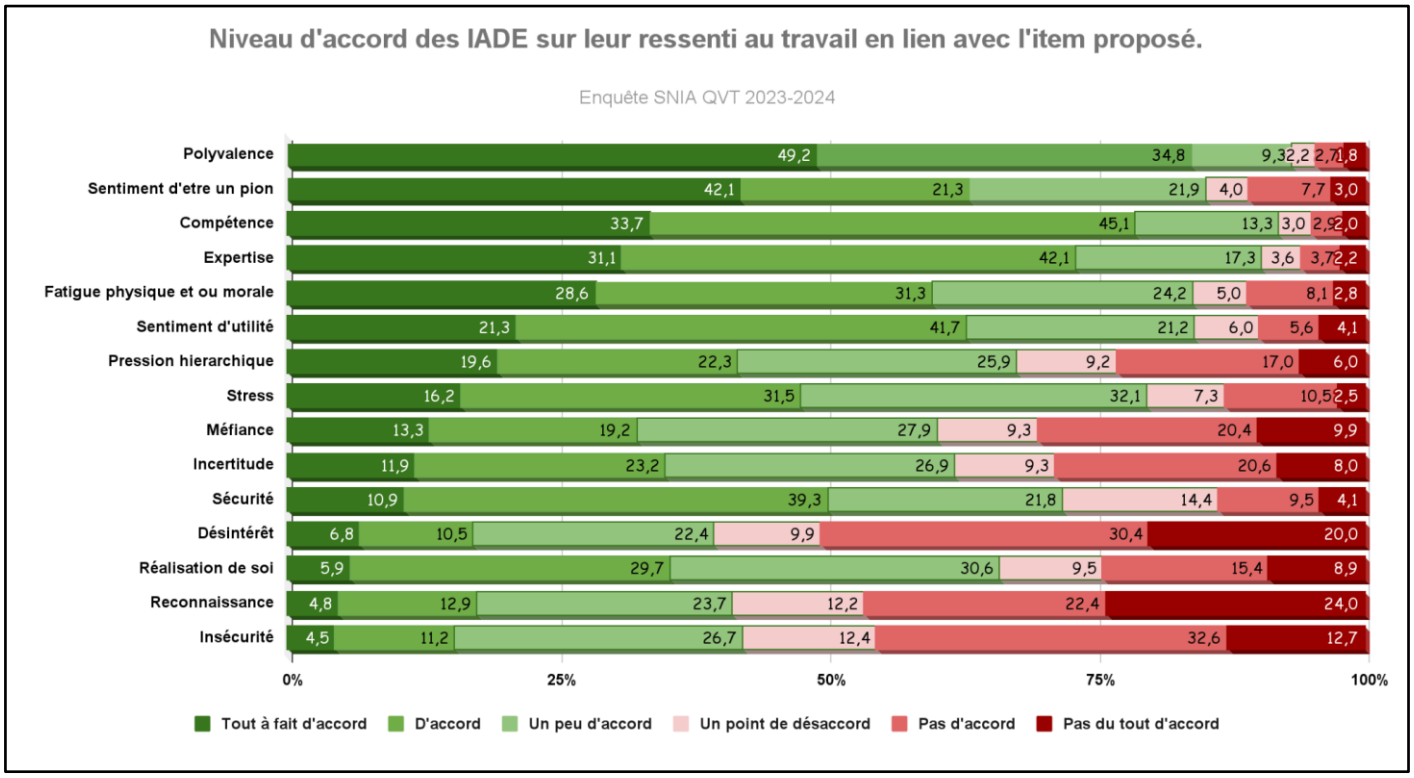


Les IADE ont été invités à donner trois mots pour décrire leur ambiance au travail que nous avons retranscrit sous forme de nuage de mots. La taille de la police du mot est proportionnelle à la fréquence de citation de ce même mot

L'ambiance au travail est décrite de manière globalement négative avec des notions de pression, de tension, de rentabilité, de fatigue, manque de reconnaissance. On retrouve en ces termes, une partie des sentiments des professionnels de la santé qui traduisent une perte de sens : la rentabilité plutôt que l'humain.

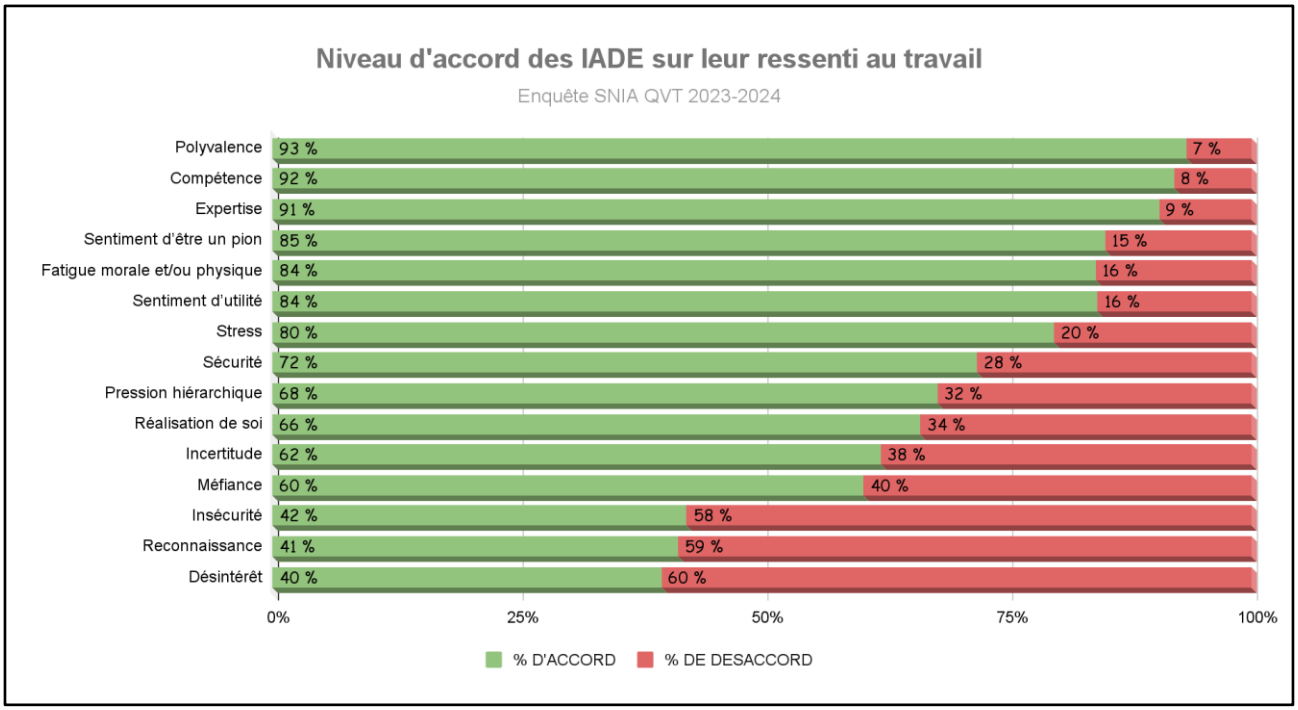
3.2 Ressenti des IADE au travail

L'échantillon a été interrogé sur son niveau d'accord sur une suggestion de mots pour décrire son ressenti au travail.



Les mots **polyvalence, compétence et expertise** sont les premiers mots sur lesquels les IADE s'accordent à plus de 91%. Ce sont des termes très positifs et prédominants dans les réponses des IADE. Ce sont des réponses très marquées.

Arrivent ensuite des termes plus négatifs comme le **sentiment d'être un pion (85%), la fatigue morale et/ou physique** et puis dans une moindre mesure **le stress, la pression hiérarchique**, de même, **l'incertitude. Ce dernier item** peut englober plusieurs aspects, que ce soit concernant le travail, l'évolution professionnelle ou l'avenir personnel.



On constate un point assez marqué au sujet de la difficulté de reconnaissance au travail. Le sentiment de reconnaissance n'est pas aisément interprétable ici, étant donné les multiples interprétations possibles. Cependant, il sera approfondi lors d'une prochaine question.

Les mots "polyvalence", "compétence" et "expertise" représentent les qualités fondamentales que les IADE estiment trouver dans leur ressenti professionnel. Ces termes revêtent une connotation positive, suscitant un sentiment d'utilité chez 84% des IADE.

Cependant, malgré ces éléments positifs, certains sentiments exprimés par les IADE, tels que celui d'être traité comme un pion, ainsi que la fatigue physique et/ou morale, commencent à soulever des interrogations quant au sens et à l'importance de leur travail pour ces professionnels.

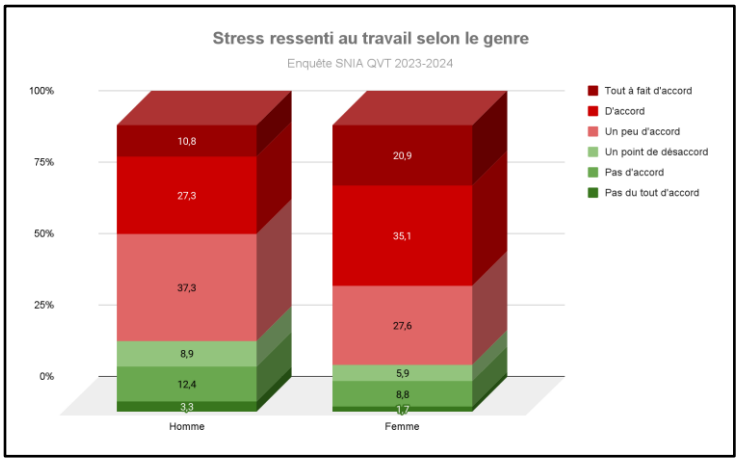

stress
pion
utilité
réalisation de soi
compétences
pression hierarchique
expertise
fatigue
incertitude
polyvalence
sécurité
méfiance
utilité
expertise
fatigue
incertitude
stress
pion
réalisation de soi
compétences
pression hierarchique
polyvalence
sécurité
méfiance

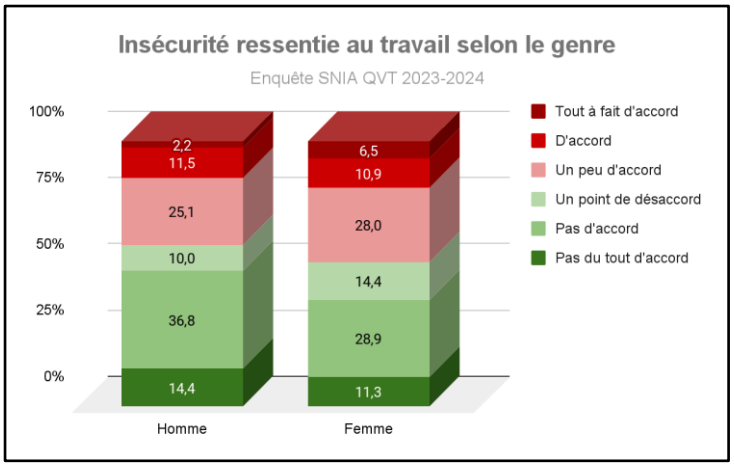
3.3 Analyse comparative de l'échantillon

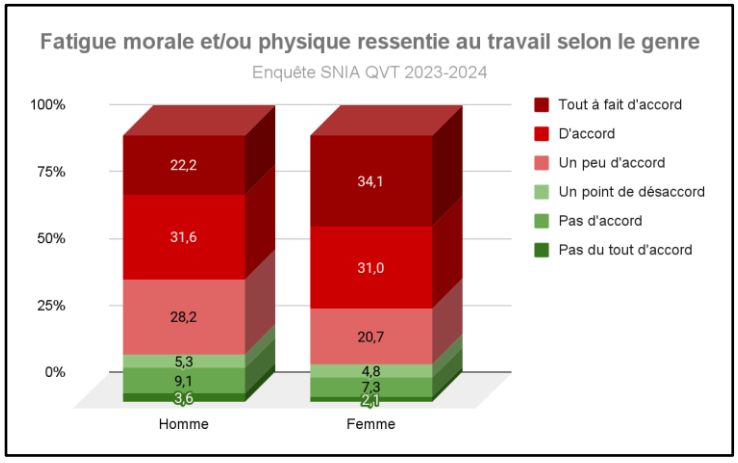
3.3.1 Ressenti au travail et genre

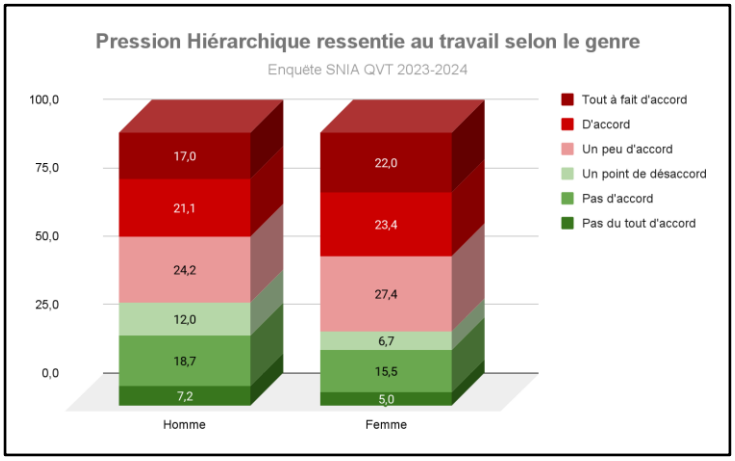
Dans les réponses recueillies, nous avons pu constater que la population féminine IADE se déclare significativement :

- être plus **stressée** (p<0,001, m Femme=4,49, m Homme=4,05).
- être **plus fatiguée moralement et physiquement au travail** (p<0,001, m Femme=4,73, m Homme=4,42).
- ressentir plus **d'insécurité** (p=0,002, m Femme=3,18, m Homme=2,89).
- ressentir plus **de pression hiérarchique** (p = 0,003, m Femme=4,15, m Homme= 3,84).









Quant à la population IADE masculine, elle déclare ressentir un **désintérêt** significativement plus prononcé pour son travail (p=0,026, m Femme=2,83, m Homme=3,06).



Il apparaît que les infirmières-anesthésistes expriment un sentiment plus négatif concernant divers aspects de la qualité de vie au travail par rapport à leurs homologues masculins. Ces constatations viennent corroborer les analyses avancées par les sociologues du travail, mettant en lumière les inégalités de genre dans ce domaine spécifique.

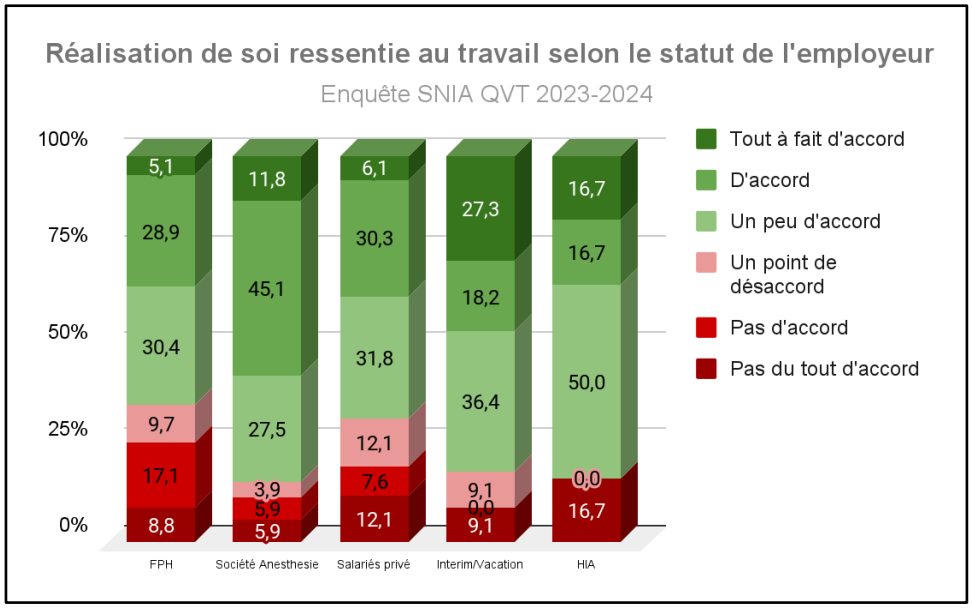
3.3.2 Ressenti au travail et situation familiale

Il n'apparaît pas de différence significative dans les réponses aux questions sur le ressenti au travail en rapport avec la région d'exercice ou la situation familiale de l'IADE.

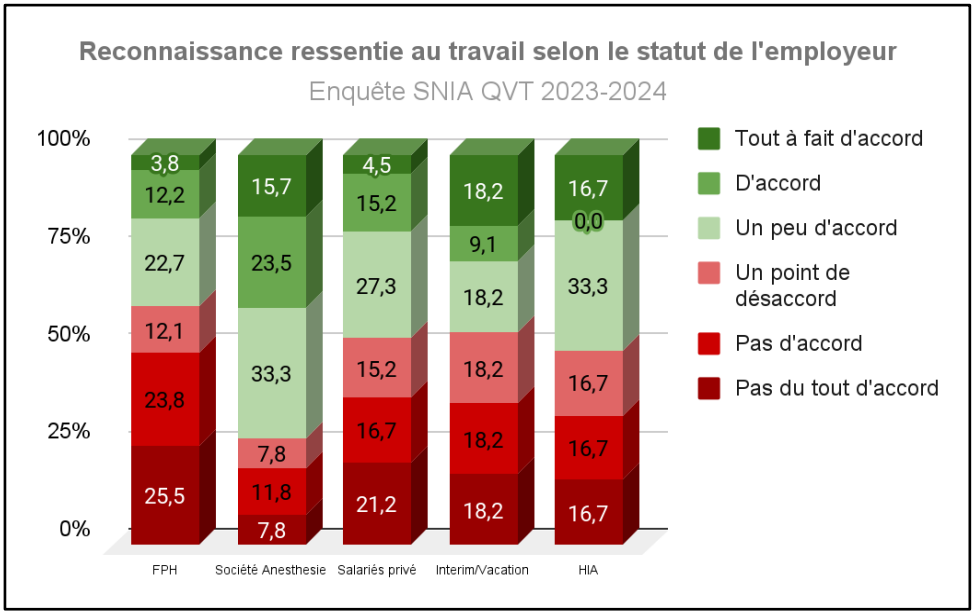
Des corrélations positives, bien que faibles (r< 0.2), existent entre le nombre d'enfants et le niveau d'accord du ressenti face aux items suivant : ***"sécurité"*** *(p =0,038),* ***"compétence"*** *(p=0,009), et* ***"stress"*** *(p =0,004).*

3.3.3 Ressenti au travail et statut de l'employeur

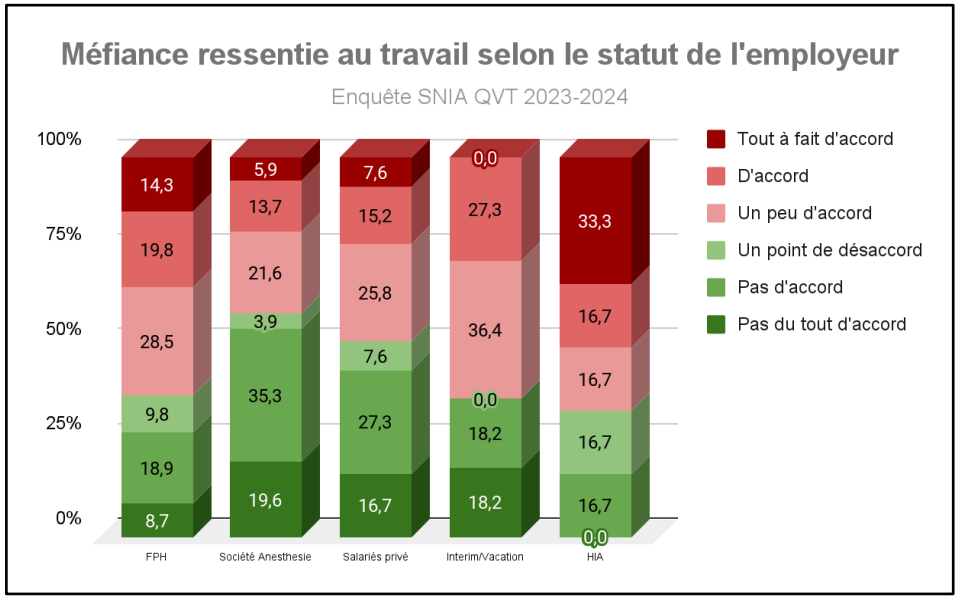
Ressenti de la réalisation de soi : la moyenne est significativement supérieure dans le groupe salarié société d'anesthésie comparativement au groupe FPH (p=0,007, m société anesthésie=4,35, m FPH=3,69).



Ressenti de la reconnaissance : La moyenne du groupe Salarié société d'anesthésie (m=4) est significativement supérieure au groupe FPH (p<0,001, m=2,84) et au groupe salarié du privé (p=0,017, m=3,12).

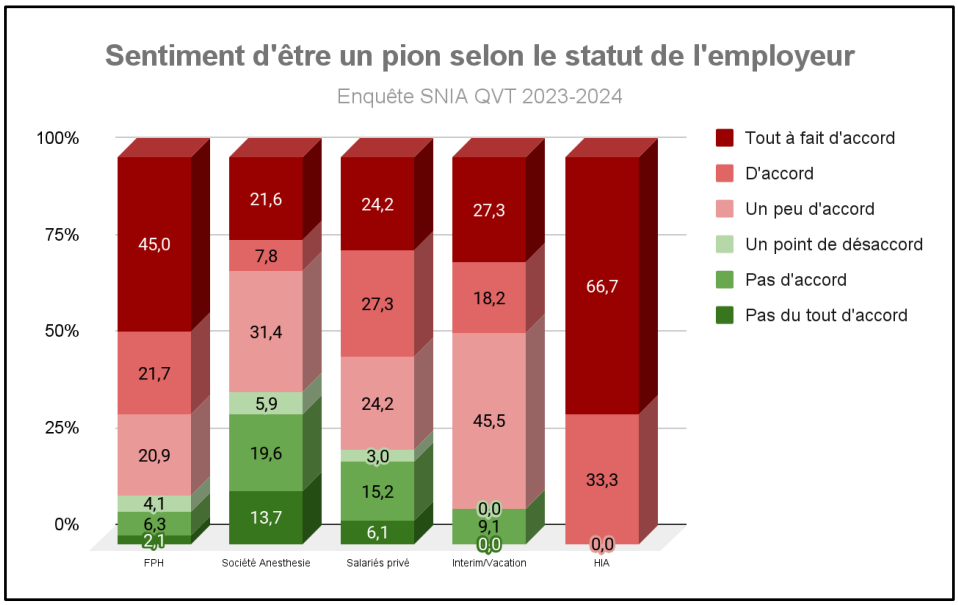


Ressenti de la méfiance : La moyenne est significativement supérieure dans le groupe FPH (m=3,75) comparativement au groupe Salarié du privé (p=0,034, m=3,18) et salarié de société d'anesthésie (p=0,002, m=2,92).

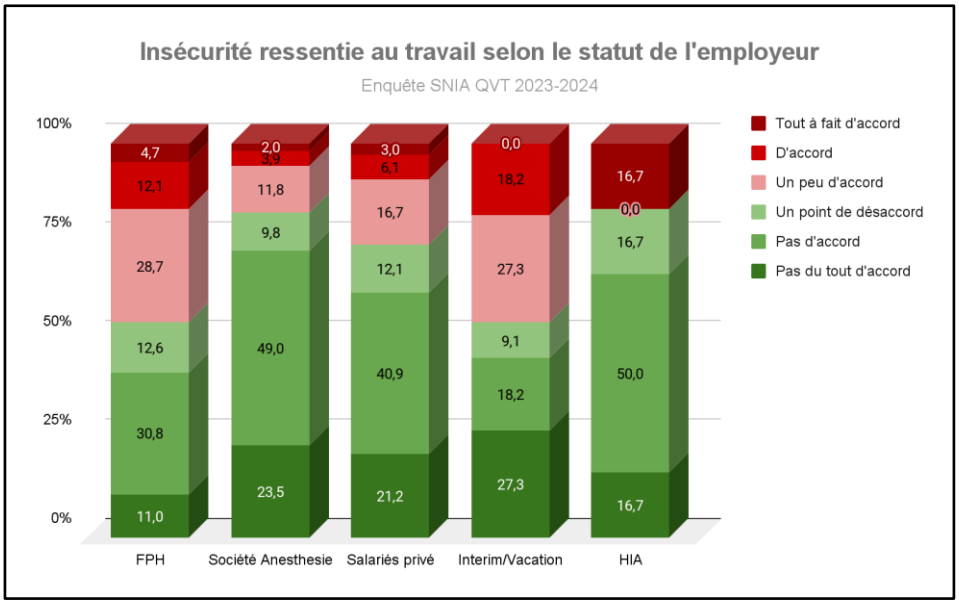


Ressenti sentiment d'être un pion : La moyenne est significativement supérieure dans le groupe Fonction Publique Hospitalière (FPH) (m=4,89) comparativement au groupe Salarié du privé (p<0,001, m=4,24) et salarié de société d'anesthésie (p=0,002, m=3,65).

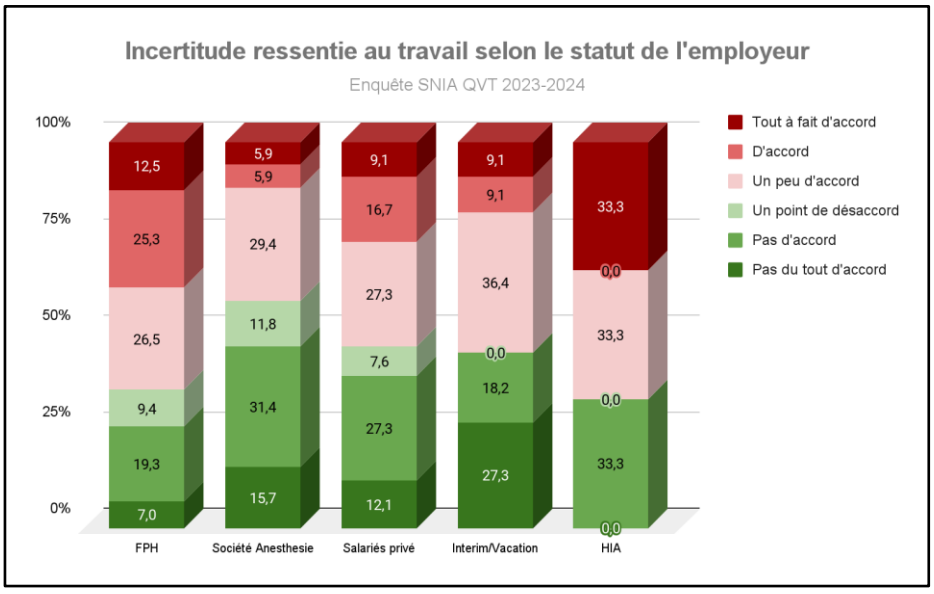
On note que la moyenne du groupe HIA est significativement supérieure au groupe société d'anesthésie (p=0,005), cependant l'effectif du groupe HIA est faible (n<30) et nécessiterait des tests statistiques non paramétriques afin de confirmer cette différence.



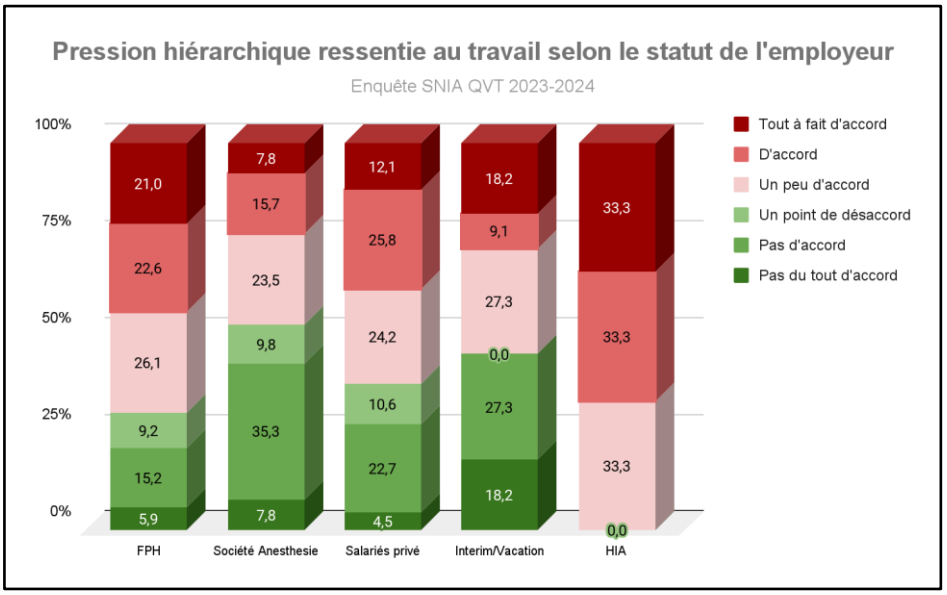
<u>Ressenti insécurité</u> : La moyenne du niveau d'accord est significativement supérieure dans le groupe FPH (m=3,14) comparativement au groupe Salarié du privé (p=0,007, m=2,55) et salarié de société d'anesthésie (p<0,001, m=2,29).



<u>Ressenti incertitude :</u> La moyenne du niveau d'accord est significativement supérieure dans le groupe FPH (m=3,81) comparativement au groupe salarié de société d'anesthésie (p<0,001, m=2,96).



<u>Ressenti pression hiérarchique</u> La moyenne du niveau d'accord est significativement supérieure dans le groupe FPH (m=4,07) comparativement au groupe salarié de société d'anesthésie (p=0,003, m=3,27).



De manière générale, nous constatons à travers ces disparités très significatives que les infirmiers-anesthésistes ont des ressentis de bien-être plus importants dans les structures privées que dans les structures publiques, notamment sur la réalisation de soi, le sentiment de reconnaissance.

Dans le secteur privé, où les ressources peuvent être différentes de celles du secteur public, les IADE sont amenés à assumer un large éventail de responsabilités cliniques. Le degré d'autonomie clinique des Infirmiers-Anesthésistes Diplômés d'État (IADE) dans le secteur privé découle généralement d'une combinaison complexe de facteurs institutionnels, réglementaires et professionnels. Il peut varier selon les particularités de chaque pratique. Il est notable que ce mode de fonctionnement, souvent plus valorisant et mieux reconnu, semble avoir un impact positif sur le ressenti des IADE exerçant dans le secteur privé.

3.3.4 Ressenti au travail et âge, ancienneté du diplôme

Il existe une corrélation positive entre l'âge et l'ancienneté du diplôme avec le ressenti de **la reconnaissance** (p=0,026 et p=0,004)), le ressenti de **la fatigue morale/ou physique** (p<0,001 et p<0,001) et le ressenti de **la pression hiérarchique** (p<0,001 et p<0,001).

Même si l'intensité de cette corrélation est faible (r<0,2), on peut noter que plus l'âge et l'ancienneté sont élevés et plus le niveau d'accord sur le ressenti de ces items est élevé.

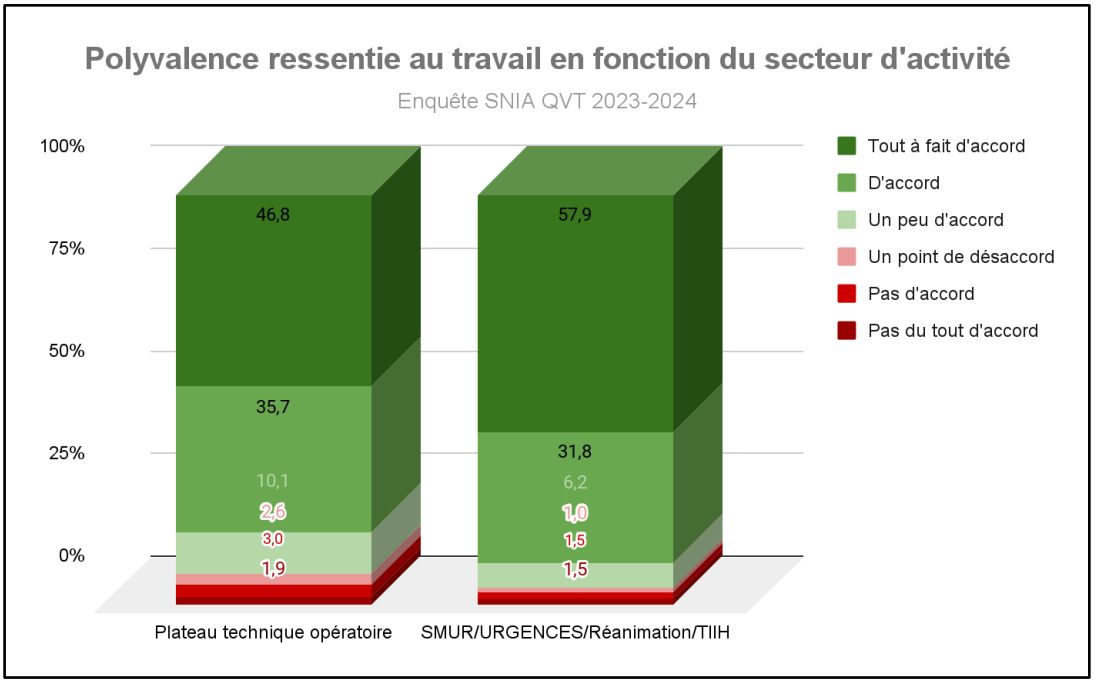
À noter qu'il existe une corrélation négative concernant le ressenti de l'item **sécurité** avec l'âge (p=0,031) avec un niveau d'intensité faible (r<0,2) : cela laisse à penser que plus l'IADE est âgé et moins il se sent en sécurité alors que l'on pourrait s'attendre à des résultats inverses du fait de son expérience acquise.

3.3.5 Ressenti au travail et région d'exercice

Nous n'avons pas relevé de différence significative dans le ressenti au travail entre les différentes régions.

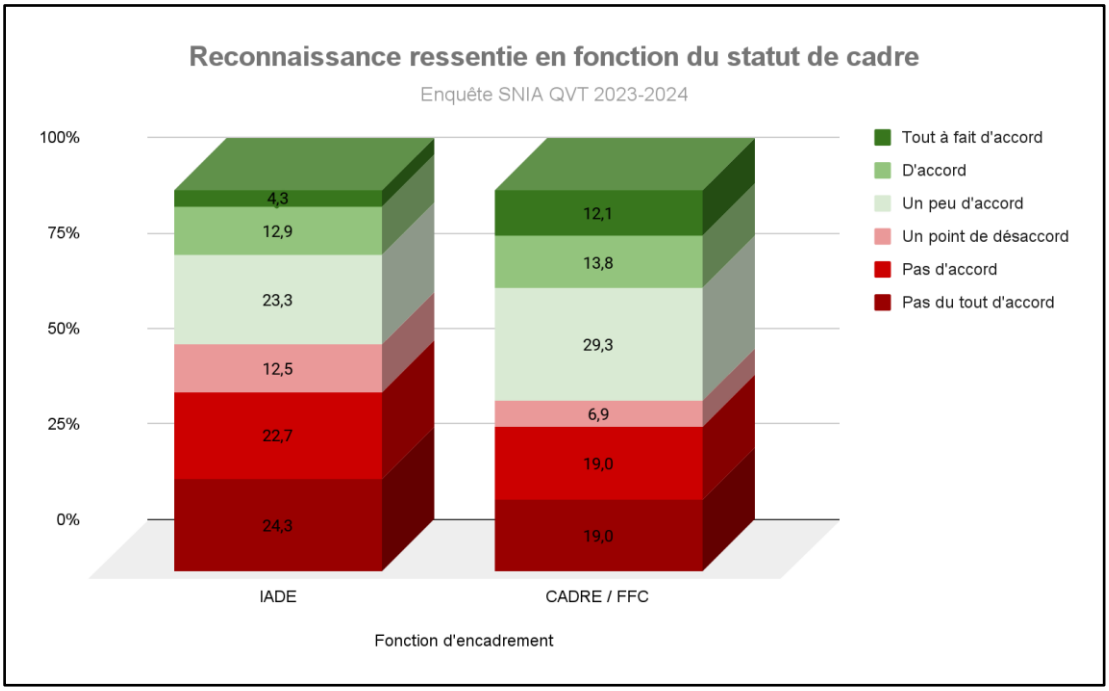
3.3.6 Ressenti au travail et secteur d'activité

Il existe une différence significative du niveau d'accord concernant l'item **polyvalence** chez les IADE exerçant en bloc opératoire comparativement à ceux exerçant en dehors des blocs opératoires (p=0,003, m bloc opératoire=5,15, m hors bloc opératoire=5,39).



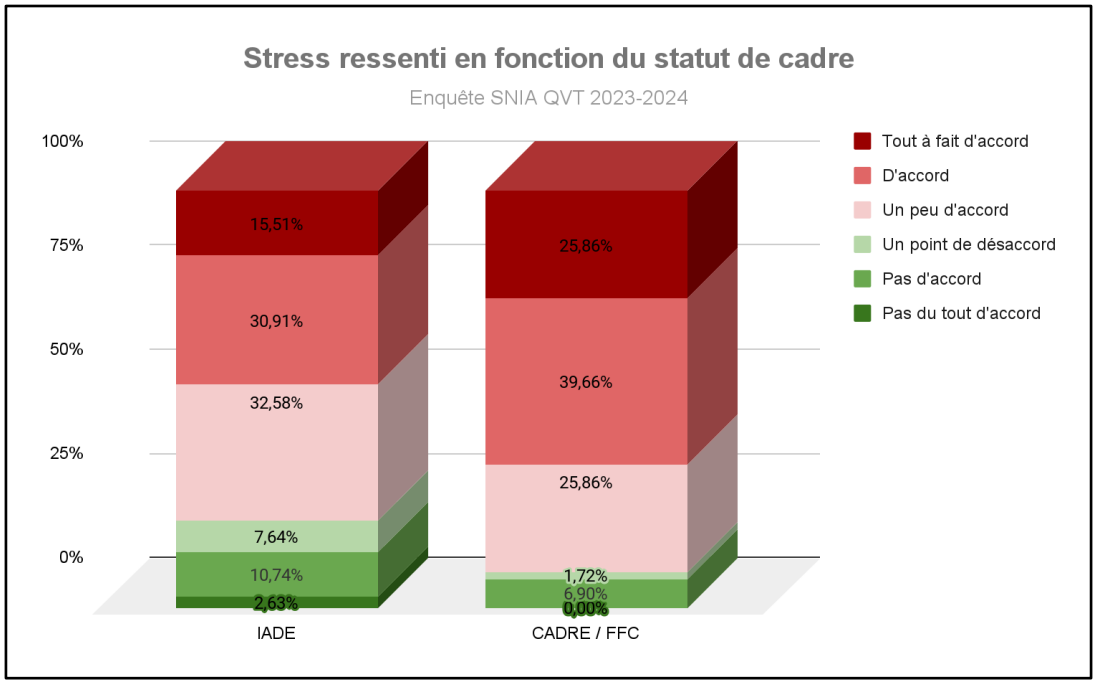
3.3.7 Ressenti au travail et missions d'encadrement

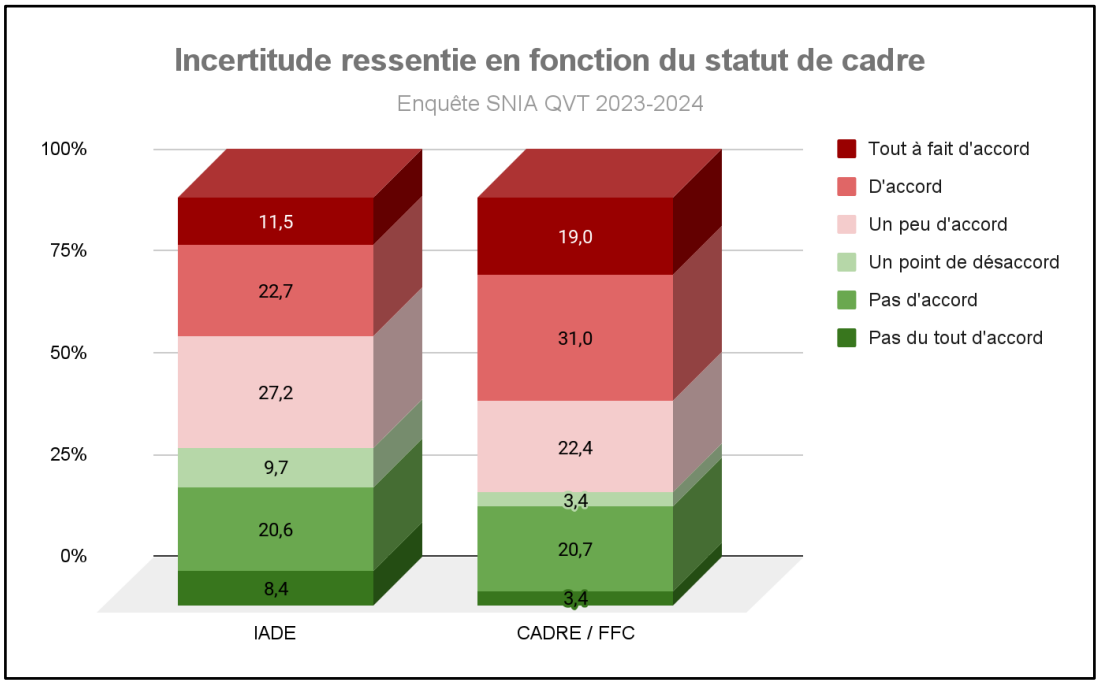
Il existe une différence significative du niveau d'accord concernant l'item **reconnaissance** entre les IADE ayant des fonctions d'encadrement (p=0,048, *m encadrement=2,91 m IADE= 3,36*) et les IADE sans fonction d'encadrement.

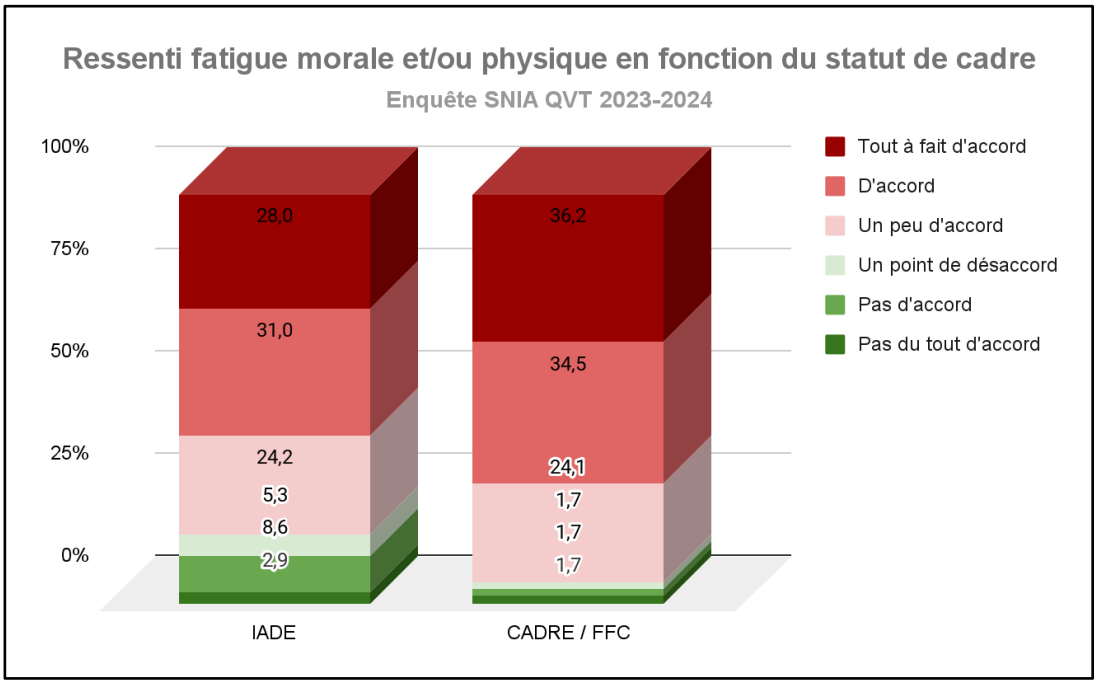


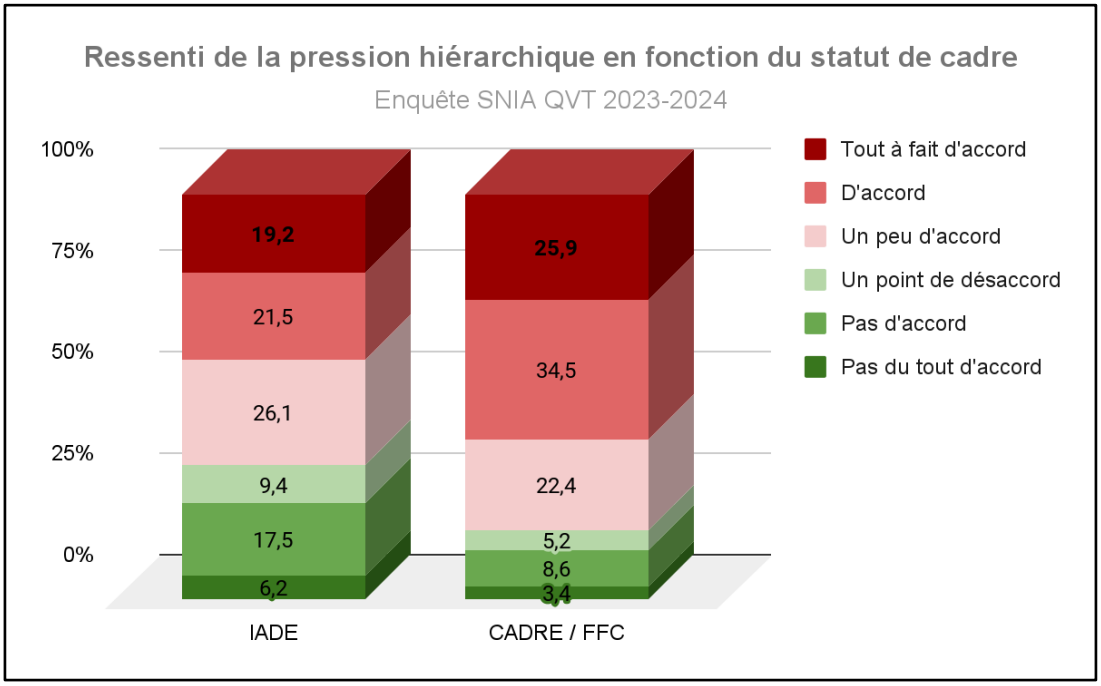
Il existe également une différence significative du niveau d'accord de ressenti concernant les items :

- Ressenti **stress** (p<0,001, m encadrement=4,76 m IADE=4,25),
- Ressenti d'**incertitude** (p=0,034 m encadrement=4,14 m IADE=3,70)
- Ressenti de la **fatigue morale et/ou physique** (p=0,007, m encadrement=4,97 m IADE=4,56).
- Ressenti **pression hiérarchique** (p=0,003, m encadrement =4,53 m IADE=3,97).


Stress ressenti en fonction du statut de cadre
Enquête SNIA QVT 2023-2024
100%
75%
50%
25%
0%
15,51%
30,91%
32,58%
7,64%
10,74%
2,63%
25,86%
39,66%
25,86%
1,72%
6,90%
0,00%
IADE
CADRE / FFC
Tout à fait d'accord
D'accord
Un peu d'accord
Un point de désaccord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord


Incertitude ressentie en fonction du statut de cadre
Enquête SNIA QVT 2023-2024
100%
75%
50%
25%
0%
11,5
22,7
27,2
9,7
20,6
8,4
19,0
31,0
22,4
3,4
20,7
3,4
IADE
CADRE / FFC
Tout à fait d'accord
D'accord
Un peu d'accord
Un point de désaccord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord



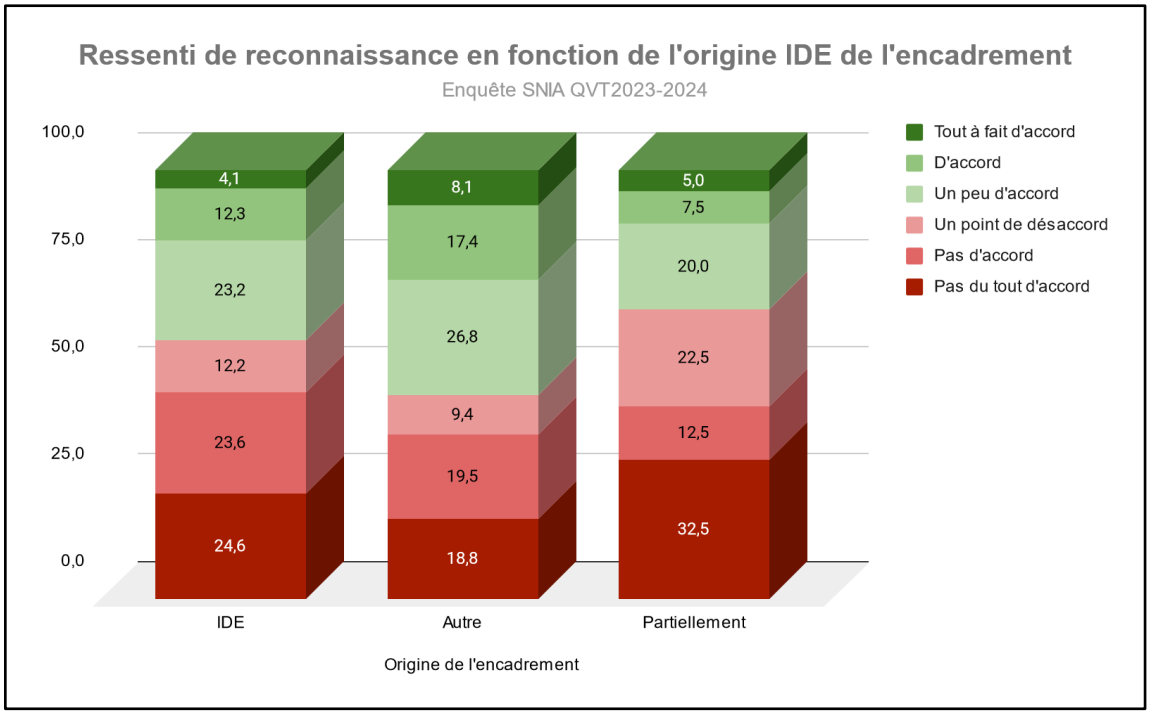


Les IADE assurant des fonctions d'encadrement ressentent de manière très significative plus de stress, d'incertitude, de fatigue et de pression hiérarchique. Cependant, ils ressentent plus de reconnaissance. La pression subie par les cadres IADE et les facteurs de stress inhérents à la fonction peuvent-ils avoir pour conséquence un manque d'attractivité et un effet sur son renouvellement ?

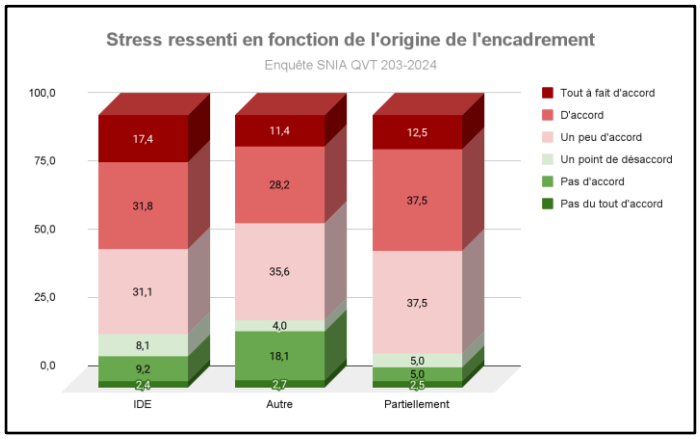
3.3.8 Ressenti au travail et origine de la filière d'encadrement

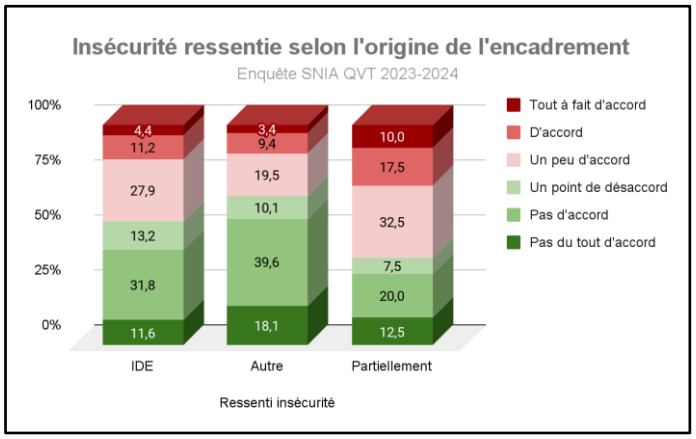
Encadrement IDE vs encadrement non-IDE

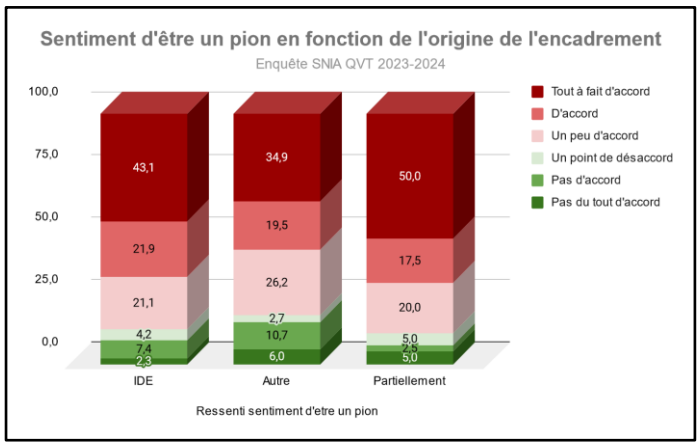
Les IADE encadrés par des cadres issus exclusivement de la filière IDE ont un sentiment de **reconnaissance** plus faible (p=0,008) par rapport à ceux dont l'encadrement est issu d'une autre filière (m IDE=2,87, m autre=3,29).

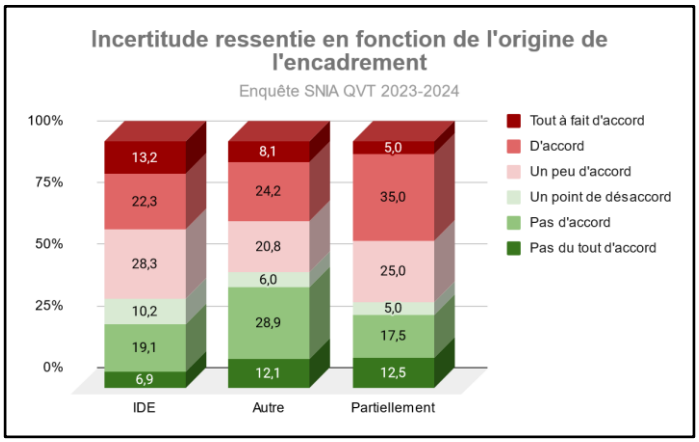


À un niveau moins significatif, les IADE ressentent plus de **stress** (p=0,021, m IDE=4,33, m autre=4,03), ont plus le "**sentiment d'être un pion**" (p=0,013, m IDE=4,82, m autre 4,47), ressentent plus "d'**insécurité**" (p=0,012, m IDE=3,08, m autre=2,72) et "d'**incertitude**" (p=0,011, m IDE=3,79, m autre=3,40) lorsque l'encadrement est issu de la filière IDE.



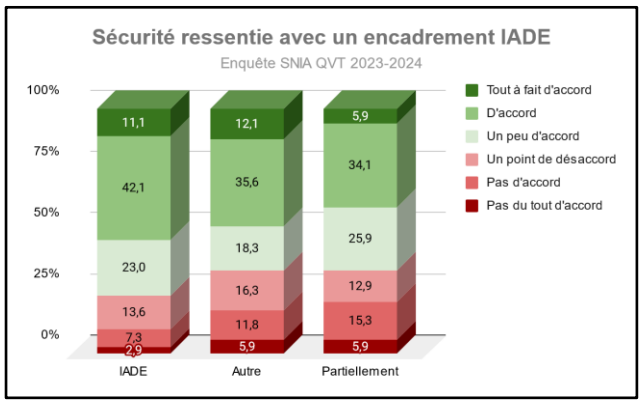


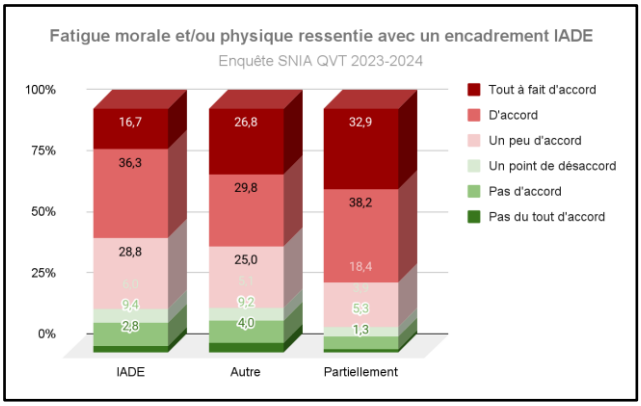


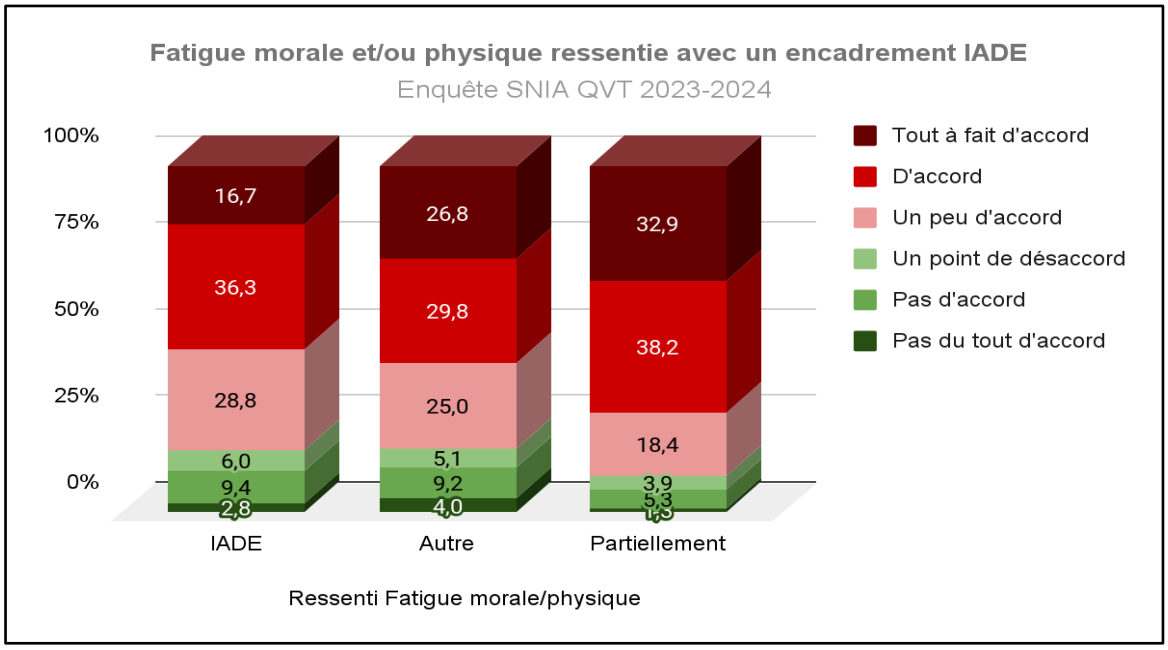


Encadrement IADE vs encadrement non IADE

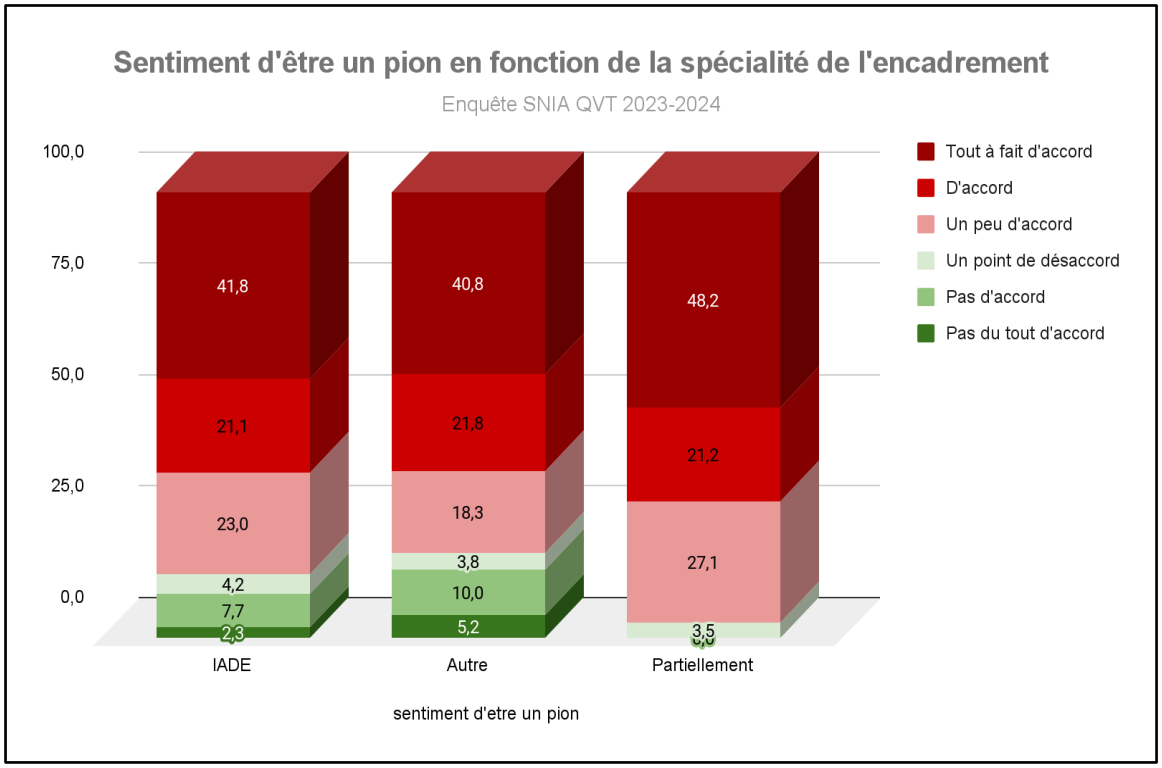
Le sentiment de **sécurité** (p=0,003, m IADE=4,28, m partiellement=3,85, m non IADE=4,02) est plus élevé alors que le sentiment de **fatigue morale et/ou physique** (p=0,032, m IADE=4,53, m partiellement=4,98, m non IADE=4,57) est plus faible dès lors que l'encadrement est IADE comparativement à un encadrement non IADE.





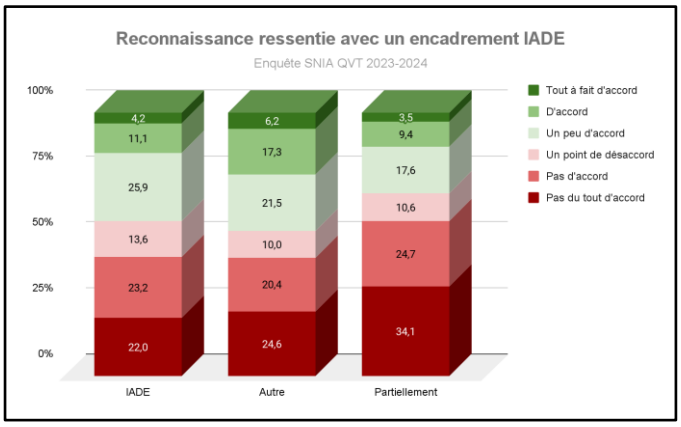


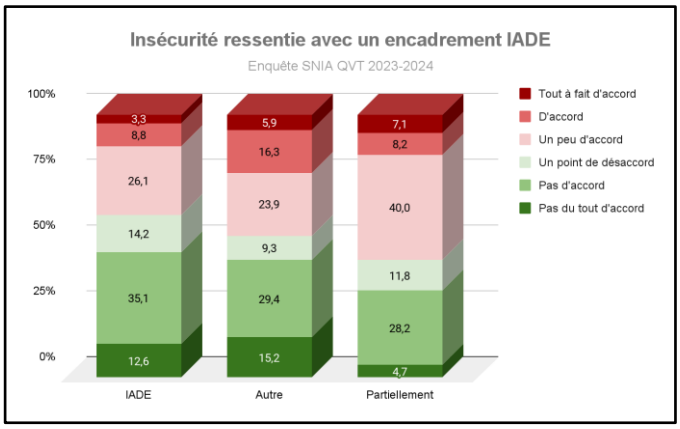
Les IADE encadré par des IADE ayant des fonctions d'encadrement ont un **sentiment plus élevé d'être des pions** (p=0,009, m IADE=4,78, m partiellement=5,14 , m non IADE=4,64).

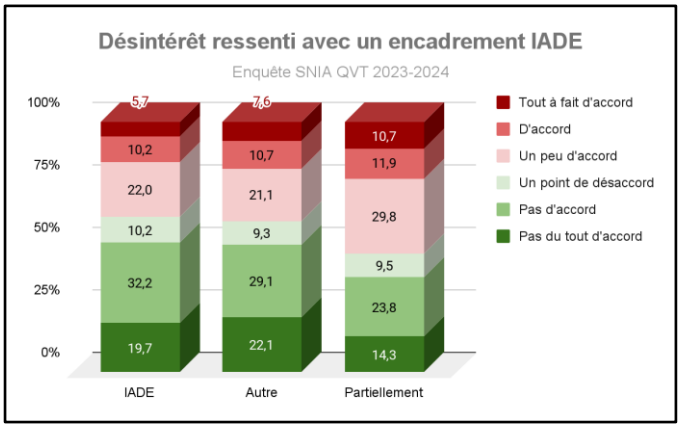


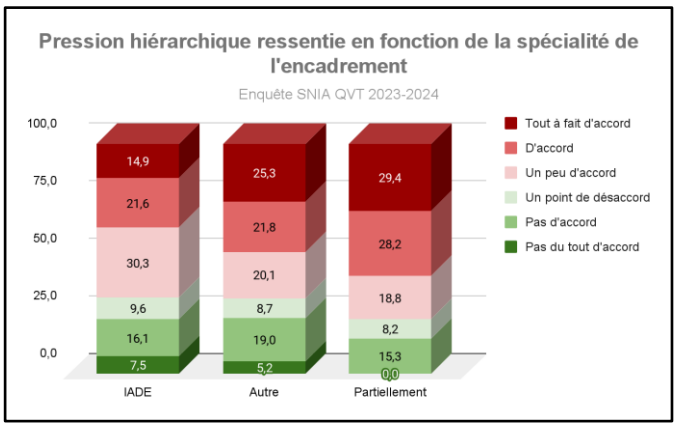
Dès lors que l'équipe est encadrée par un cadre non issu de la filière IADE, ne serait-ce que partiellement alors le sentiment de **reconnaissance** (p=0,019, m IADE =2,93, m partiellement =2,54, m non IADE= 3,05) est plus élevé.

Les tests ont pu montrer que l'absence d'encadrement IADE est aussi en faveur d'un niveau d'accord plus élevé concernant les items **insécurité** (p=0,011, m IADE=2,93, m partiellement=3,40 , m non IADE=3,14),**pression hiérarchique**(p=0,002,m IADE=3,87, m partiellement=4,48 , m non IADE=4,10), **désintérêt** (p=0,002,m IADE=2,88, m partiellement=3,33 , m non IADE=2,92).









.

On remarque donc qu'un management assuré par un Cadre IADE marque une amélioration significative de la qualité de vie au travail des IADE par l'augmentation du sentiment de sécurité, moins de stress et de fatigue morale et/ou physique qu'avec un encadrement non Issu de la filière IADE.

Les IADE ont cependant un sentiment moindre de reconnaissance avec un encadrement issu de la filière IADE.

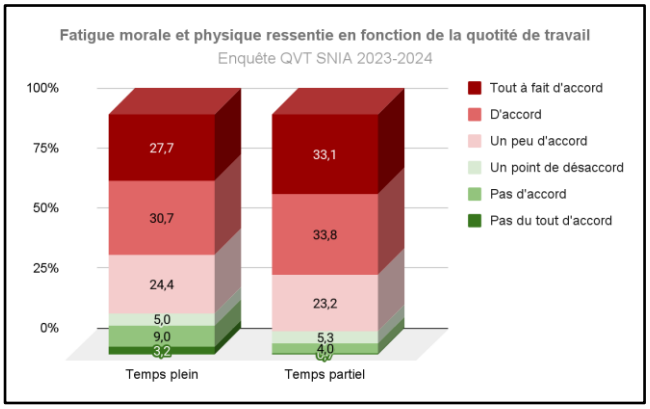
3.3.8 Ressenti au travail et quotité de travail, mode d'exercice

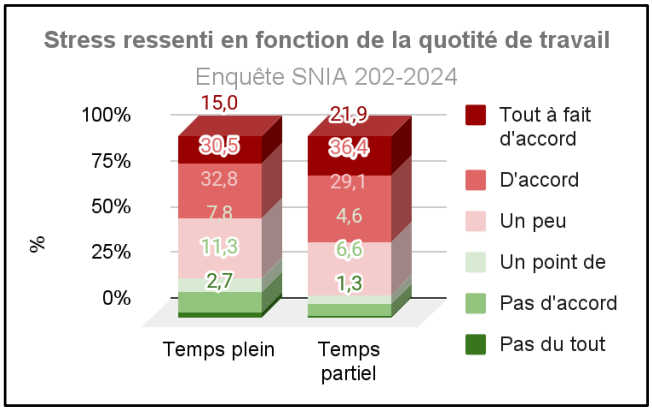
3.3.8.1 Heures supplémentaires

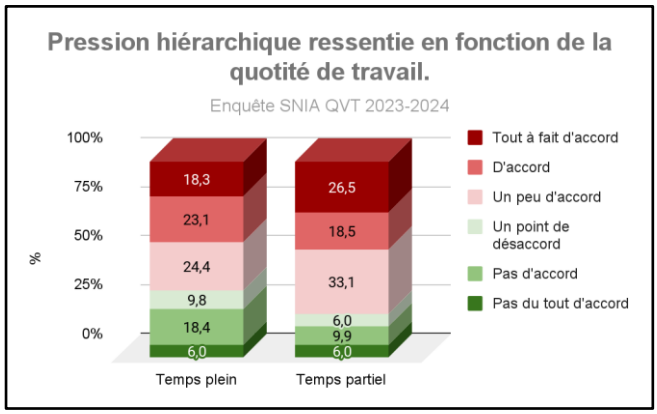
Plus les IADE font des heures supplémentaires (r<0,2, p=0,002), plus ils ont le sentiment d'être **fatigués.** Le surprésentéisme hospitalier est de plus en plus documenté et responsable de l'apparition de burn-out.[21]

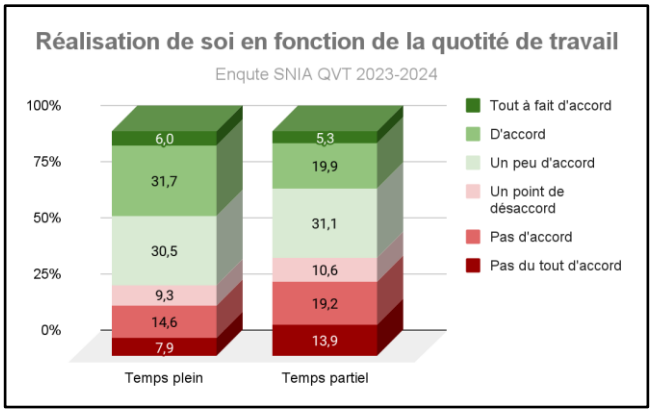
3.3.8.2 Temps partiel

Les IADE exerçant en temps partiel ressentent de manière plus importante l**e stress** (p<0,001, m temps plein=4,22, m temps partiel=4,58), **la fatigue morale et/ou physique** (p= 0,008, m temps plein=4,53 , m temps partiel=4,85) et **la pression hiérarchique** (p=0,014 , m temps plein=3,95 ,m temps partiel=4,28).





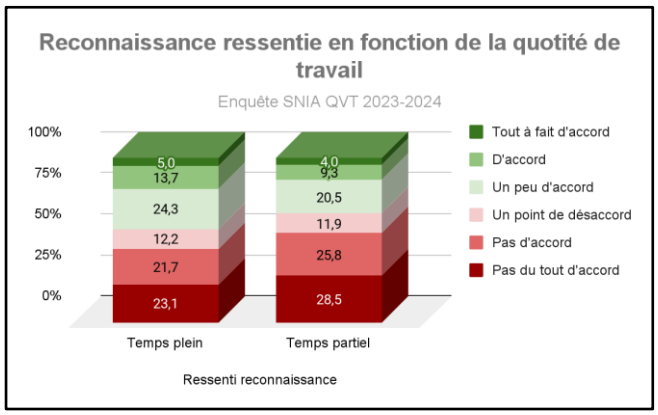


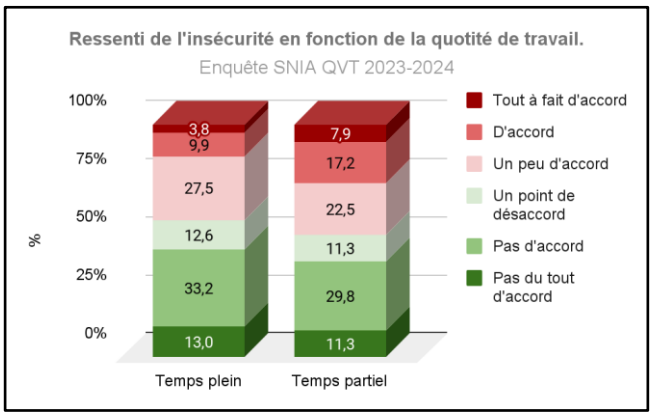


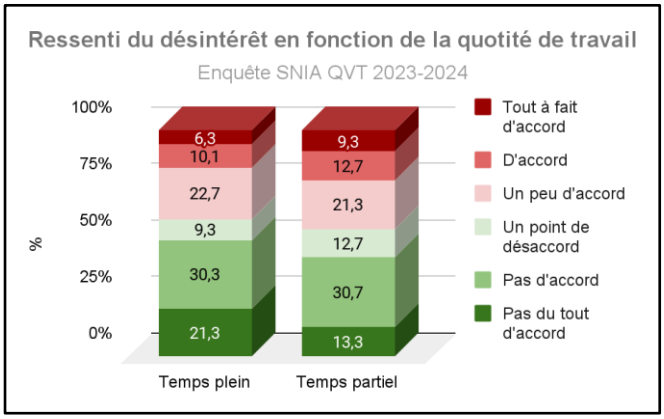
Ils ont un sentiment moins important de **réalisation de soi** (p<0,001, m temps plein=3,81 ,m temps partiel=3,40).

21 https://www.cairn.info/le-surpresenteisme--9782804190323-page-77.htm

A un niveau significatif moindre, ils ressentent moins de **reconnaissance** (p=0,027, m temps plein=2,99 , m temps partiel=2,78), plus de **sentiment d'insécurité** (p=0,020, m temps plein=3,28 , m temps partiel=2,99) et plus de **désintérêt** (p=0,037,m temps plein=2,89 , m temps partiel=3,17).

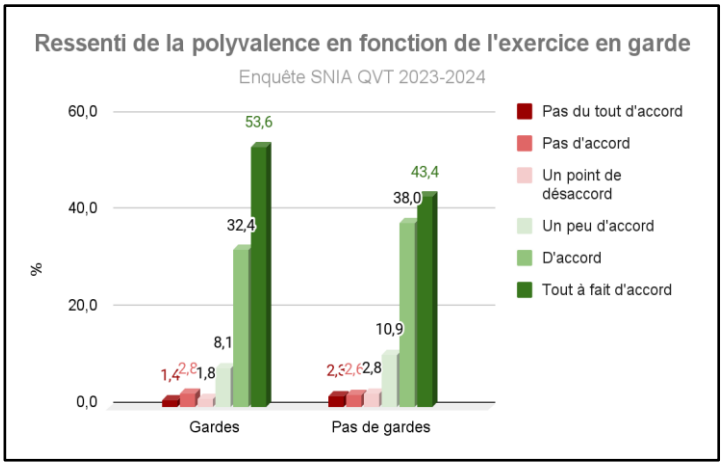


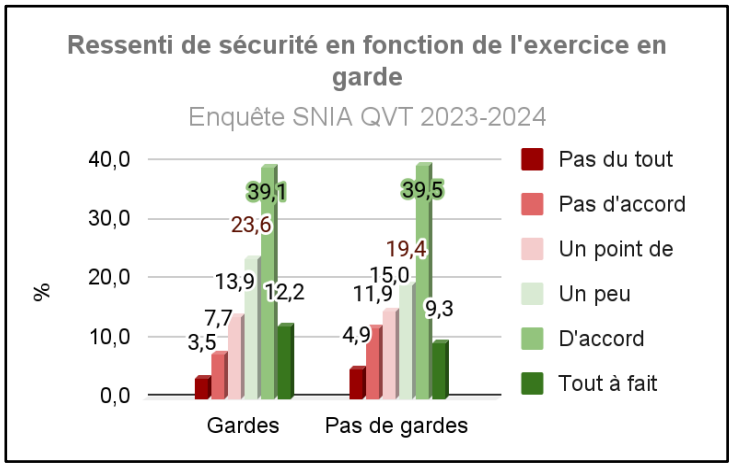




3.3.8.3 Gardes

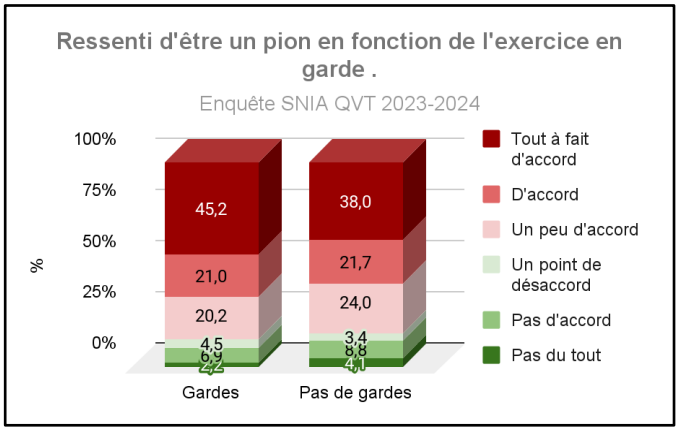
Les IADE réalisant des gardes sur place ont un sentiment de **sécurité** (p=0,033, m gardes =4,24 ,m pas de gardes =4,05) et un sentiment de **polyvalence** (p = 0,012, m gardes =5,28 ,m pas de gardes =5,10) plus important, mais ont plus le sentiment d'**être des pions** (p = 0,018, m gardes =4,87 ,m pas de gardes =4,64).

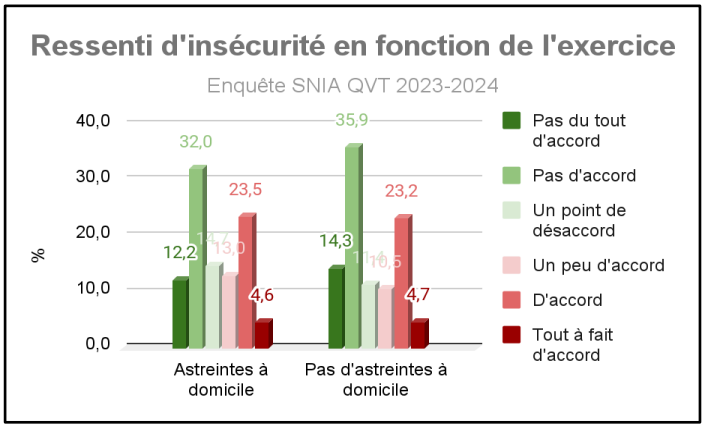


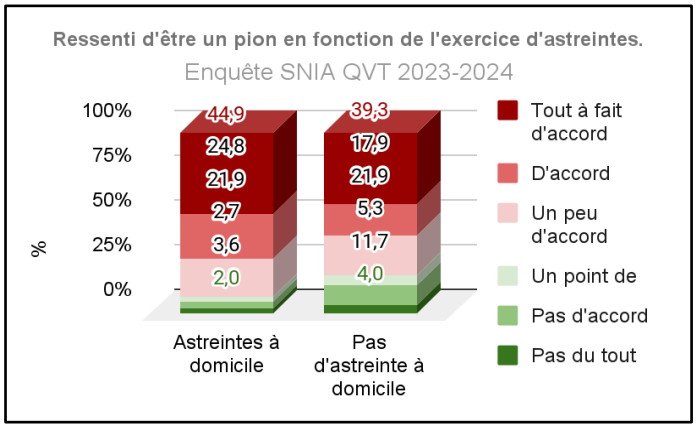


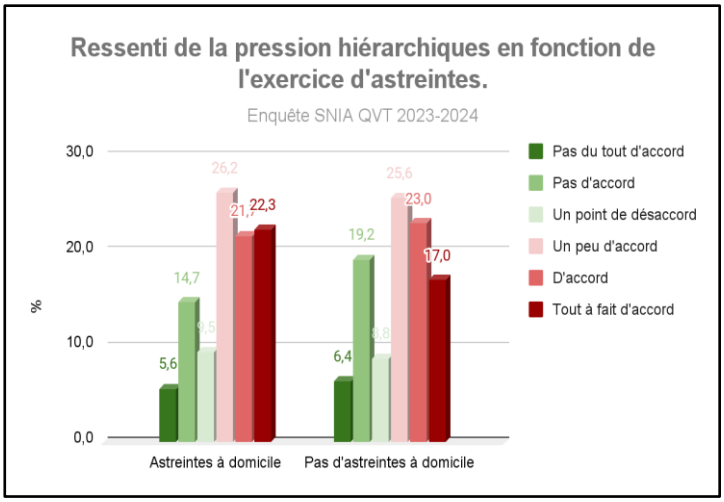
3.3.8.4 Astreintes

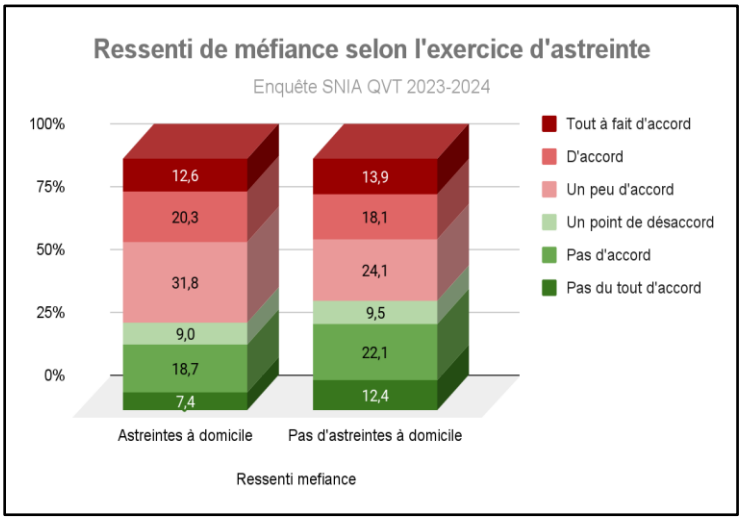
Chez les IADE réalisant des astreintes à domicile, le sentiment d'**être pris pour un pion** est plus important (p<0,001, m astreintes=4,99, m pas d'astreintes=4,56) alors que le sentiment de **reconnaissance** est plus faible (p<0,001, m astreintes=2,71, m pas d'astreintes=3,11) que chez les IADE ne réalisant pas d'astreintes à domicile.

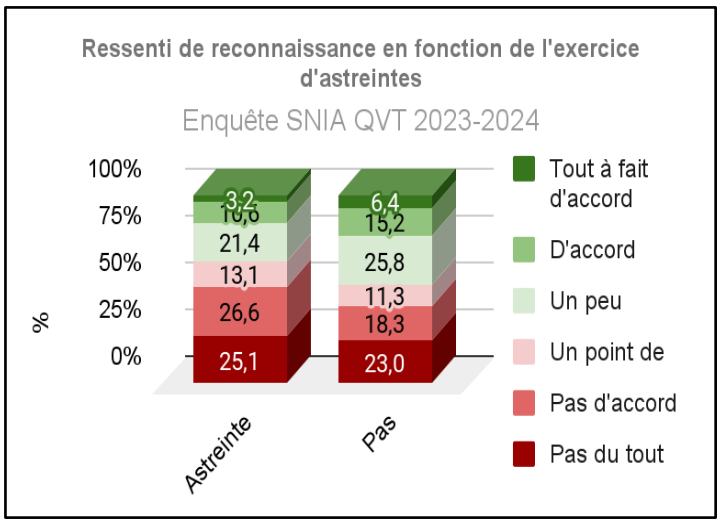












Les sentiments de **méfiance** (p = 0,037, m astreintes =3,77, m pas d'astreintes =3,55), d'**insécurité** (p=0,041,m astreintes =3,14 ,m pas d'astreintes =2,95) et de **pression hiérarchique** (p=0.048 ,m astreintes =4,11 , m pas d'astreintes =3,91) sont également des sentiments ressentis plus fortement dans la population IADE effectuant des astreintes à domicile.

Les termes tels que polyvalence, compétences et expertise sont largement employés (à plus de 90%) pour décrire le ressenti au travail des Infirmiers-Anesthésistes Diplômés d'État, étant directement liés aux qualités professionnelles qui définissent leur identité dans la profession.

Cependant, ces aspects positifs sont souvent suivis (à plus de 80%) de stress et de fatigue, tant sur le plan physique que moral, ainsi que d'un manque de reconnaissance. Ces ressentis sont renforcés par des termes décrivant l'ambiance de travail tels que pression, rentabilité, stress et tension, donnant une teinte plutôt négative à l'expérience professionnelle.

Malgré ces aspects problématiques, la majorité des IADE maintiennent le sentiment d'être utiles, témoignant d'une motivation intrinsèque à leur travail. Toutefois, il existe de nombreuses disparités dans l'expression de ces ressentis.

Comparativement, les IADE travaillant dans la fonction publique, semblent éprouver davantage de sentiments négatifs que leurs homologues du secteur privé et en particulier ceux des sociétés d'anesthésie. Les IADE du secteur privé signalent une meilleure reconnaissance et une plus grande réalisation personnelle, deux éléments essentiels à une bonne qualité de vie au travail.

Les IADE travaillant à temps partiel constituent également une catégorie déclarant plus de ressentis négatifs, tels que la fatigue et le stress. Contrairement à ce que l'on pourrait attendre, la réduction du temps de travail ne semble pas toujours améliorer la qualité de vie au travail.

Il semble que l'encadrement issu de la filière IADE joue un rôle significatif dans l'amélioration du ressenti de qualité de vie au travail sur certains aspects, mettant en évidence l'importance d'un soutien professionnel adéquat pour le bien-être des IADE.

4. Reconnaissance au travail

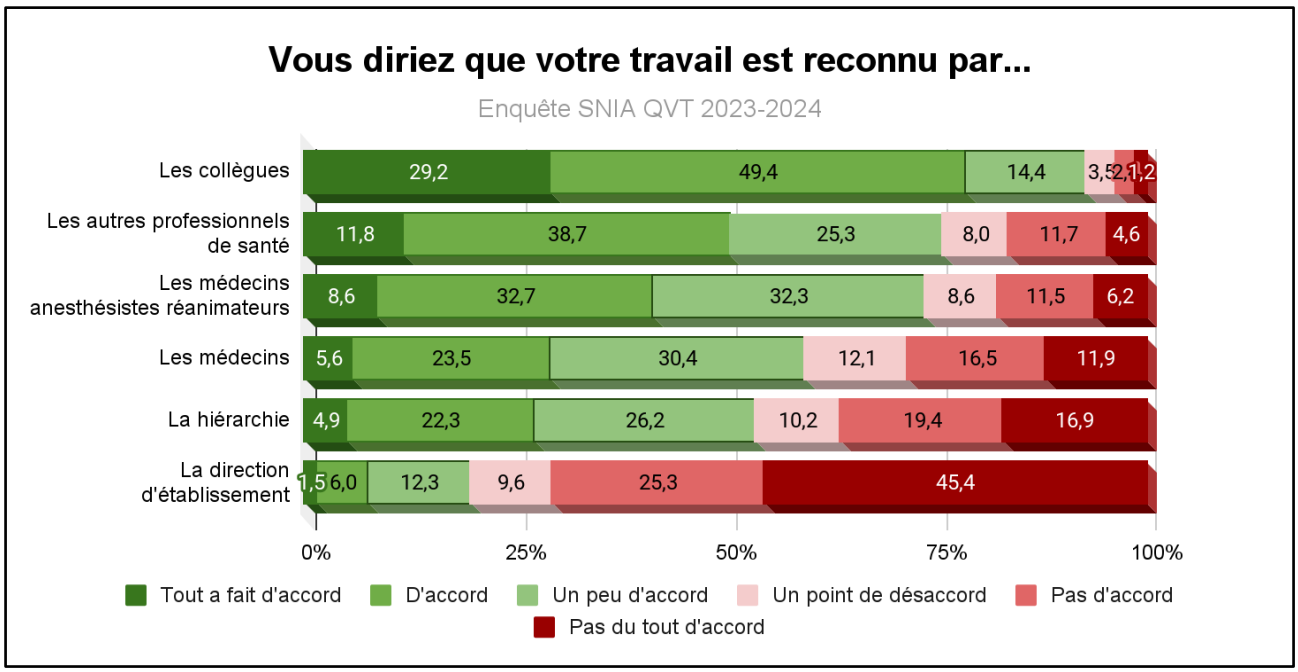
La reconnaissance de manière générale a déjà été abordée lors du ressenti des IADE au travail.

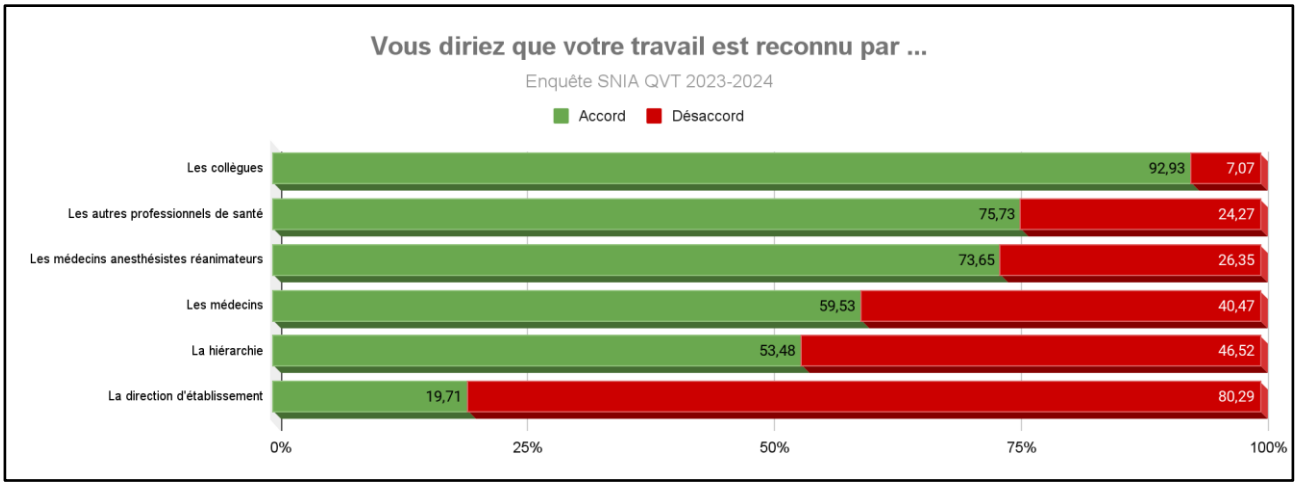
Ce chapitre est l'occasion de préciser ce sentiment de reconnaissance sous différents aspects.

4.1 Reconnaissance par les autres professionnels

Nous avons recueilli le niveau d'accord des sondés sur la perception qu'ils ont de la reconnaissance des autres professionnels à leur égard.

Ce niveau d'accord a été recueilli sur une échelle de Likert à six niveaux allant de "pas du tout d'accord" à "tout à fait d'accord".





Le sentiment de **manque de reconnaissance par la direction de l'établissement** est présent chez 80% des IADE interrogés.

Ce chiffre est globalement identique à celui de l'enquête SNIA de 2011 sur la même question. On peut donc retrouver le même argumentaire : "*cela peut s'expliquer par leur éloignement. C'est vers elle que sont dirigées les revendications qui ne sont pas satisfaites. Elle est perçue comme le représentant de l'autorité gouvernementale. Cela signe aussi la difficulté à négocier localement et à faire reconnaître la spécificité professionnelle à l'intérieur même de l'établissement*."

Nous notons tout de même que le pourcentage d'IADE qui n'est pas du tout d'accord est plus élevé en 2023 qu'en 2011. On peut se demander si la crise de la CoViD-19, ainsi que les revendications IADE depuis plus de trois ans, n'ont pas augmenté ce sentiment de non-reconnaissance chez les IADE par la direction.

En revanche, le sentiment s'inverse totalement lorsqu'on évoque la **reconnaissance par les collègues** (92,93%) et les autres professionnels de la santé.

Concernant les professionnels médicaux, le sentiment d'accord de reconnaissance est plus important pour les MAR que pour les autres professionnels médicaux.

Plus l'acteur cité semble loin géographiquement et donc loin du terrain, plus le sentiment de reconnaissance est moindre.

Il est aisé de supposer que pour les IADE, ceux qu'ils côtoient au quotidien (re)connaissent mieux leur utilité et leurs compétences.

4.2 Analyse comparative de l'échantillon

On ne retrouve pas de différence significative sur les items touchant à la reconnaissance au travail entre les hommes et les femmes, entre les différentes régions et entre les secteurs d'activité.

4.2.1 Reconnaissance et âge, ancienneté du diplôme

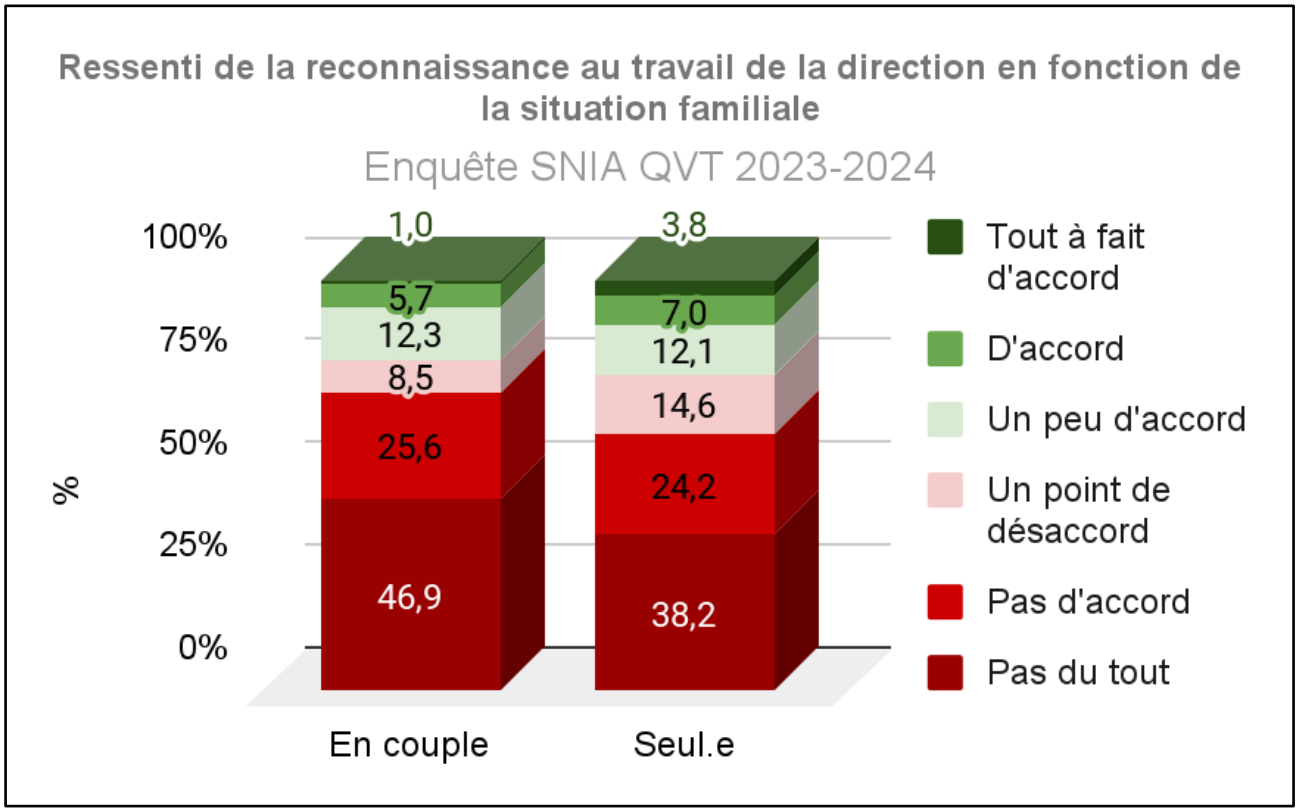
Il existe une corrélation positive entre l'âge et le sentiment de **reconnaissance par les MAR** (p=0,002), par **la direction de l'établissement** (p<0,001) et **par les médecins autres que les MAR** (p=0,006). Ces corrélations sont d'intensité faible (r <0,02).

En effet, plus l'âge augmente et plus le sentiment de reconnaissance est élevé.

L'ancienneté du diplôme est également positivement corrélée (r<0,2) avec le ressenti de **reconnaissance par les MAR** (p=0,004), **les autres professionnels de santé** (p=0,023), la **direction de l'établissement** (p<0,001) et l**es médecins autres que les MAR** (p<0,001).

4.2.2 Reconnaissance et situation parentale, familiale

Les personnes seules semblent ressentir plus de reconnaissance de la part de la **direction** de leur établissement que les personnes en couple (p=0,002, m couple=2,07, m seul = 2,37).



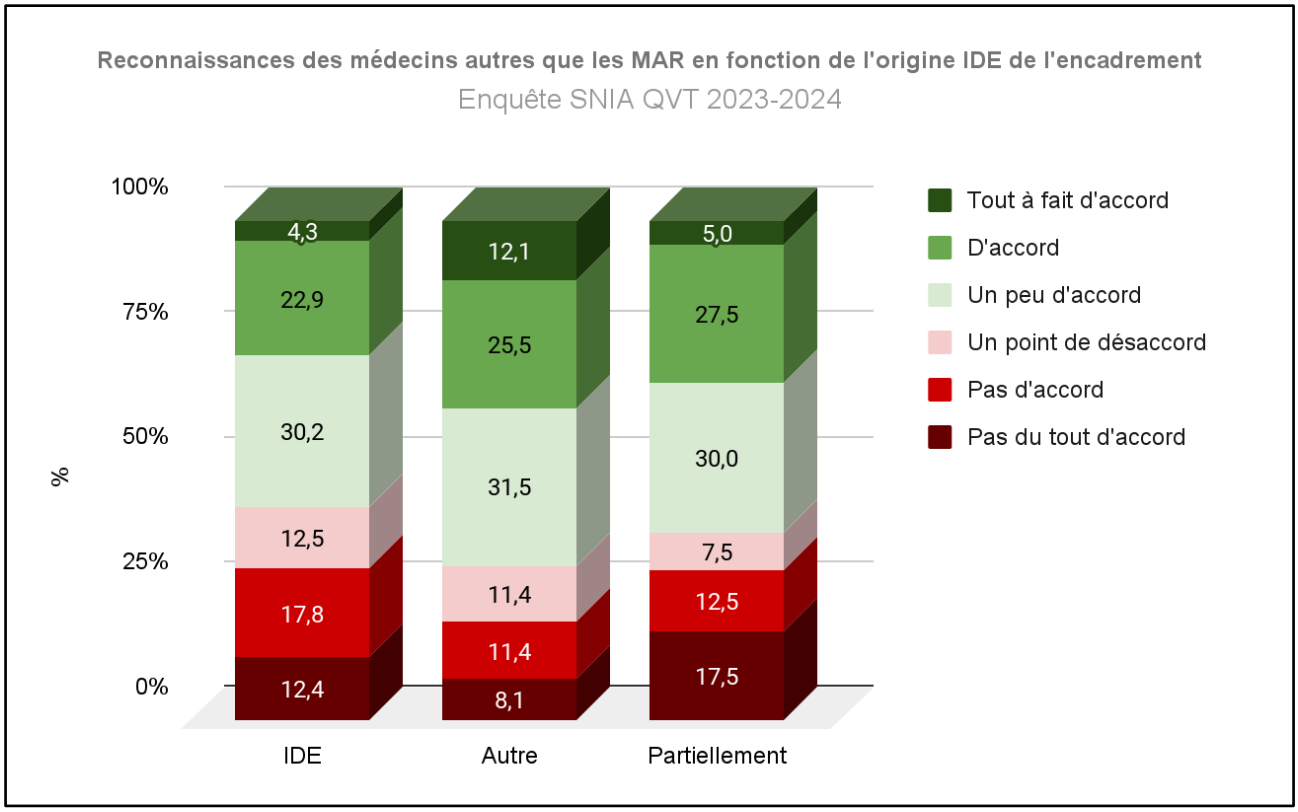
Par ailleurs, aucune différence significative n'a pu être démontrée concernant la reconnaissance et la situation parentale.

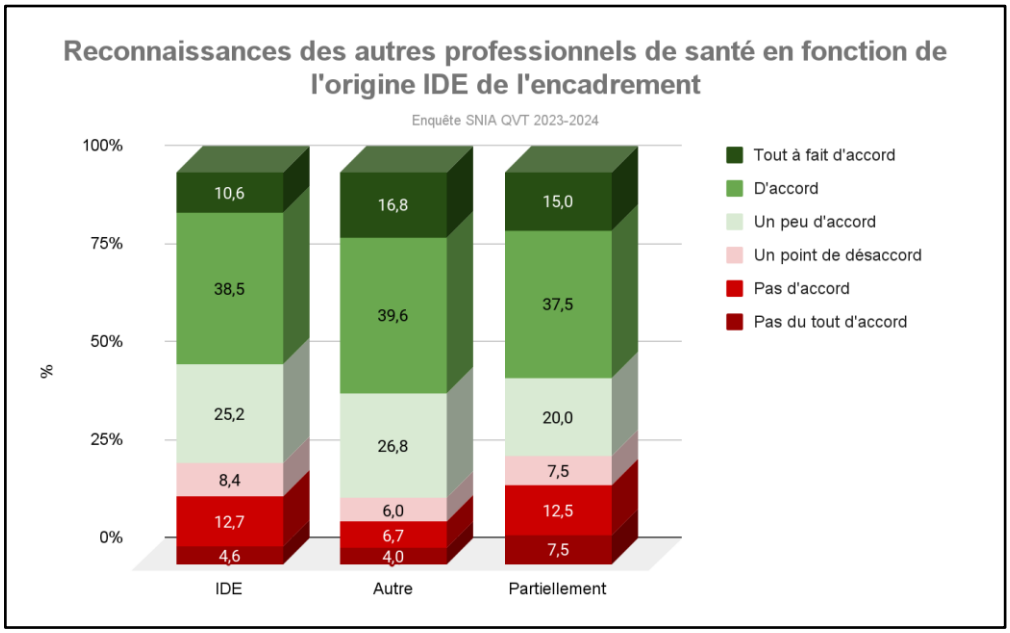
4.2.3 Reconnaissance et origine de l'encadrement

4.2.3.1 Encadrement issu de la filière IDE

Les IADE ayant un encadrement issu de la filière IDE (par rapport à ceux qui ont un encadrement non issu de la filière IDE) se sentent moins reconnus dans leur travail par les **médecins autres que les MAR** (p = 0,003, m IDE =3,46, m autre=3,91) ainsi que par les **autres professionnels de santé** (p = 0,042,m IDE =4,12, m autre=4,42).

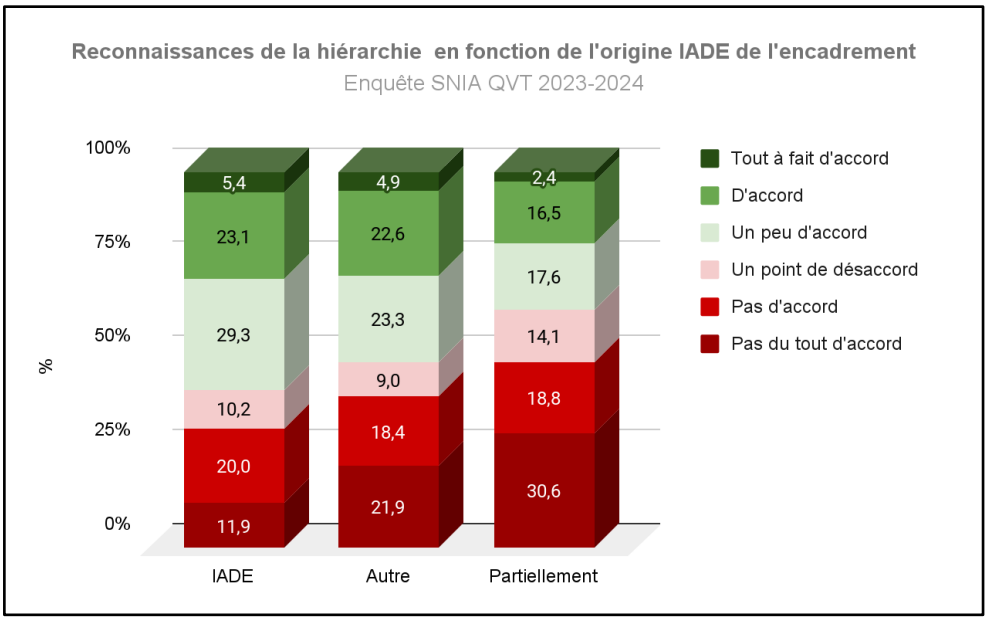
.



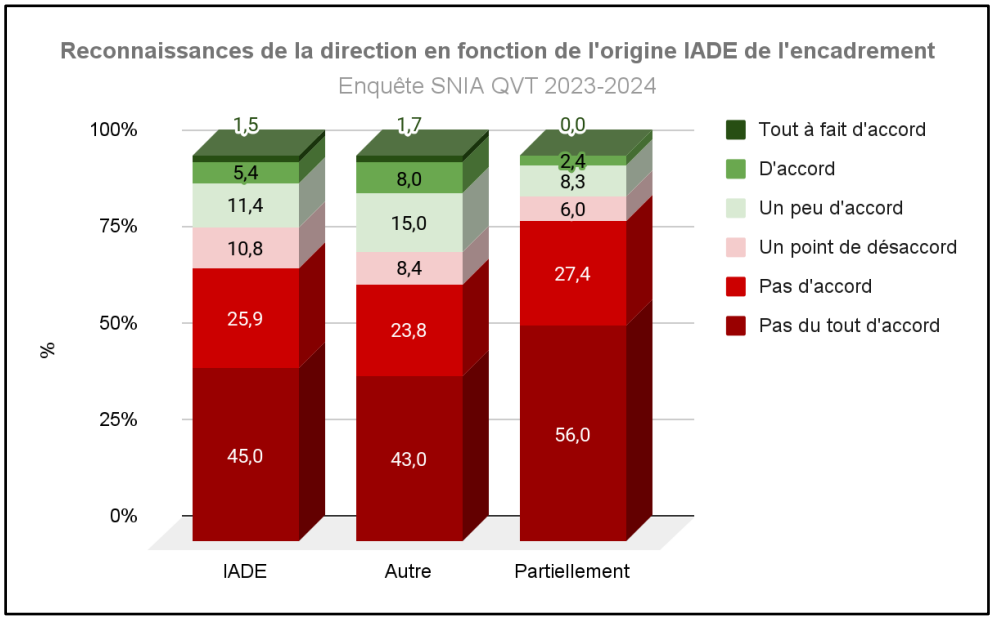


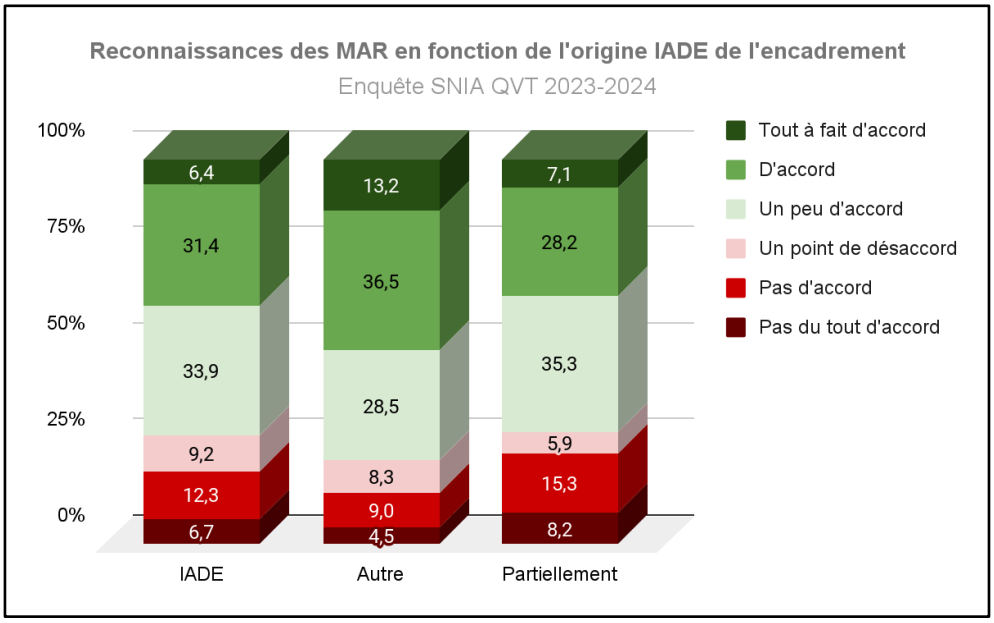
4.2.3.2 Encadrement issu de la filière IADE

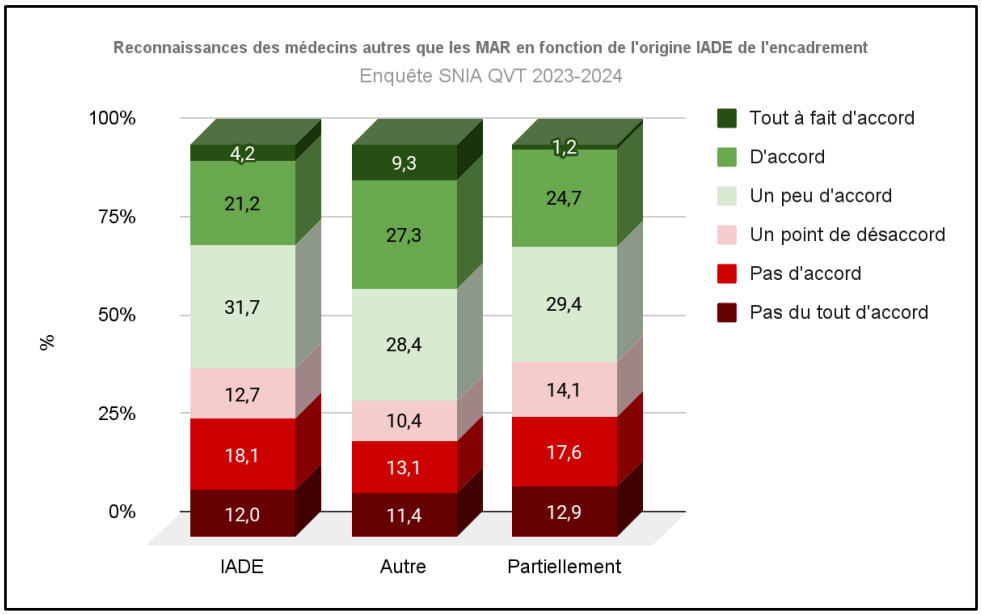
Lorsque l'encadrement est issu de la filière IADE, les IADE se sentent plus reconnus dans leur travail par la **hiérarchie** (p<0,001, m IADE=3,41, m autre=3,28).



Mais ils se sentent moins reconnus par la **direction de l'établissement** (p=0,001=m IADE=2,11, m autre=2,27), **par les MAR** (p= 0,002, m IADE=3,90, m autre= 4,23) et par **les autres médecins** (p=0,013,m IADE = 3,45, m autre=3,75).

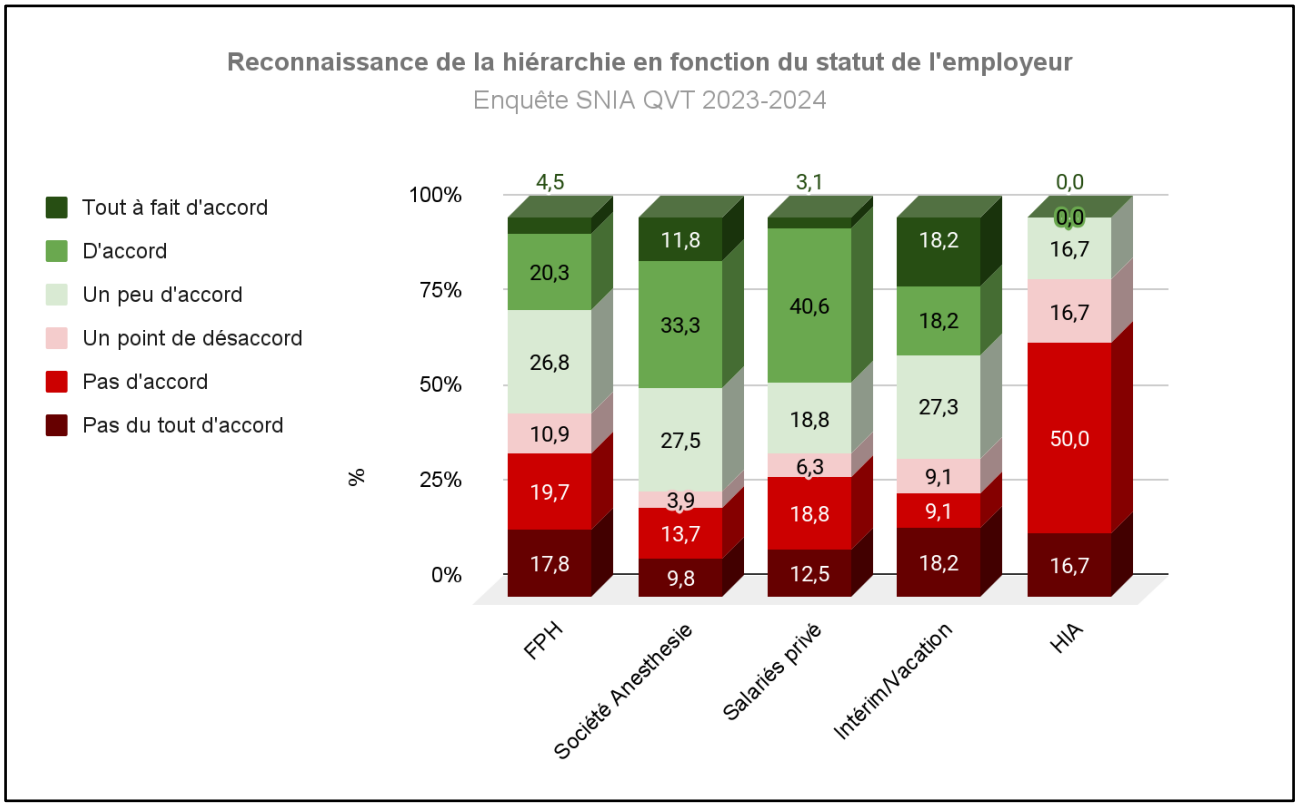

Reconnaissances de la direction en fonction de l'origine IADE de l'encadrement
Enquête SNIA QVT 2023-2024
100%
75%
50%
25%
0%
%
1,5
5,4
11,4
10,8
25,9
45,0
1,7
8,0
15,0
8,4
23,8
43,0
0,0
2,4
8,3
6,0
27,4
56,0
IADE
Autre
Partiellement
Tout à fait d'accord
D'accord
Un peu d'accord
Un point de désaccord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

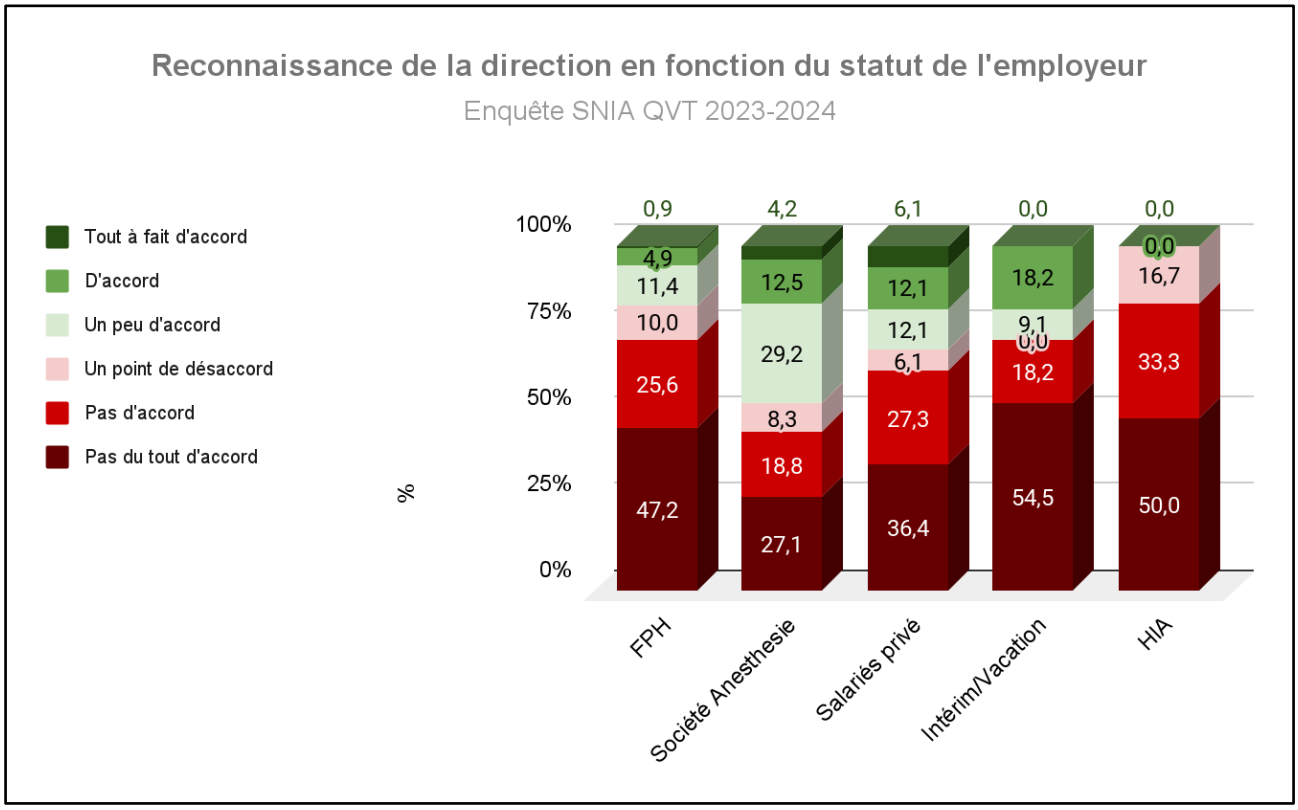

Reconnaissances des MAR en fonction de l'origine IADE de l'encadrement
Enquête SNIA QVT 2023-2024
100%
75%
50%
25%
0%
6,4
31,4
33,9
9,2
12,3
6,7
13,2
36,5
28,5
8,3
9,0
4,5
7,1
28,2
35,3
5,9
15,3
8,2
IADE
Autre
Partiellement
Tout à fait d'accord
D'accord
Un peu d'accord
Un point de désaccord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

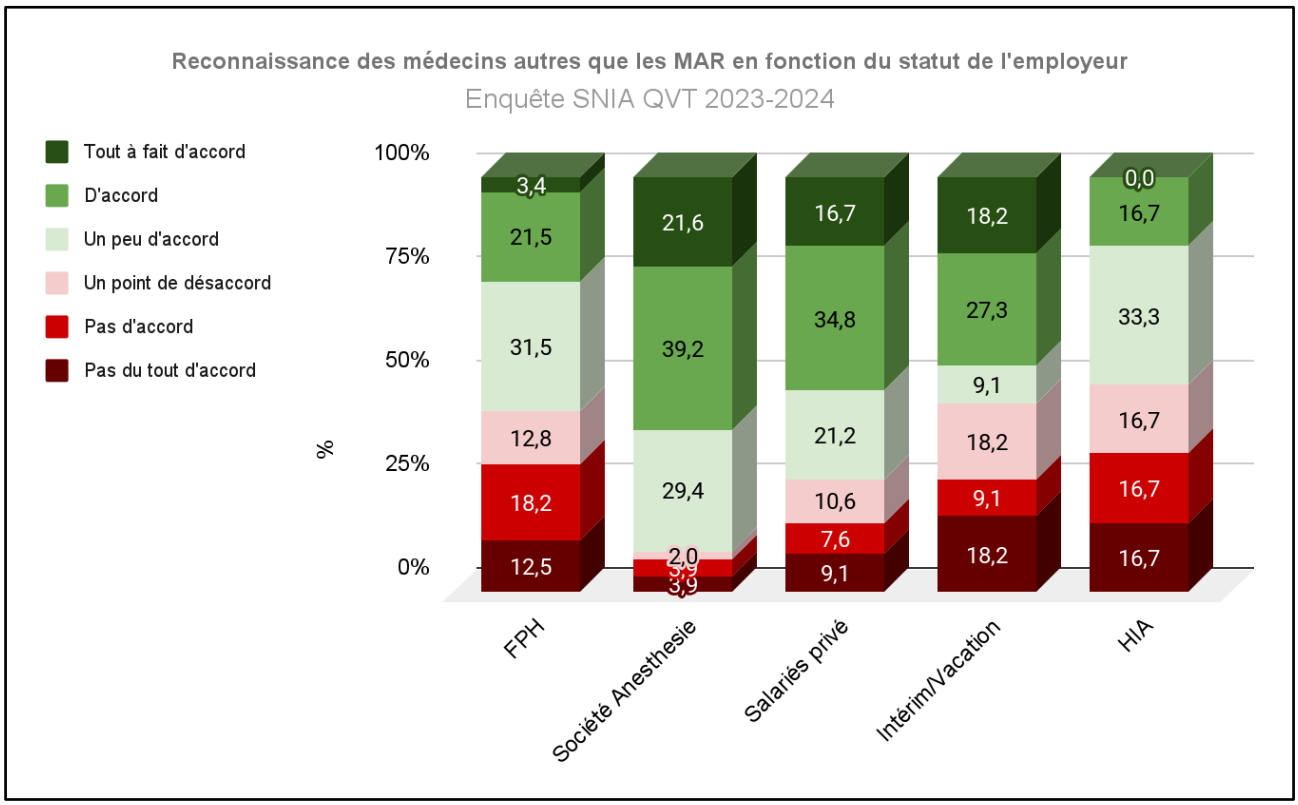

Reconnaissances des médecins autres que les MAR en fonction de l'origine IADE de l'encadrement
Enquête SNIA QVT 2023-2024
100%
75%
50%
25%
0%
%
4,2
21,2
31,7
12,7
18,1
12,0
9,3
27,3
28,4
10,4
13,1
11,4
1,2
24,7
29,4
14,1
17,6
12,9
IADE
Autre
Partiellement
Tout à fait d'accord
D'accord
Un peu d'accord
Un point de désaccord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

4.2.4 Reconnaissance et statut de l'employeur

La reconnaissance **par la hiérarchie** (p=0,007, m société anesthésie=3,96, m établissements privé=3,66, m FPH=3,26), **la direction de l'établissement** (p=0,004,m société anesthésie=2,94 , m établissements privé=2,55 , m FPH=2,04) et **par les médecins autres que les MAR** (p<0,001,m société anesthésie=4,61, ms et privé=4,15 , m FPH=3,42) est plus élevée dès lors que l'employeur est une société d'anesthésie ou structure privée comparativement aux salariés des établissements publics.







Paradoxalement, concernant les sociétés d'anesthésie, on retrouve des différences de moyenne quant au sentiment de reconnaissance des MAR (m=4,39), de la hiérarchie (m=3,96) et de la direction de l'établissement (m=2,94) alors que les MAR de ces sociétés cumulent la triple étiquette d'employeurs, supérieurs hiérarchiques et directeurs d'établissement.

Le calcul de l'alpha de Cronbach s'élève à 0,790 pour ces trois items dans le groupe des salariés des sociétés d'anesthésie, montrant la cohérence interne de ces trois items.

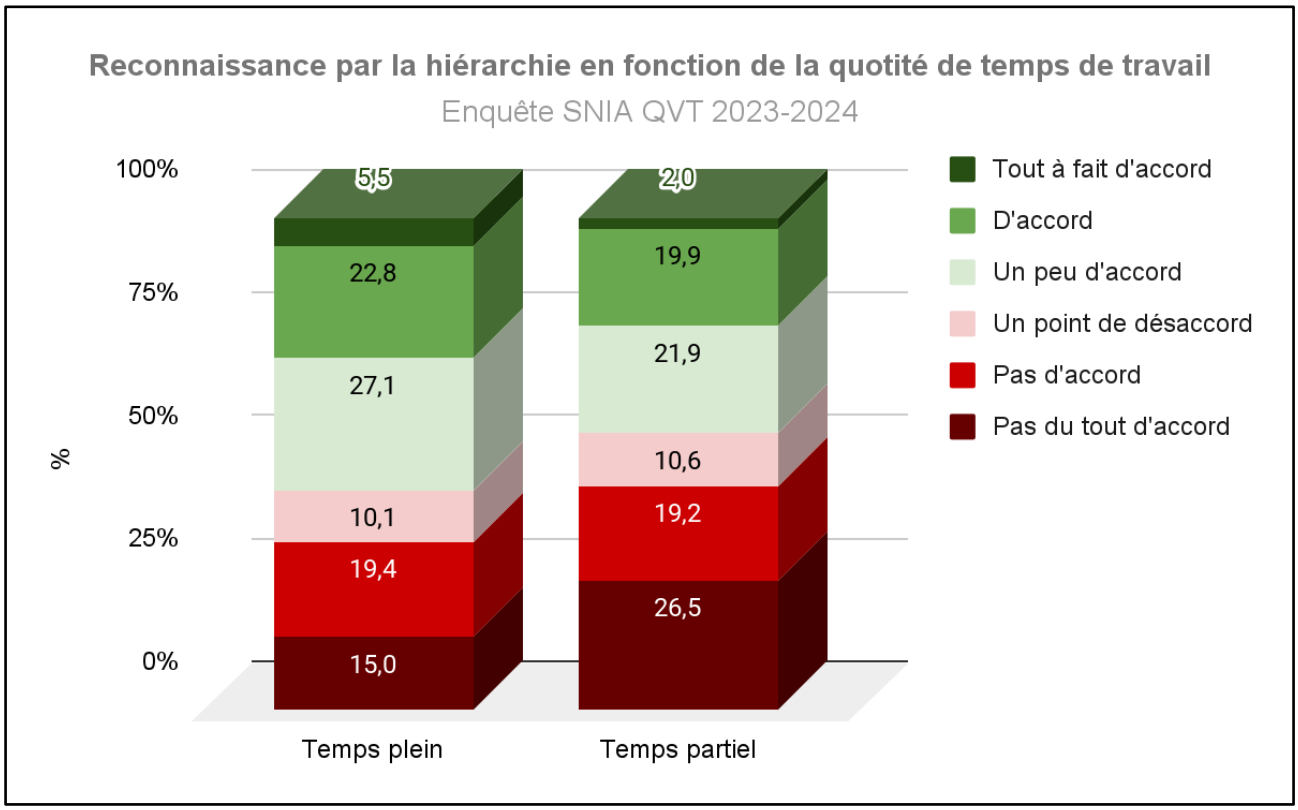
L’alpha de Cronbach s’élève à 0,818 si l’on ne conserve que les items reconnaissance MAR et reconnaissance hiérarchie.

4.2.5 Reconnaissance et quotité de travail, mode d’exercice

Il n'existe pas de différence significative dans la reconnaissance par les différentes catégories professionnelles lorsqu’il s’agit du nombre d’heures supplémentaires.

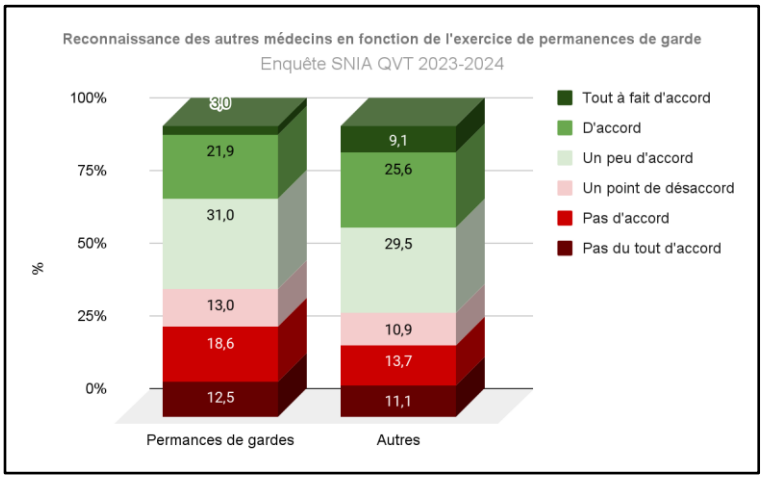
4.2.5.1 Travail en temps partiel

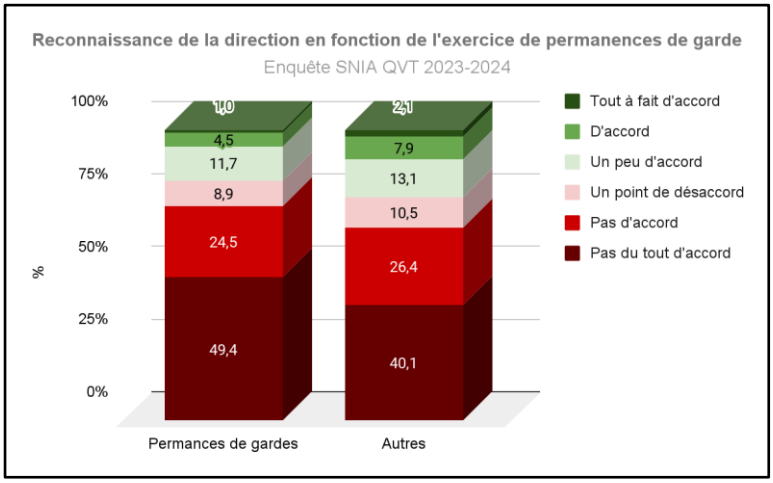
Les IADE exerçant en temps partiel se sentent plus reconnus dans leur travail par **la hiérarchie** (p=0,002, m temps partiel=4,11, m temps plein=3,93).



4.2.5.2 Permanences, gardes

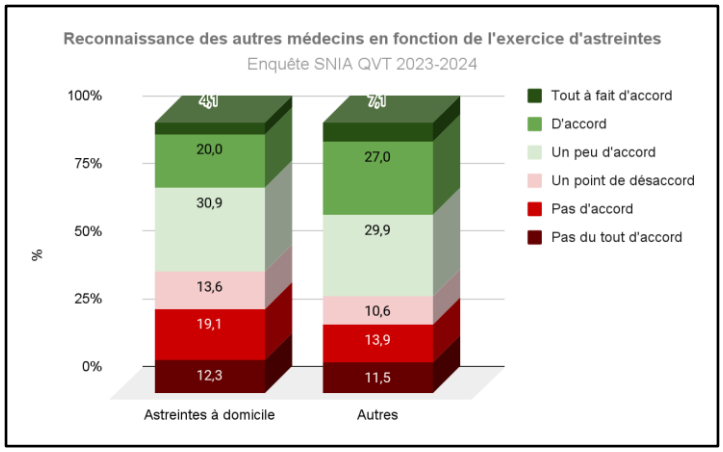
Le sentiment de reconnaissance par **les médecins autres que les MAR** (p = 0,001, m permanence=3,4, m autres=3,72) et **par la direction de l’établissement** (p = 0,002, m permanence=2,00, m autres=2,29) est significativement plus faible chez les IADE réalisant des permanences sur place ou garde.

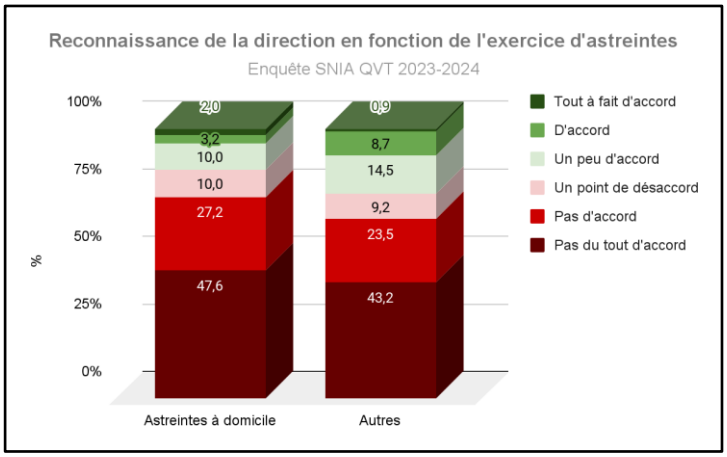


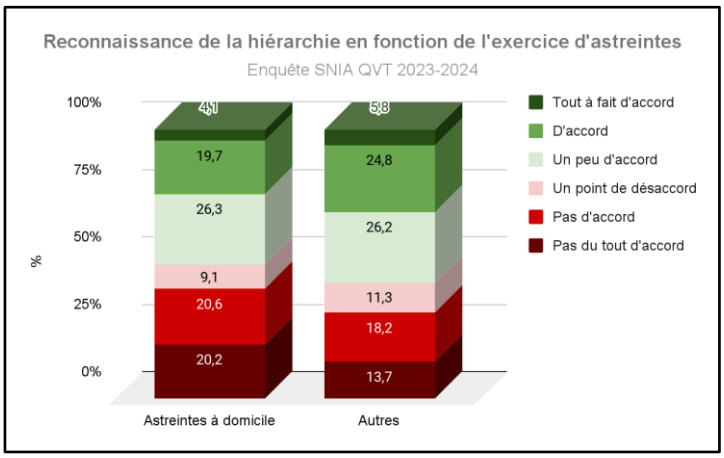


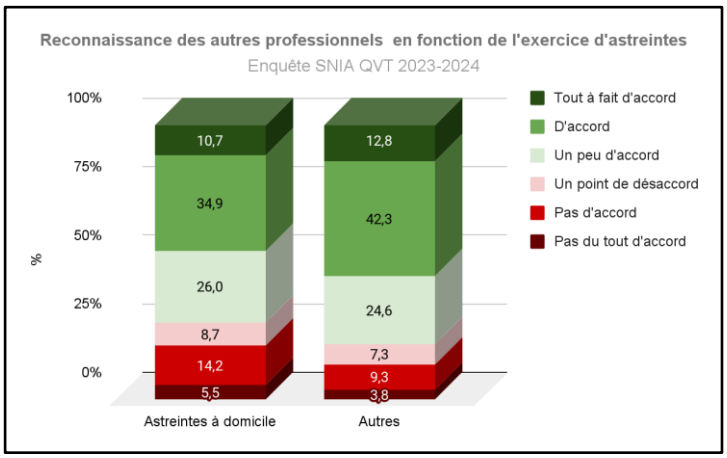
4.2.5.3 Astreintes

On retrouve, chez les personnes réalisant des astreintes à domicile par rapport à ceux n'en réalisant pas, des sentiments de reconnaissance moins élevés par **les médecins autres que les mar** (p = 0,003, m astreinte=3,40, m autre=3,68) et **la direction de l'établissement** (p = 0,006,m astreinte=2,00 , m autre=2,25), auxquels s'ajoute **la hiérarchie** (p = 0,003,m astreinte=3,17 , m autres=3,47) et l**es autres professionnels de santé** (p = 0,002,m astreinte=4,03 , m autre=4,31).









La reconnaissance au travail constitue une appréciation positive des compétences, des efforts et des résultats obtenus par les professionnels, jouant un rôle crucial dans leur estime de soi et leur motivation.

Cette reconnaissance peut revêtir diverses formes, telles que l'aspect académique et la rétribution financière des compétences pour les Infirmiers-Anesthésistes Diplômés d'État. Parmi les IADE, la reconnaissance par les collègues est largement partagée, atteignant un consensus dépassant les 90 %. Par ailleurs, la cohésion d'équipe joue un rôle significatif dans le bien-être des IADE.

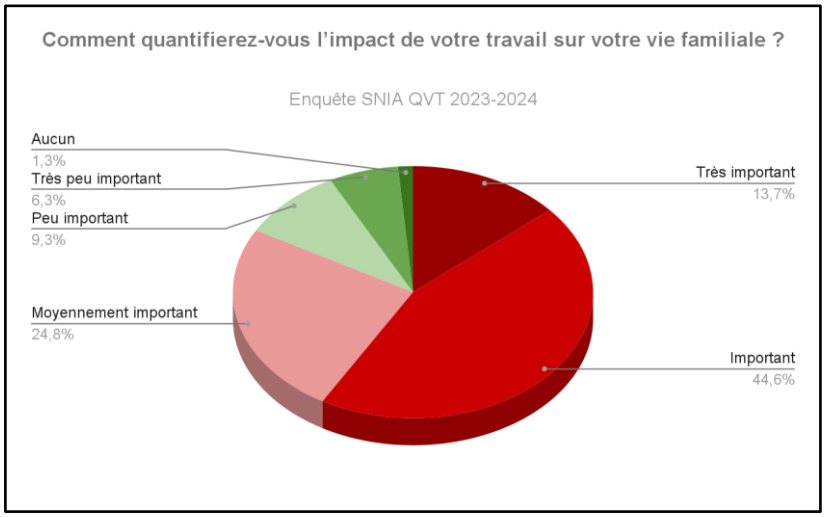
Cependant, le manque de reconnaissance par la direction demeure un sujet de préoccupation. Bien que peu de facteurs entraînent une différence significative dans la reconnaissance par les médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR), les IADE travaillant dans les sociétés d'anesthésie et dans le secteur privé se sentent généralement mieux reconnus par la direction, la hiérarchie et les autres médecins que les MAR.

Toutefois, certains éléments tels que les gardes, les astreintes, le travail à temps partiel, les différences d'encadrement, l'âge et l'ancienneté du diplôme entraînent des disparités notables. Notons en particulier que les gardes et les astreintes, principalement assumées par les IADE de la Fonction Publique Hospitalière (FPH), créent une différence de ressenti de reconnaissance par rapport à ceux exerçant dans le secteur privé.

5. Ressenti en dehors du temps de travail

5.1 Impact sur la vie familiale

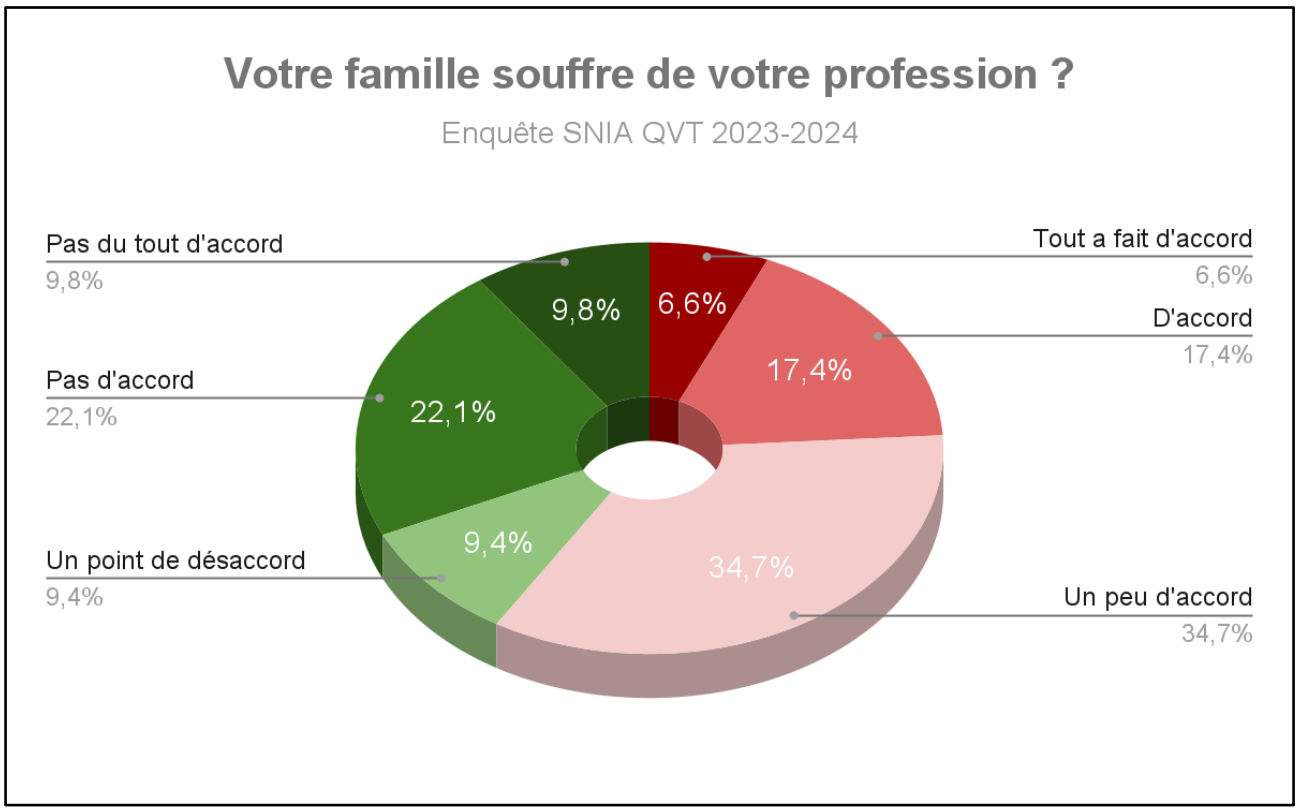
Les IADE ont été interrogés sur l'importance de l'impact de leur activité professionnelle sur leur vie familiale.



Pour près de 60% des IADE, leur activité professionnelle a un impact important sur leur vie personnelle. Il est largement reconnu que l'exercice des professions soignantes a un impact important sur la vie personnelle. En effet, les horaires irréguliers, les gardes de nuit, les rotations et la charge de travail élevée peuvent entraîner des défis pour concilier vie professionnelle et vie personnelle.

Les IADE sont souvent amenés à travailler de longues heures, à faire face à des situations stressantes et sont confrontés à des prises de décisions complexes, ce qui peut avoir un impact sur leur bien-être émotionnel et leur qualité de vie. La nature même du travail nécessite des sacrifices personnels, tels que passer moins de temps avec la famille et les amis, manquer des événements sociaux ou avoir des difficultés à trouver un équilibre entre travail et loisirs. La pression professionnelle et les exigences émotionnelles semblent également avoir un effet cumulatif sur la santé mentale et physique des professionnels de la santé notamment ceux exerçant dans les soins critiques[22].

Le chiffre de 60% d'IADE considérant que leur vie professionnelle impacte leur vie familiale est très significatif, il est donc essentiel de reconnaître et de répondre aux défis auxquels sont confrontés les professionnels de la santé et de mettre rapidement en place des mesures de soutien appropriées.



24% des IADE répondants considèrent que leurs familles souffrent de leur profession (tout à fait d'accord 6,6%, d'accord, 17,4%).

En 2011, pour la même question, le chiffre était de 27%. On peut donc affirmer que le sentiment que leur famille souffre de leur profession chez les IADE est stable voire en légère diminution.

Sans nécessairement atteindre le point de souffrance, la plupart des IADE estiment que leur activité professionnelle a un impact significatif sur leur famille.

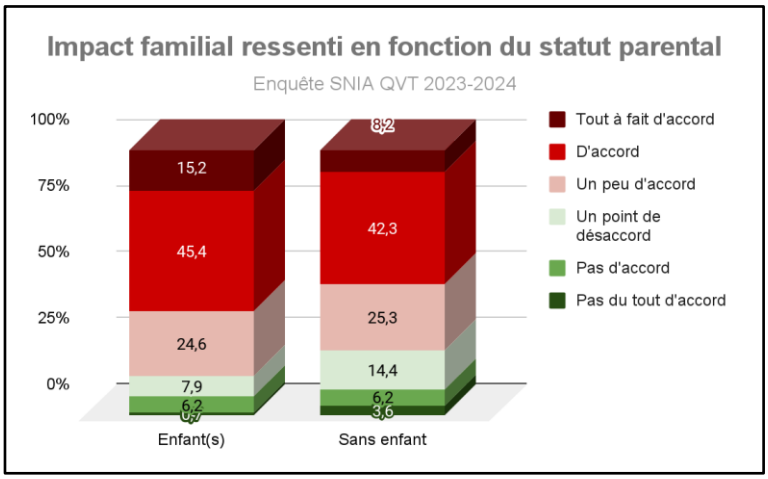
22 Arrogante, O., & Aparicio-Zaldivar, E. (October 2017). Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. Intensive and Critical Care Nursing, Elsevier.

5.2 Analyse comparative de l’échantillon

Il n'existe pas de différence significative sur le sentiment que la famille souffre de la profession IADE ou que la profession a un impact sur la famille, selon le sexe, l'âge, la situation maritale, l'ancienneté du diplôme, la région, le secteur d'activité.

5.2.1 Ressenti en dehors du temps de travail et situation parentale

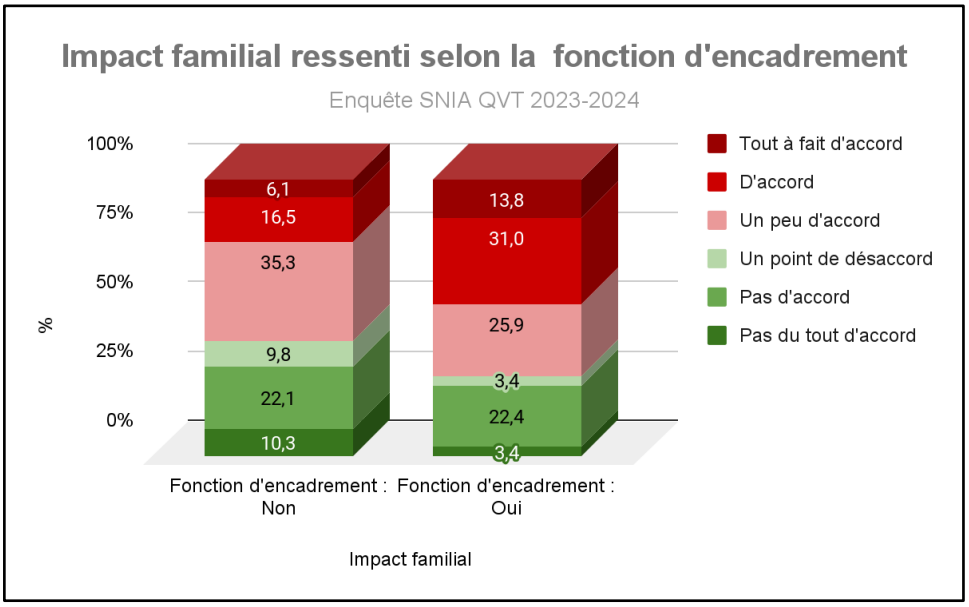
L’impact de la profession sur la vie familiale (m avec enfants=4,53, m sans enfants=4,21) ainsi que la souffrance de celle-ci due à la profession (m avec enfants=3,59, m sans enfants=3,09) sont plus élevés dès lors que l’IADE déclare avoir des enfants (p<0,001).



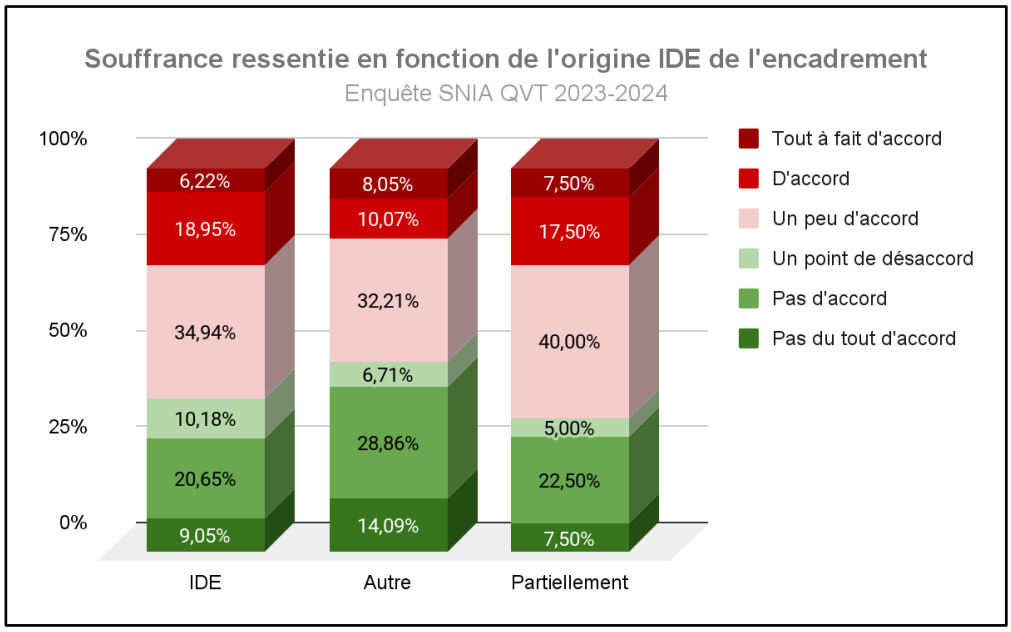
Cependant, aucune corrélation n’a pu être mise en évidence entre le nombre d’enfants et les précédents items.

5.2.2 Ressenti en dehors du temps de travail et fonction d'encadrement

La famille souffre plus lorsque l'IADE exerce des fonctions d'encadrement (p=0,006, m IADE=3,44, m fonction encadrement=4,00) et l'impact sur la vie familiale est aussi plus élevé (p=0,016,m IADE=4,44, m fonction encadrement=4,81).



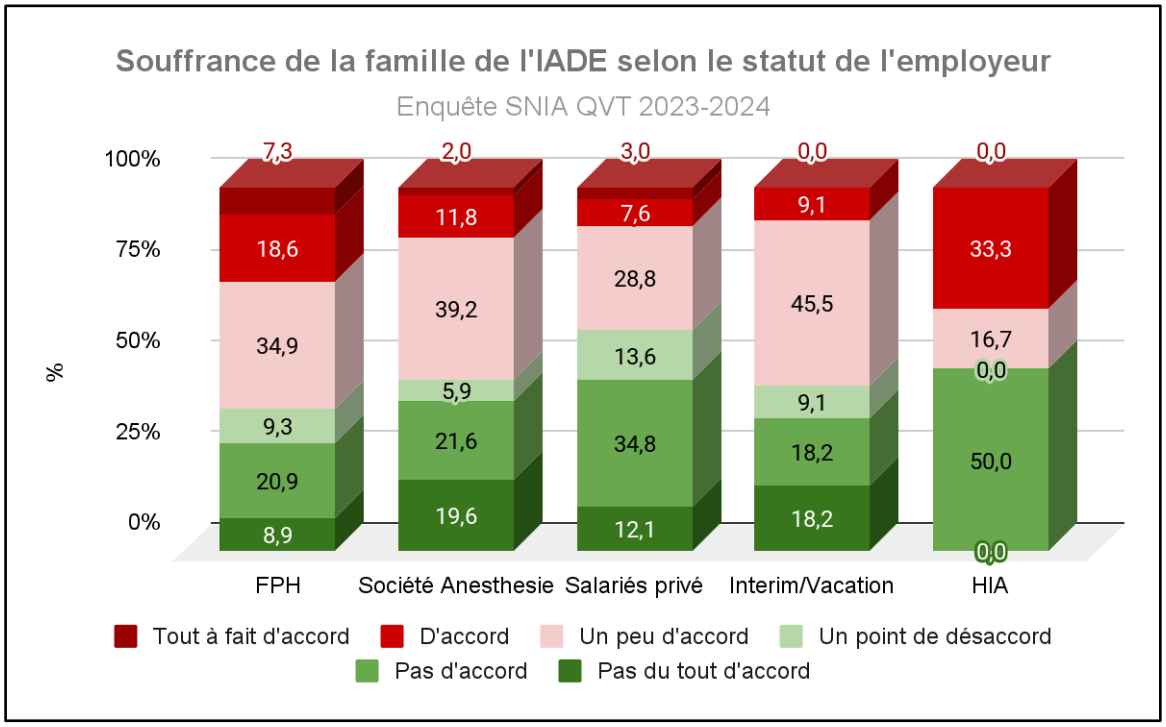
5.2.3 Ressenti en dehors du temps de travail et origine de l'encadrement



Les IADE encadrés par des professionnels issus de la filière IDE déclarent que leur famille souffre plus que lorsqu'ils ne sont pas encadrés par des personnels issus de la filière IDE (p=0,025, m encadrement IDE=3,53, m encadrement partiellement IDE=3,60, m encadrement non-IDE=3,19).

On ne note aucune différence significative lorsqu'il s'agit d'un encadrement IADE par rapport à un encadrement IDE.

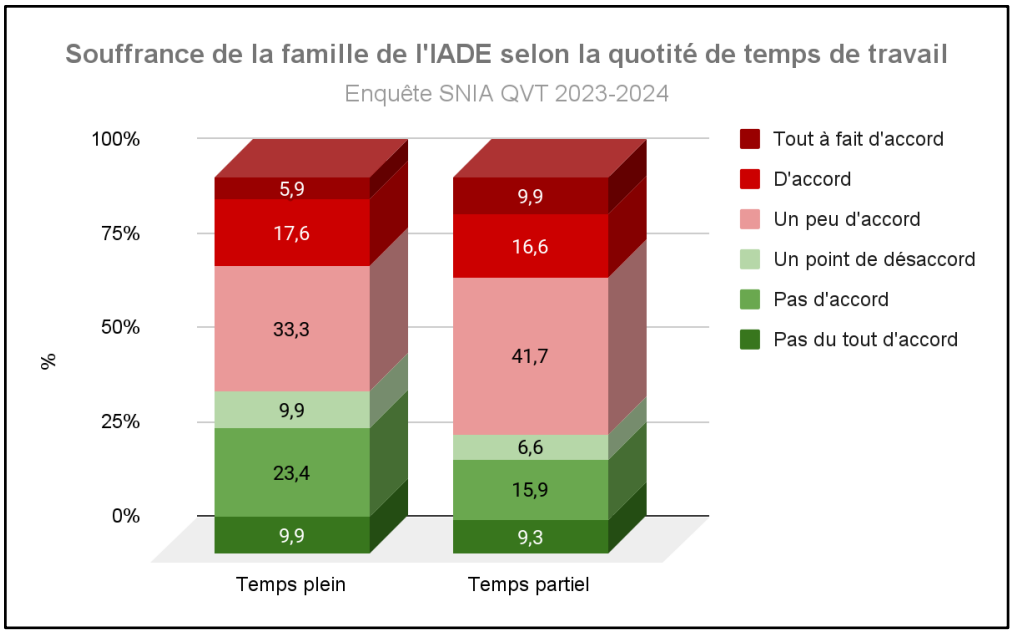
5.2.4 Ressenti en dehors du temps de travail et statut employeur



La famille des salariés **FPH** souffre significativement plus que celle des salariés du privé (p=0,010, m FPH=3,56, m société d'anesthésie=3,08, m salariés établissements privés =2,94, m HIA=3,33, m interim=3,09).

5.2.5 Ressenti en dehors du temps de travail / quotité de temps, mode de travail

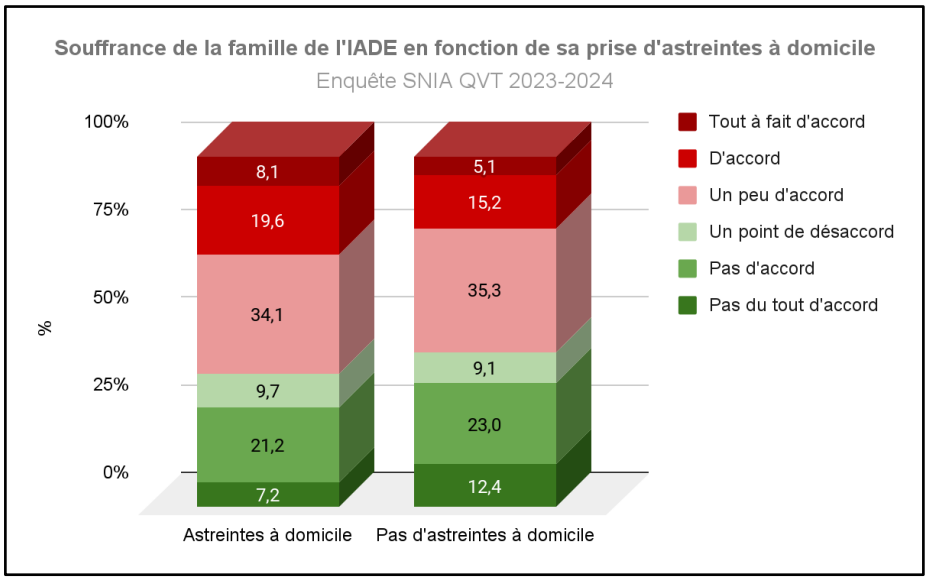
5.2.5.1. Le temps partiel



Les IADE exerçant en temps partiel déclarent que leur famille souffre plus de leur profession que les IADE à temps plein (p=0,032, m partiel= 3,70, m temps plein =3,43).

5.2.5.2 Astreintes à domicile

La souffrance des familles des IADE effectuant des astreintes à domicile est plus élevée (p=0,002, m astreintes=3,62, m autres= 3,33).



5.2.5.3 Les Heures supplémentaires

Il existe une corrélation positive de la quantité d'heures sup avec l'impact sur la famille ($p=0,001$, $r<0,2$) et la souffrance familiale ($p<0,001$, $r<0,2$).

Plus les IADE effectuent des heures supplémentaires, plus cela impacte sur la souffrance de leur famille.

Nous pouvons noter qu'il n'existe pas de différence significative concernant la permanence des soins à type de garde.

L'activité professionnelle des Infirmiers-Anesthésistes Diplômés d'État a un impact important sur leur famille.

Sans surprise, nous constatons que les mêmes catégories d'IADE éprouvent un sentiment de souffrance et un impact sur leur famille plus prononcé.

Les nombres d'heures supplémentaires, les astreintes, les temps partiels, les fonctions d'encadrement sont pourvoyeurs d'un sentiment plus élevé de souffrance et/ou d'impact négatif sur leur famille.

Les IADE du secteur privé, notamment ceux travaillant au sein des sociétés de médecins anesthésistes, semblent moins affectés par la souffrance professionnelle vis-à-vis de leur famille.

6. Droit à la déconnexion et rappels sur les repos

Ce thème n'avait pas été abordé lors de l'enquête QVT de 2011.

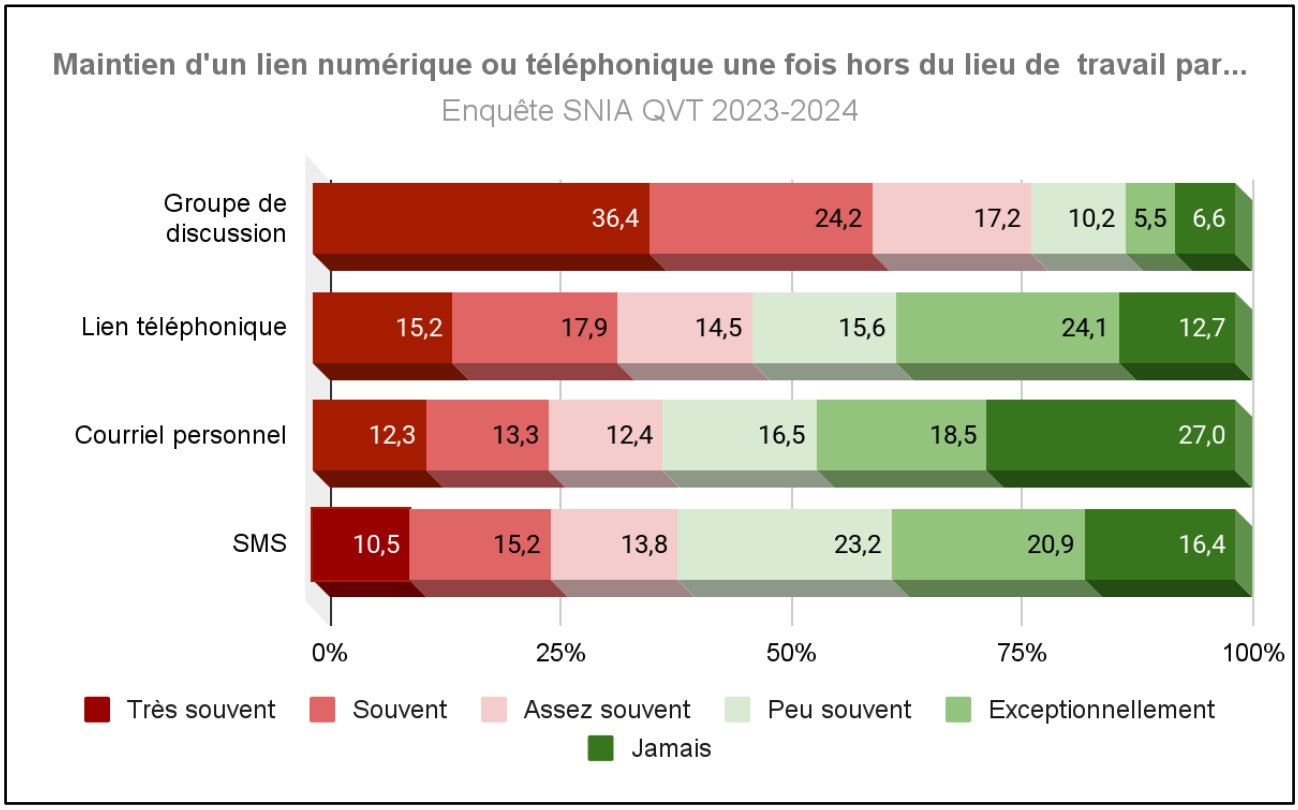
Dans un contexte où l'« hyperconnexion » est devenue la norme, il nous a paru important d'interroger les IADE sur ce thème.

6.1 Liens numériques et rappels sur les repos

Les répondants ont été invités à préciser la fréquence du maintien du lien avec le travail ainsi que l'outil utilisé parmi des suggestions.

Nous avons couplé ce thème avec celui des rappels sur les repos, se rapprochant d'une atteinte au droit à la déconnexion

6.1.1 Liens numériques



Le maintien d'un lien numérique en dehors du travail est majoritairement de type collectif (groupes de discussions) plutôt qu'individuel (SMS, téléphone, mail).

Lorsqu'il est collectif, le lien semble s'imposer davantage sur le temps personnel.

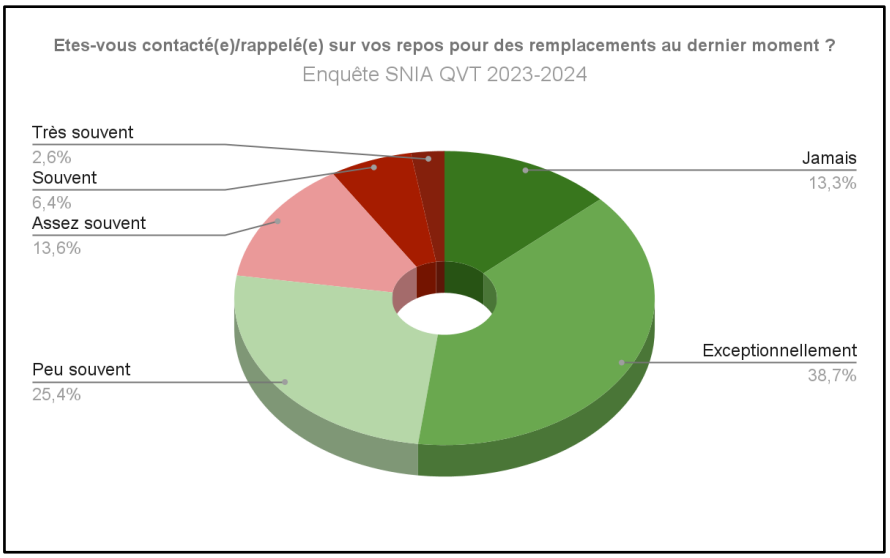
66% des IADE déclarent garder un lien numérique en dehors des heures de travail via des applications et groupes de discussion type WhatsApp, Messenger, Signal.

Il est de plus en plus convenu que les échanges d'informations, les changements de plannings ou autres passent par ces nouveaux moyens de communication.

L'enquête ne permet pas de définir si l'inscription à ces groupes de discussions dédiés au travail est rendue indispensable pour avoir accès à certaines informations.

Il serait intéressant de se pencher de façon plus précise sur le type d'informations qui sont échangés dans ces groupes de discussions.

6.1.2 Rappels sur les repos



52% des IADE déclarent ne pas être appelés sur leurs jours de repos pour des remplacements ou de manière exceptionnelle.

Si l'on ajoute les 25,4% qui sont peu souvent appelés, 75% des IADE sont peu sollicités sur leurs jours de repos.

Les moyens utilisés pour rappeler sur les repos au dernier moment sont dans l'ordre croissant mail (r=0,111), groupe de discussion (r=0,119), SMS (r=0,22), le lien téléphonique (r= 0,242).

Les IADE sont globalement peu rappelés sur leurs jours de repos.
Ils entretiennent néanmoins un lien numérique, principalement au travers de discussions au sein de groupes, de manière très régulière.

Dans un monde de plus en plus connecté, les IADE ne font pas exception en ce qui concerne l'utilisation des supports numériques et les limites floues inhérentes à leur utilisation (telles que le droit opposable à la déconnexion et l'utilisation de messageries instantanées privées avec partage d'informations professionnelles).
Pour rappel, le droit à la déconnexion est réglementé par la Loi.[23]

6.2 Analyse comparative de l'échantillon

Il n'existe pas de différence significative sur le thème de la déconnexion numérique selon le sexe, la situation familiale, la région.

23 Article L. 2242-8 du Code du travail, introduit par la loi Travail du 8 août 2016

6.2.1 Déconnexion et rappel sur les repos / âge et ancienneté du diplôme

Il existe une corrélation négative entre l'âge et le lien groupe de discussion (p<0,001, r<0,2) et positive entre l'âge et le lien SMS (p=0,023, r<0,2).

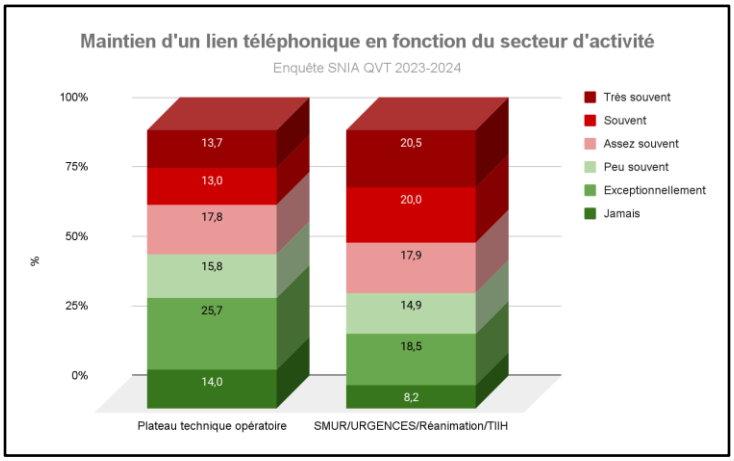
Plus l'IADE est jeune, plus il semble utiliser un groupe de discussion. A contrario, plus l'IADE est âgé, plus il utilise le SMS.

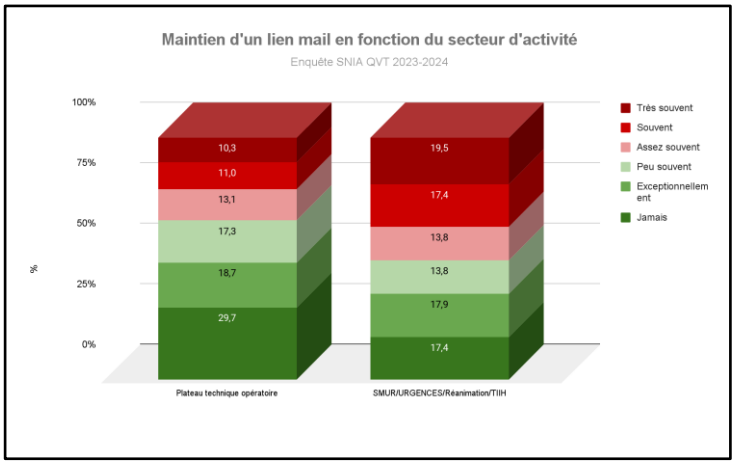
On peut se dire que les IADE plus âgés n'ont peut-être pas pour habitude ces outils de communication collective. Ceci leur permettrait également une déconnexion plus importante en dehors des heures de travail.

Il existe les mêmes corrélations entre l'ancienneté du diplôme et l'utilisation des groupes de discussion (négative p<0,001, r<0,2) qu'entre l'âge et l'utilisation des SMS (positive p=0,023, r<0,2).

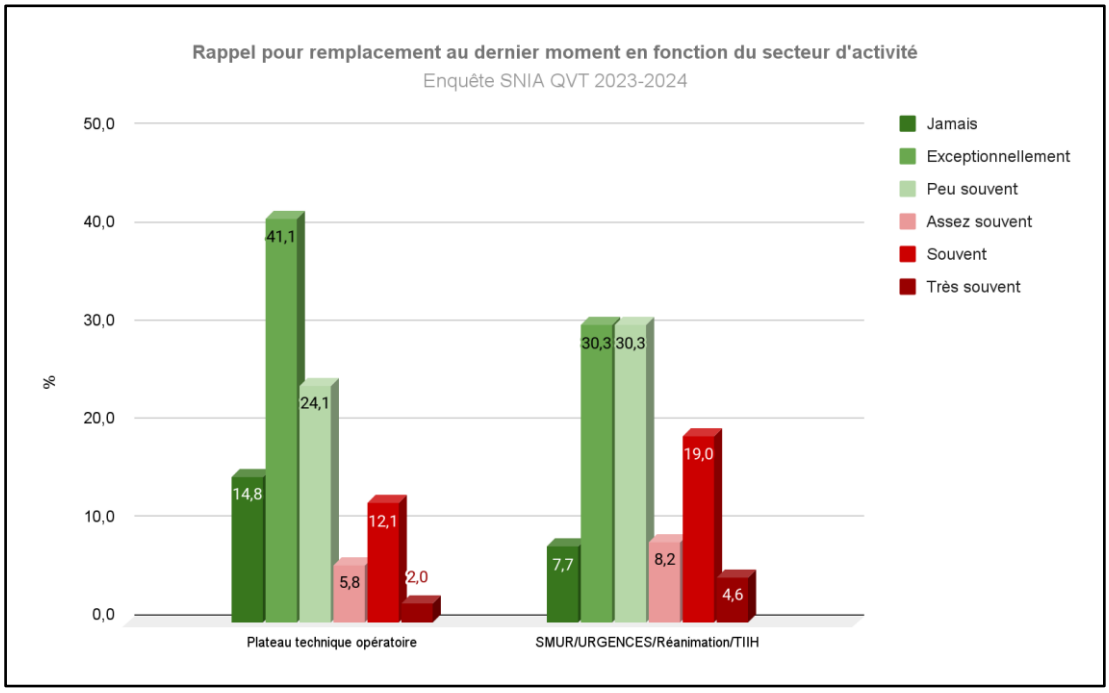
6.2.2. Déconnexion et rappel sur les repos / secteur d'activités

Les IADE exerçant au bloc utilisent moins la communication par **téléphone** (p<0,001, m plateau technique=3,31, m SMUR/Urgences/Réa/TIIH=3,85) et **mail** que ceux exerçant aux urgences/SMUR (p<0,001, m plateau technique=2,88, m SMUR/Urgences/Réa/TIIH=3,54) .



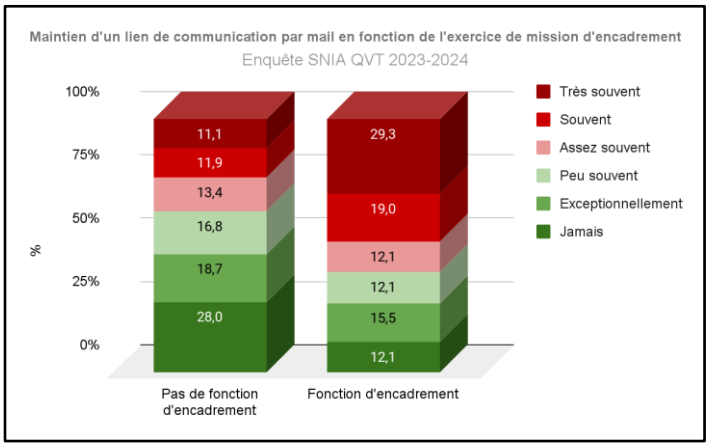


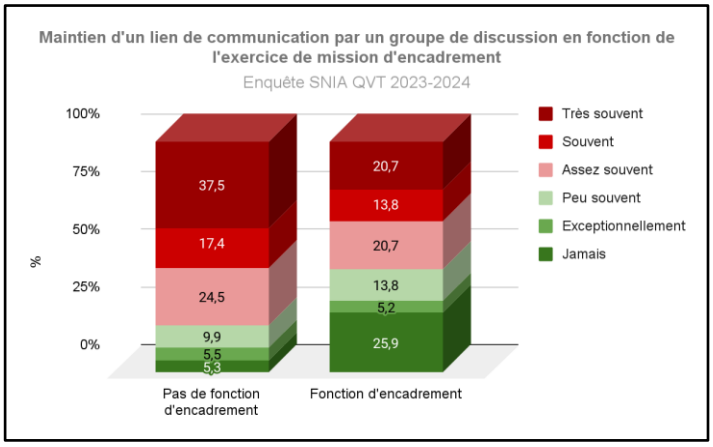
Les IADE exerçant aux SMUR, urgences, réanimation, TIIH (Transport Infirmier Inter hospitalier) sont rappelés de manière plus importante pour **remplacer au dernier moment** (p<0,001, m plateau technique=2,65, m SMUR/Urgences/Réa/TIIH=3,14).



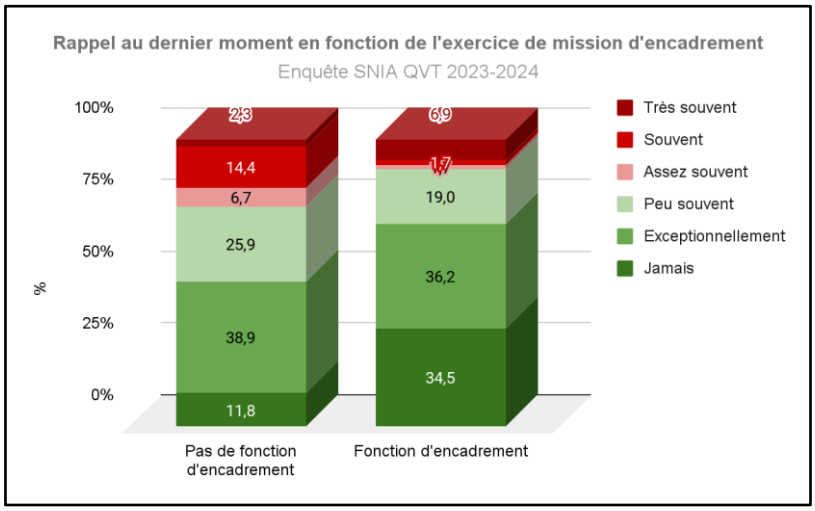
6.2.3. Déconnexion et rappel sur les repos / fonctions d'encadrement

Les IADE ayant des fonctions d'encadrement utilisent plus l'outil communication **mail** par rapport aux IADE (p<0,001, m fonction encadrement=3,98, m autres=2,96) et moins **les groupes de discussions** (p<0,001, m fonction encadrement=3,53, m autres=4,96) type WhatsApp, Messenger.





Les IADE ayant des fonctions d'encadrement sont moins rappelées au dernier moment (p<0,001, m fonction encadrement=2,21, m autres=2,80).



6.2.4. Déconnexion et rappel sur les repos / statut de l'employeur

Les IADE effectuant de l'intérim utilisent plus les **groupes de discussions**.

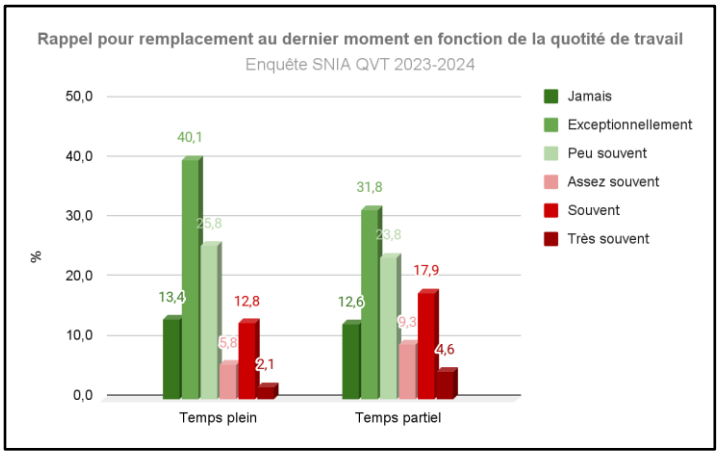
Cependant, au vu du faible effectif d'IADE dans ce groupe, aucune significativité ne peut être conclue sans tests complémentaires.

.2.5 Déconnexion et rappel sur les repos / quotité de temps et mode de travail

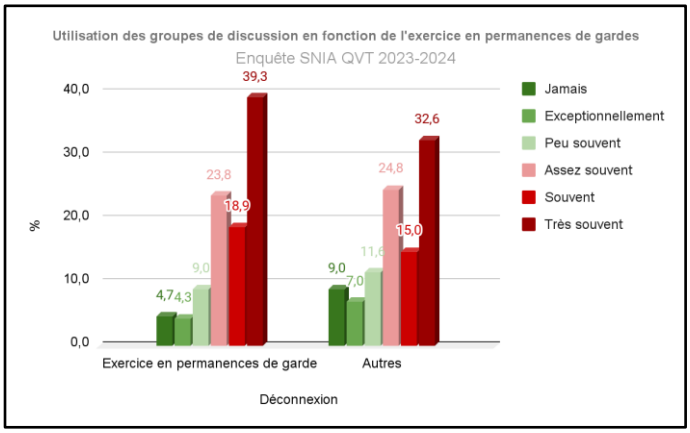
6.2.5.1 Temps partiel

Les IADE exerçant en temps partiel sont plus régulièrement (p=0,014, m temps plein=2,71, m temps partiel=3,02) **rappelés au dernier moment pour effectuer un remplacement.**

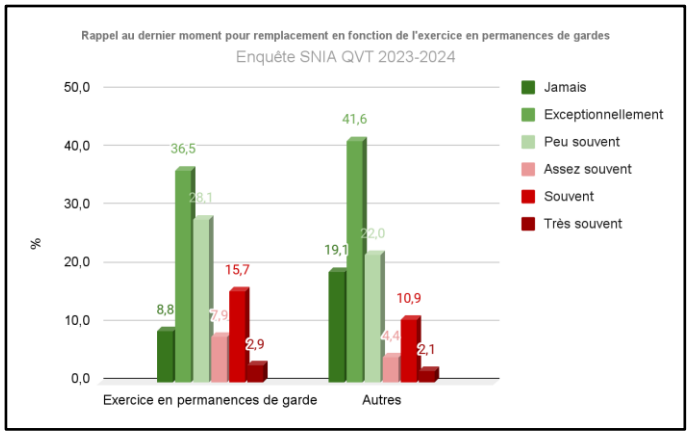
6.2.5.2 Permanences de gardes



Les IADE effectuant des gardes utilisent plus les **groupes de discussions** (p<0,001, m permanence de garde=4,66, m autres=4,27).

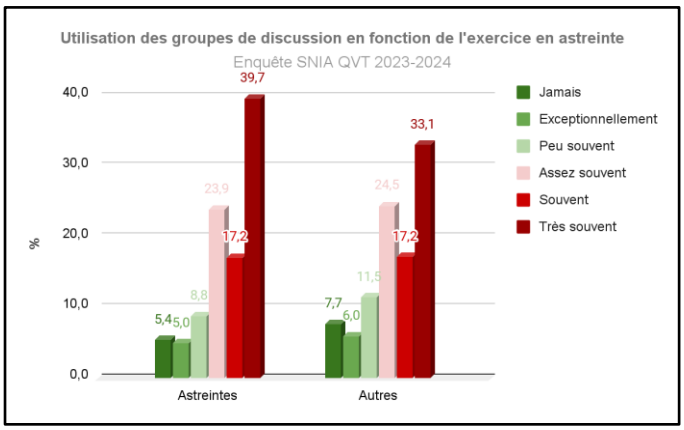


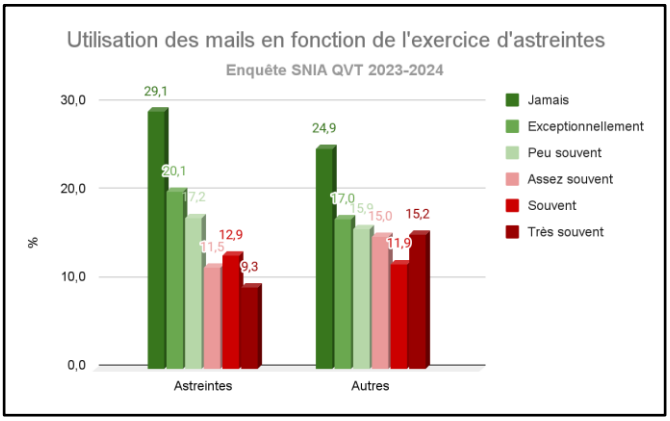
Les IADE effectuant des gardes sont rappelés de façon plus importante pour un **remplacement au dernier moment.** (p<0,001,m permanence de garde=2,94, m autres=2,52).



6.2.5.3 Astreintes à domicile

Statistiquement, les IADE effectuant des astreintes à domicile utilisent moins la communication par **mail** (p=0.007, m astreintes à domicile=2,87, m autres=3,18), mais plus **les groupes de discussions** (p=0.014, m astreintes à domicile=4,62, m autres=4,37).





6.2.5.4 Heures supplémentaires

Il existe une corrélation positive (p<0,001) entre les heures supplémentaires et le lien téléphonique, SMS et le groupe de discussion.

Les IADE majoritairement gardent un lien numérique avec le travail en dehors des heures de celui-ci. Les groupes collectifs sont le moyen de communication le plus largement utilisé. Ce nouveau système de communication est ancré dans la société comme un mode d'échange collectif répandu.

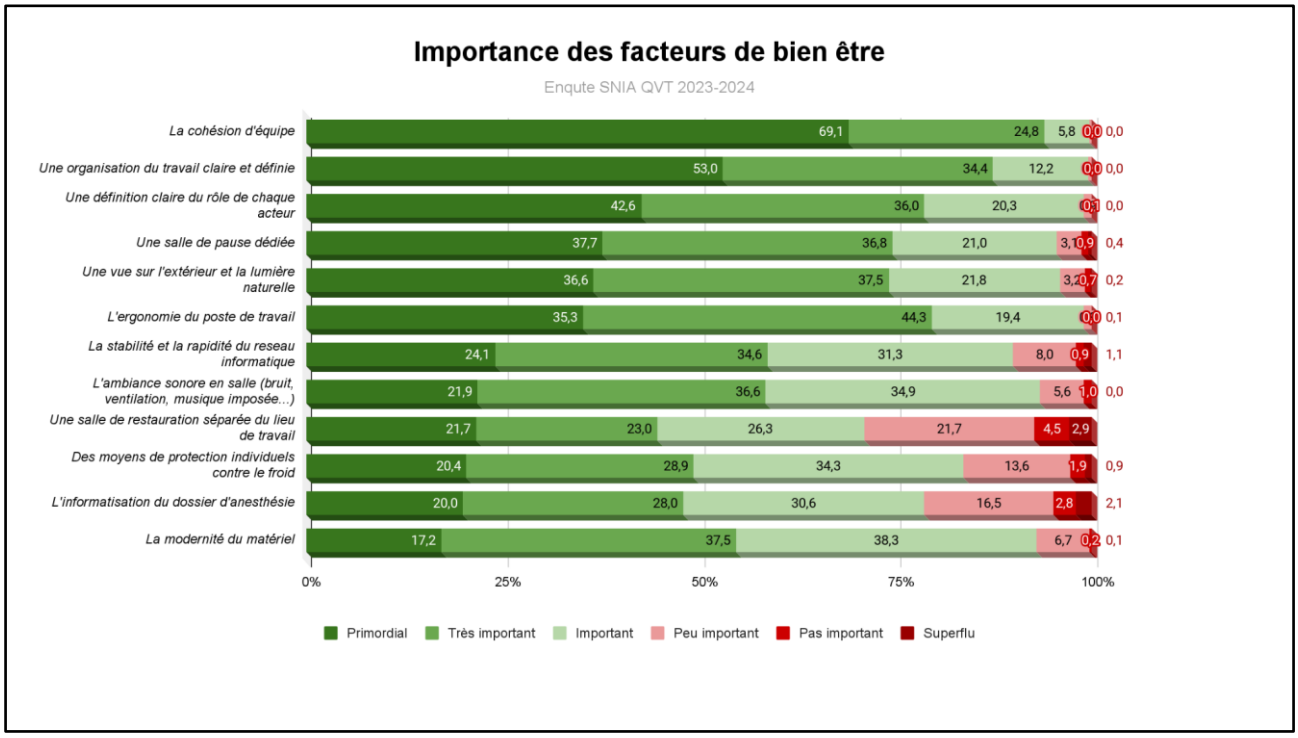
Globalement, les IADE sont peu rappelés sur leurs jours de repos. Les catégories les plus rappelées sont les IADE effectuant des gardes et exerçant en temps partiel. Il s'agit là de deux catégories ayant le plus de repos compensateurs vis-à-vis de leur temps partiel ou de leurs gardes de 12h ou 24h. Seraient-ils une variable d'ajustement en ressources humaines ? Cette hypothèse expliquerait également les facteurs de qualité de vie au travail plus dégradés dans ces différentes catégories d'IADE.

7. Les facteurs de bien-être

7.1 L'importance des facteurs de bien-être

L'échantillon a été interrogé sur son niveau d'accord sur une suggestion de facteurs de bien-être.

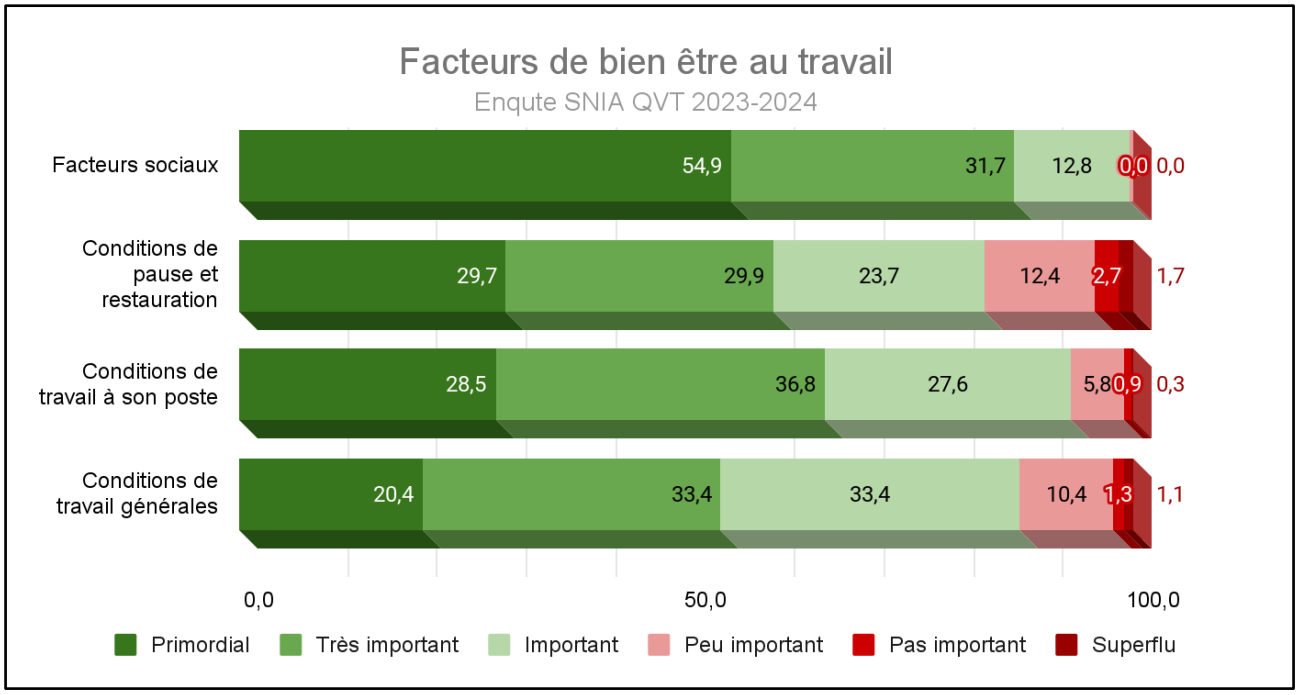
Ce niveau d'accord a été recueilli sur une échelle de Likert à six niveaux allant de "superflu" à "primordial".


Importance des facteurs de bien être
Enqute SNIA QVT 2023-2024
La cohésion d'équipe 69,1 24,8 5,8 0,0 0,0
Une organisation du travail claire et définie 53,0 34,4 12,2 0,0 0,0
Une définition claire du rôle de chaque acteur 42,6 36,0 20,3 0,1 0,0
Une salle de pause dédiée 37,7 36,8 21,0 3,1 0,9 0,4
Une vue sur l'extérieur et la lumière naturelle 36,6 37,5 21,8 3,2 0,7 0,2
L'ergonomie du poste de travail 35,3 44,3 19,4 0,0 0,1
La stabilité et la rapidité du reseau informatique 24,1 34,6 31,3 8,0 0,9 1,1
L'ambiance sonore en salle (bruit, ventilation, musique imposée...) 21,9 36,6 34,9 5,6 1,0 0,0
Une salle de restauration séparée du lieu de travail 21,7 23,0 26,3 21,7 4,5 2,9
Des moyens de protection individuels contre le froid 20,4 28,9 34,3 13,6 1,9 0,9
L'informatisation du dossier d'anesthésie 20,0 28,0 30,6 16,5 2,8 2,1
La modernité du matériel 17,2 37,5 38,3 6,7 0,2 0,1
0% 25% 50% 75% 100%
Primordial
Très important
Important
Peu important
Pas important
Superflu


lumière naturelle
modernité du matériel
protection contre le froid
vue extérieure
ambiance sonore
cohésion d'équipe
ergonomie
salle de pause
salle de restauration
salle de restauration séparée
organisation du travail claire
réseau internet
informatisation

Nous avons, pour plus de lisibilité, divisé les éléments comme facteurs importants au bien-être des IADE en 4 catégories :

- **facteurs sociaux et organisationnels :** cohésion d'équipe, une organisation claire et définie, une définition claire du rôle de chaque acteur,
- **conditions de pause et de restauration :** salles de pause et de restauration dédiées,
- **conditions de travail sur son poste :** luminosité et lumière extérieure, ergonomie du poste de travail, ambiance sonore, moyens de protection contre le froid,
- **conditions de travail générales :** réseau internet, modernisation du matériel, informatisation du dossier patient.



Les **facteurs sociaux ou organisationnels** sont des facteurs primordiaux au bien-être des IADE et notamment la **cohésion d'équipe** qui est primordiale pour presque 70% des IADE.

Les trois éléments de cette catégorie, même pris individuellement, sont les plus importants pour les IADE. Ces facteurs permettent de développer et de réaliser son travail dans de bonnes conditions.

Les **conditions de travail** de son environnement arrivent ensuite avec une accentuation mise sur l'ergonomie du poste de travail.

Le fond sonore, la luminosité, les protections individuelles contre le froid sont autant de facteurs qui parlent aux IADE et qui peuvent avoir un impact direct sur la fatigabilité.

Suivent les **conditions de travail de manière générale** avec une certaine équité entre la fiabilité et la rapidité du réseau informatique et l'informatisation du dossier d'anesthésie, la modernité du matériel étant un facteur moins important de bien-être au travail.

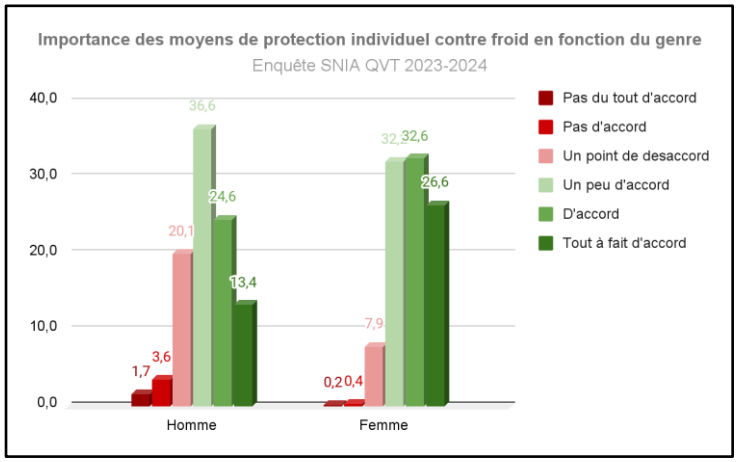
Les éléments qui concernent **les pauses et les repas** sont des facteurs de bien-être, principalement pour la salle de pause dédiée (37%) au contraire de la salle de restauration séparée du bloc qui est un facteur moins important pour les IADE.

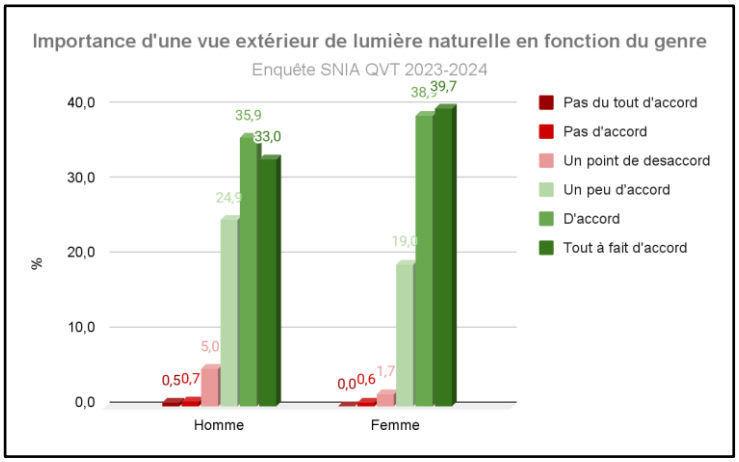
7.2 Analyse comparative de l'échantillon

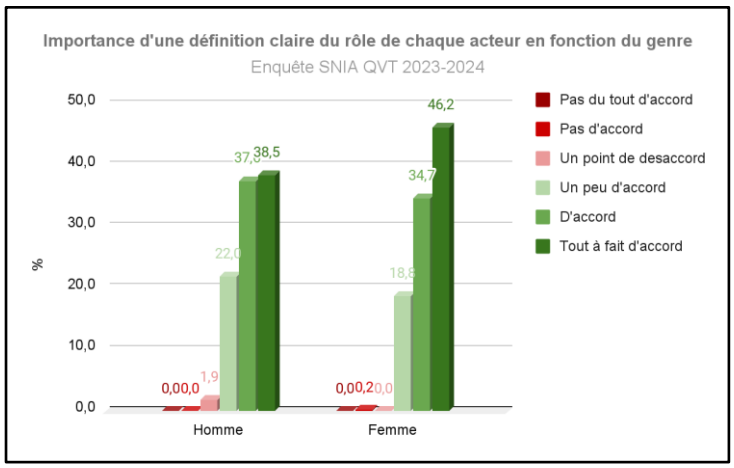
Il n'y a pas de différence significative selon les régions d'exercice, les fonctions d'encadrement, les IADE ayant un encadrement issu de la filière IDE, IADE, le statut de l'employeur.

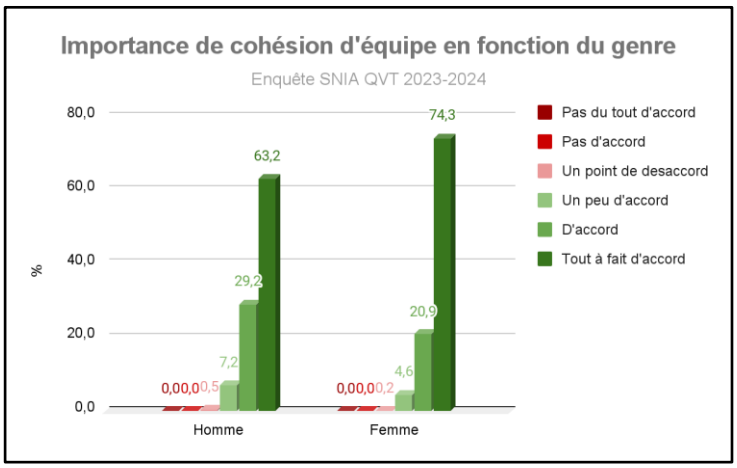
7.2.1 Facteurs de bien-être et genre

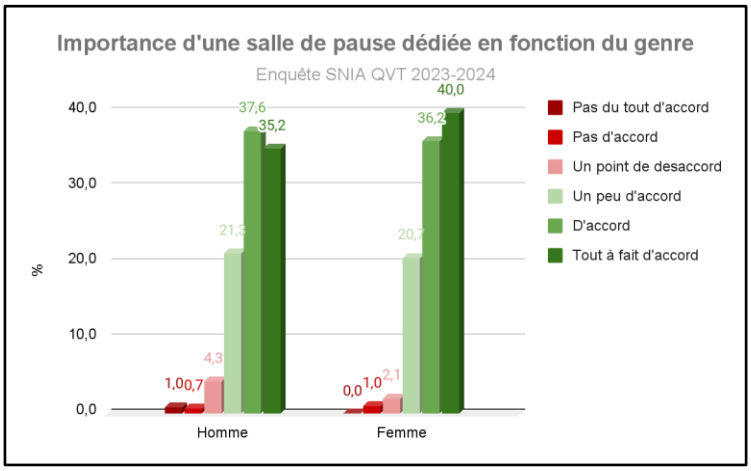
Les femmes donnent plus d'importance que les hommes à différents facteurs de bien être : **la vue extérieure et la lumière naturelle** (p<0,001, m hommes=4,94, m femmes=5,15), **les moyens de protection individuel contre le froid** (p<0,001,m hommes=4,19, m femmes=4,76), **l'ambiance sonore en salle** (p= 0,001,m hommes=4,62, m femmes=4,82), **une organisation de travail claire et définie** (p = 0,015,m hommes=5,34, m femmes=5,45), **une définition claire du rôle de chaque acteu**r (p=0,008,m hommes=5,13, m femmes=5,27), une **cohésion d'équipe** (p<0,001,m hommes=5,55, m femmes=5,69) et dans une moindre mesure **une salle de pause dédiée** (p = 0,043,m hommes=4,99, m femmes=5,12).

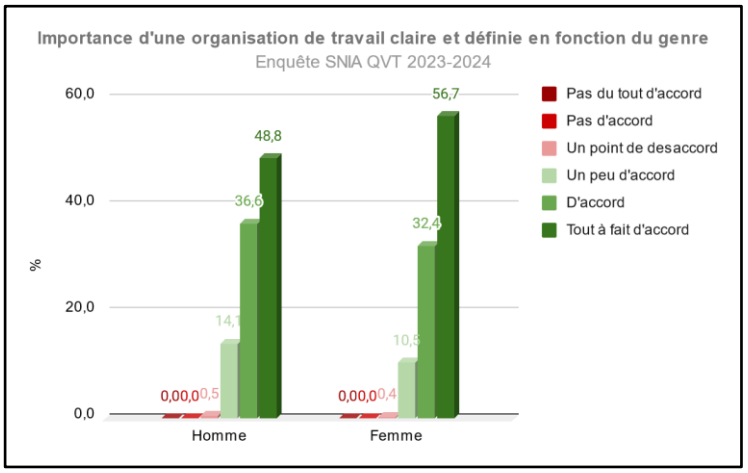












7.2.2. Facteurs de bien-être et âge

Plus l'IADE est âgé, plus une **définition claire du rôle de chaque acteur du bloc opératoire** est un élément de bien-être important (p<0,001, r<0,2).

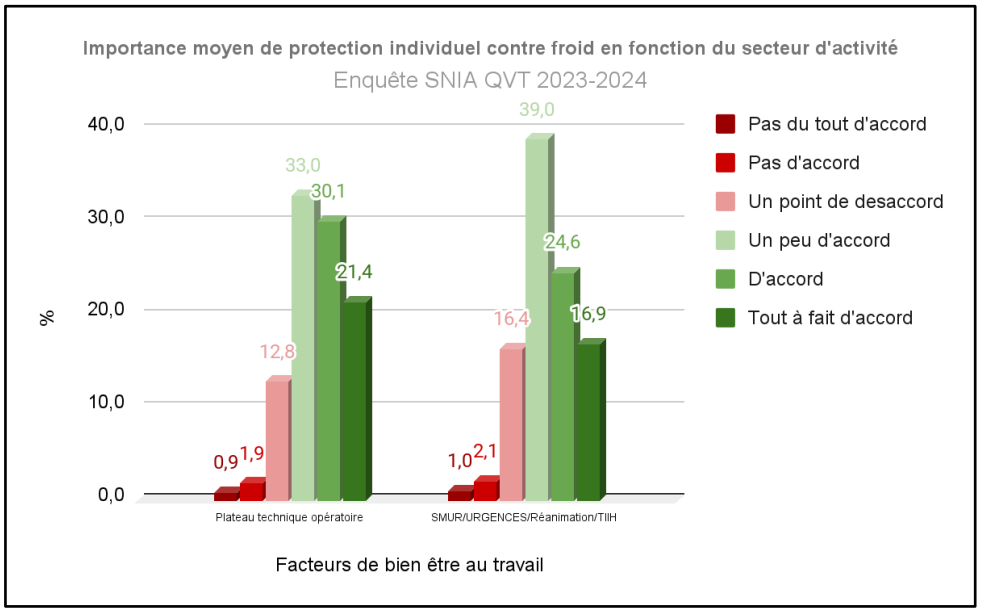
Inversement, la **salle de pause dédiée** est un élément qui décroît en importance en même temps que l'âge augmente (p=0,033, r<0,2).

7.2.3 Facteurs de bien-être et ancienneté diplôme

Il existe une corrélation positive entre l'importance de la **définition claire de chaque acteu**r (p=0,021, r<0,2) et l'ancienneté dans la profession.

7.2.4 Facteurs de bien-être et secteur d'activité

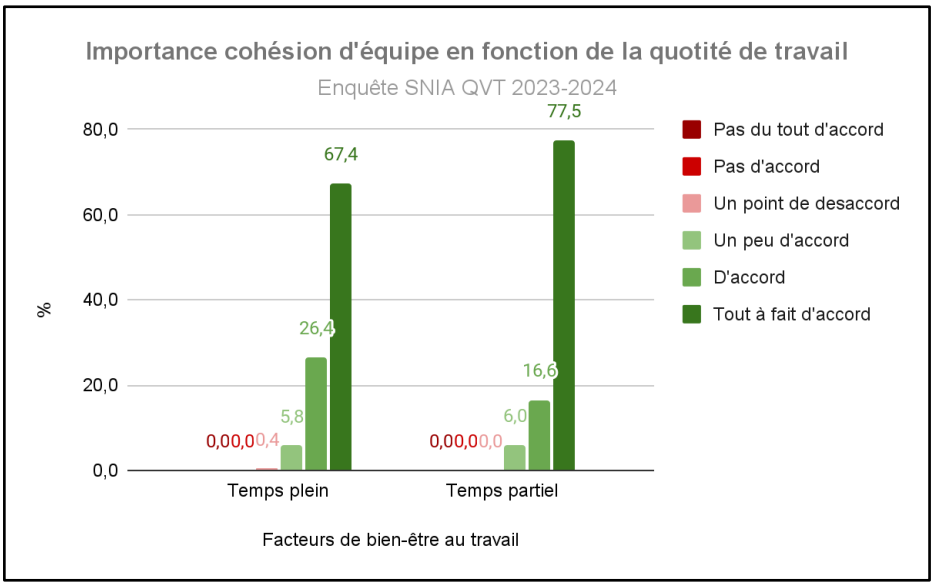
Les IADE travaillant dans les secteurs de blocs opératoires donnent plus d'importance **aux moyens de protection contre le froid** que ceux exerçant dans les autres secteurs (les SMUR, urgences, réanimation). (p = 0,030, m SMUR/…=4,35, m plateaux techniques=4,54). Cela peut s'expliquer par les conditions de travail et les faibles températures des blocs opératoires.



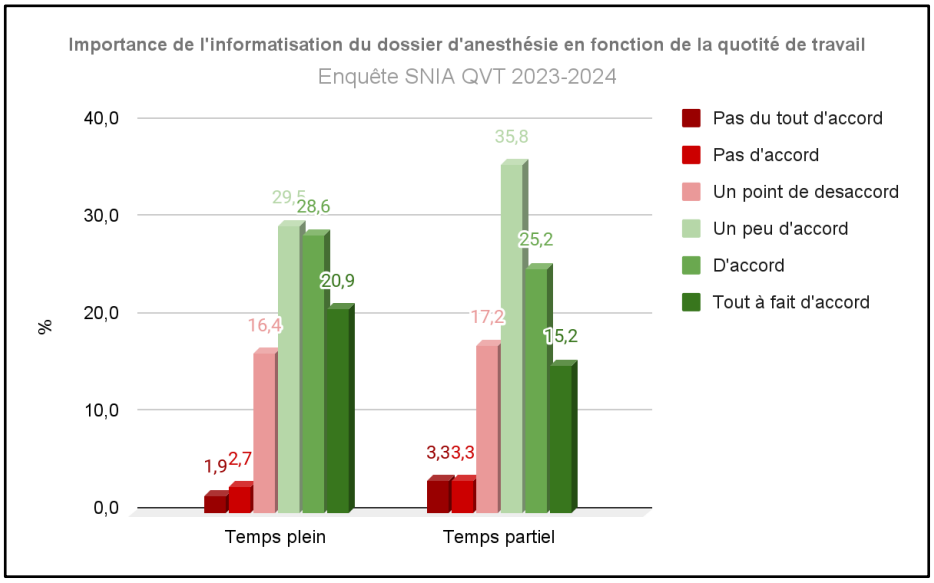
7.2.5 Facteurs de bien-être / quotité de temps et mode de travail

7.2.5.1 Temps partiel

Les IADE en temps partiel accordent plus d'importance **aux moyens de protection individuelle contre le froid** que les autres IADE (p = 0,007, m temps partiel=4,70, m temps plein=4,46) ainsi qu'à **la cohésion d'équipe** (p = 0,039, m temps partiels=5,72, m temps plein=5,61).

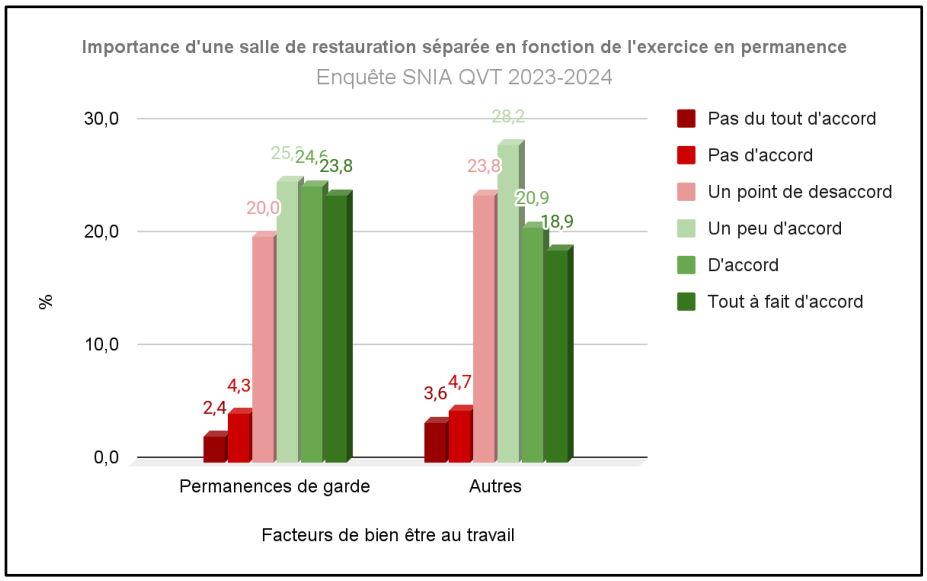


À l'inverse, ils accordent légèrement moins d'importance à l'**informatisation du dossier** (p = 0,047, m temps partiels=4,22, m temps plein=4,43).



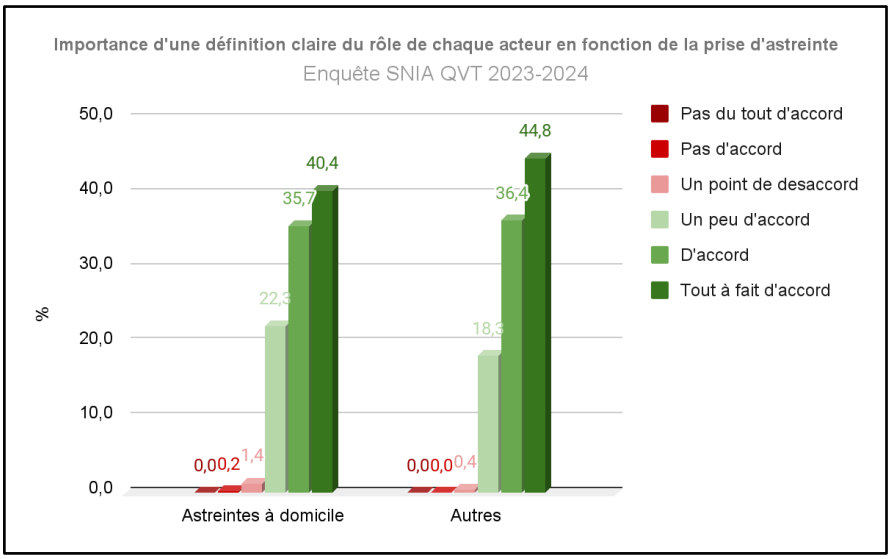
7.2.5.2 Permanences de gardes

La salle de restauration séparée est un facteur de bien-être plus important chez les IADE exerçant en garde (p = 0,014, m permanences de gardes=4,36, m autres=4,15).



7.2.5.3 Astreintes à domicile

Une définition claire du rôle de chaque acteur est plus importante pour les IADE ne pratiquant pas d'astreinte à domicile (p= 0,040, m astreintes=5,15, m autres=5,26).



7.2.5.4 Heures supplémentaires

L'importance d'une définition claire du rôle de chaque acteur du bloc opératoire est corrélée positivement avec le nombre d'heures supplémentaires (p=0,031, r<0,2).

Plus l'IADE effectue d'heures supplémentaires, plus **une définition claire du rôle de chaque acteur du bloc opératoire** peut sembler importante.

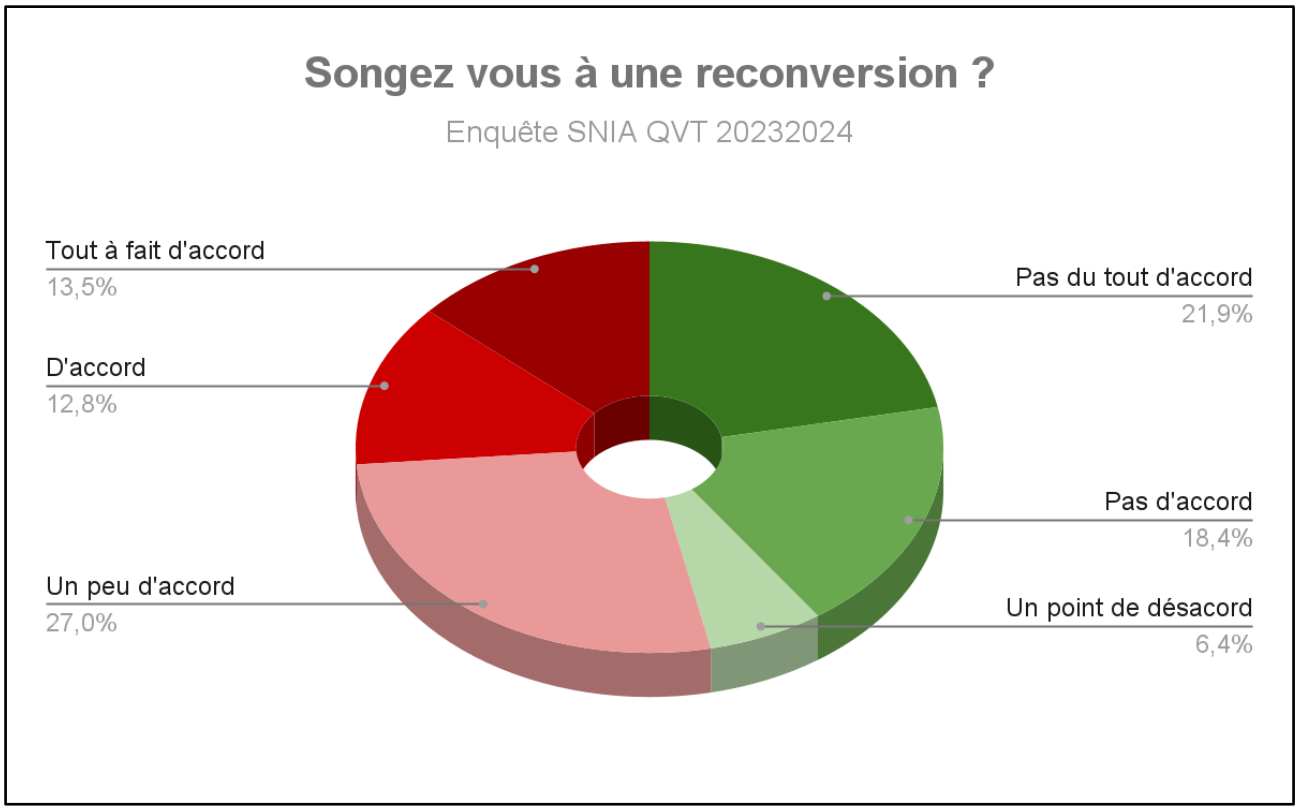
Renforcer la cohésion d'équipe apparaît comme l'un des principaux leviers pour promouvoir le bien-être des Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État (IADE) sur leur lieu de travail. Les améliorations des facteurs organisationnels contribuent significativement à leur efficacité professionnelle.

Par ailleurs, les conditions de travail, notamment l'environnement dans lequel ils exercent, jouent un rôle crucial dans la gestion de leur fatigue. Il est remarquable de constater que les femmes accordent une plus grande importance aux facteurs organisationnels et aux conditions de travail au sein de leur environnement professionnel.

En somme, investir dans une cohésion d'équipe solide et dans des améliorations des conditions de travail constitue une stratégie essentielle pour soutenir le bien-être des IADE et optimiser leur performance professionnelle.

8. Reconversion professionnelle

8.1 Songez-vous à une reconversion ?



26,3% des IADE interrogés envisagent une reconversion professionnelle dans l'avenir. Si on ajoute les 27 % des IADE un peu d'accord, cela revient à dire que **+ de 50% des IADE ont eu l'idée ou ont l'idée de quitter leur activité professionnelle** en tant qu'IADE.

Dans le cadre de cette enquête, nous ne pouvons déterminer si ce changement d'activité est envisagé dans une évolution de carrière ou dans un milieu professionnel complètement différent.

En 2011, 81% des IADE interrogés ne l'envisageaient pas " *pour l'instant*" ou "*peut-être plus tard*". La profession d'infirmière-anesthésiste offrait une grande stabilité de parcours de carrière, comme en témoignait la répartition des âges au sein de la profession.

Douze ans plus tard, cette stabilité n'est plus aussi vraie. Comme dans le milieu de la santé en général, les reconversions chez les IADE semblent devenir plus nombreuses.

Une bonne qualité de vie au travail favorise notamment une meilleure fidélisation du personnel.

D'après un récent rapport de la DREES[24], c'est plus d'un infirmier sur deux qui aura quitté ses fonctions hospitalières dans les dix années qui suivent sa diplomation, quant aux agents en poste, 72% font preuve de lassitude et 85% estiment que les conditions de travail dans l'ère post covid allaient de mal en pis !

Les IADE n'échappent pas à ce constat inquiétant.

8.2 Analyse comparative de l'échantillon

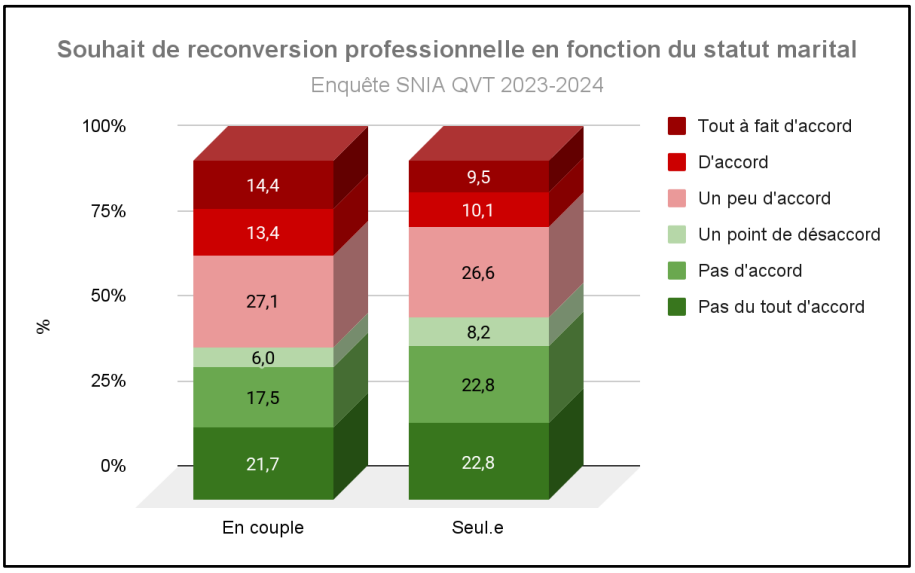
Il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes, les régions, le secteur d'activité, la permanence des gardes, le nombre d'heures supplémentaires, la situation parentale, le statut de l'employeur ou les astreintes.

8.2.1 Reconversion professionnelle / âge et ancienneté du diplôme

Plus les IADE sont âgés ($p<0,001$, $r<0,2$) et ont une ancienneté de diplôme ($p<0,001$, $r<0,2$), moins ils songent à une reconversion professionnelle.

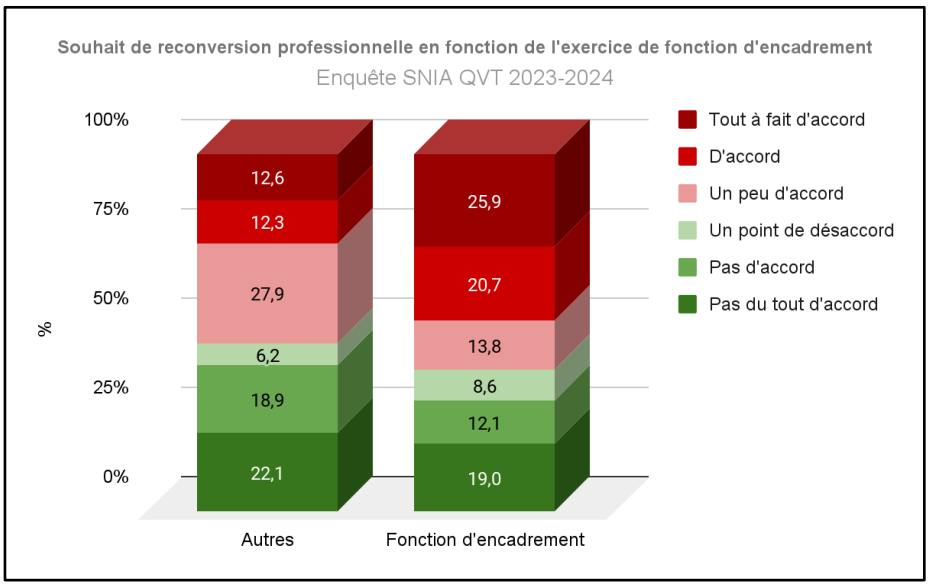
8.2.2 Reconversion professionnelle et situation familiale

Les IADE songent plus à une reconversion professionnelle dès lors qu'ils sont en couple avec ou sans enfant ($p=0,045$, m couple=3,36,m seul=3,07).



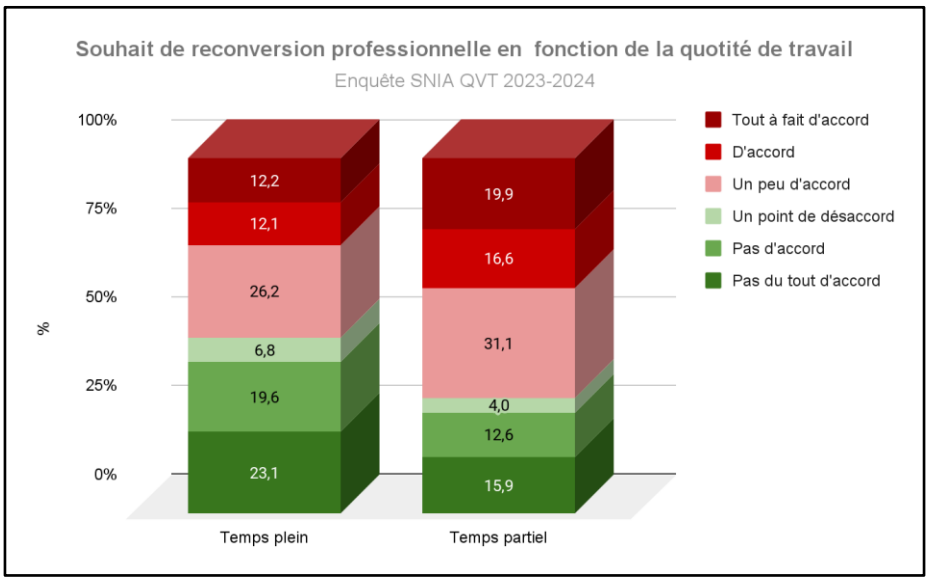
24https://www.infirmiers.com/aides-soignants-ap/actualites/pres-dune-infirmiere-sur-deux-quitte-lhopital-apres-dix-ans-de-carriere

8.2.3 Reconversion professionnelle et fonction d'encadrement



Les IADE ayant une fonction d'encadrement songent plus à une reconversion professionnelle (p=0,033, m fonction encadrement=3,83, m autres=3,27).

8.2.4. Reconversion professionnelle et quotité de temps de travail



Les IADE en temps partiel songent plus à une reconversion professionnelle que les IADE exerçant à temps plein (p<0,001, m temps plein=3,21, m temps partiel=3,79).

8.2.5 Reconversion professionnelle et vécu d'expériences humiliantes

La fréquence du vécu d'expériences humiliantes et/ou de propos vexatoires est corrélée positivement avec le fait de songer à une reconversion professionnelle (p<0,001, r=0,336).

Optimiser la qualité de vie au travail revêt une importance capitale pour favoriser la fidélisation du personnel. Lorsque les employés évoluent dans un environnement professionnel où ils se sentent épanouis, leur propension à rester au sein de l'organisation est nettement accrue.

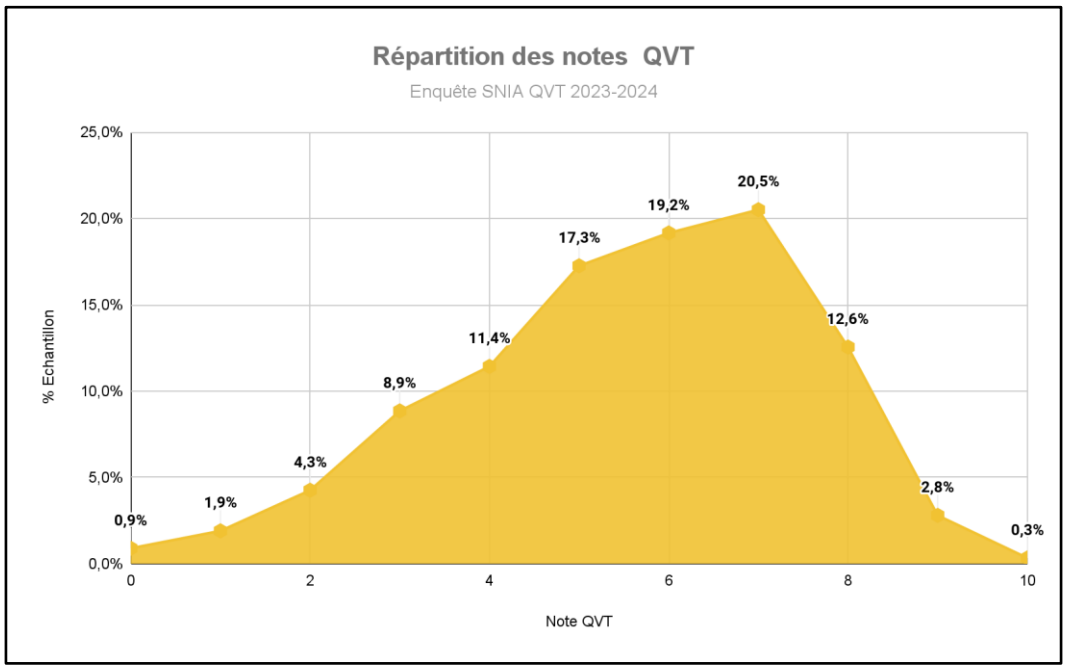
Cependant, le constat est préoccupant parmi les Infirmiers-Anesthésistes Diplômés d'État, avec un quart d'entre eux envisageant une reconversion professionnelle.

Ce taux est particulièrement élevé chez les IADE travaillant à temps partiel, ceux ayant été confrontés à des situations humiliantes, ainsi que ceux occupant des fonctions d'encadrement.

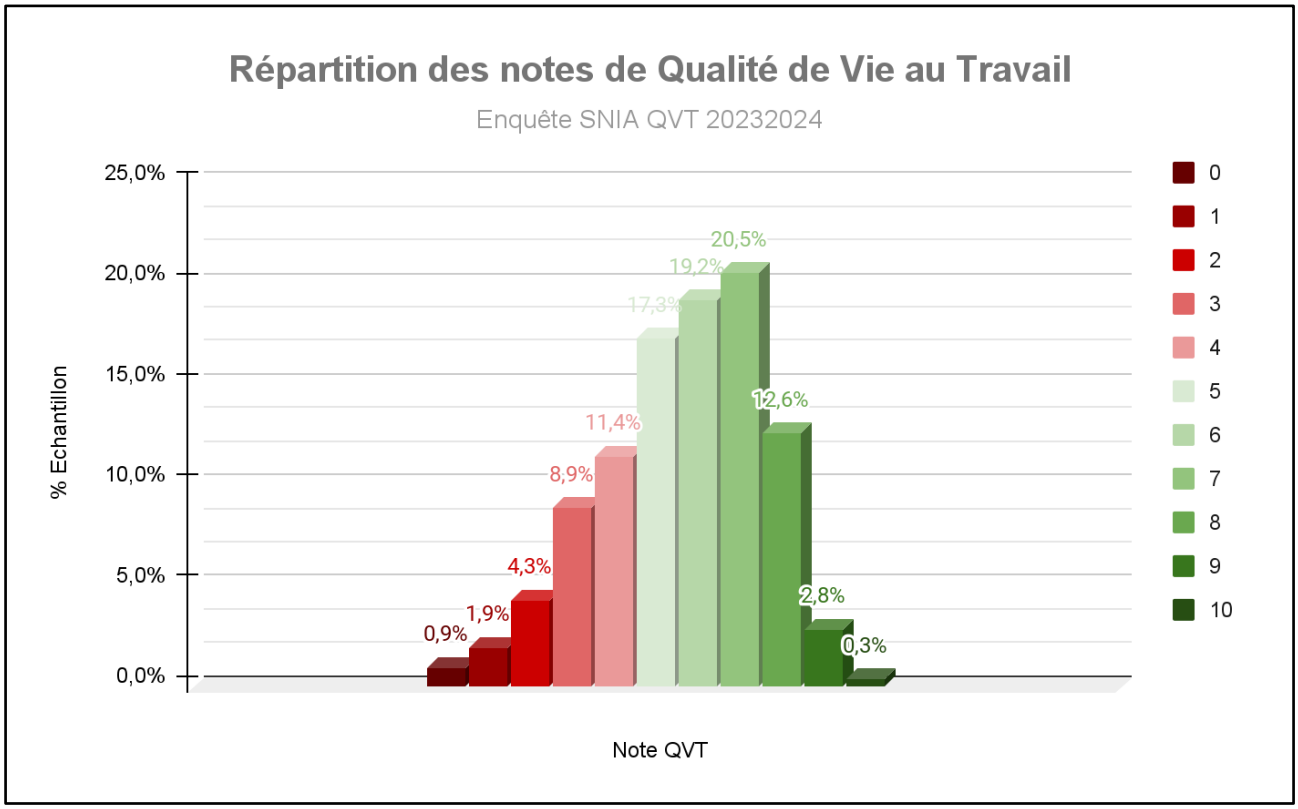
9. Note de Qualité de Vie au Travail

9.1 Évaluation de la QVT

Nous avons demandé aux IADE de noter sur une note allant de 0 à 10 leur qualité de vie au travail, 0 étant la pire et 10 la meilleure qualité de vie au travail.



La moyenne est de **5,57**. Elle se situe en dessous de celle trouvée dans la plupart des enquêtes nationales[25].



9.2. Analyse comparative de l'échantillon

Il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes, les régions, le secteur d'activité, la permanence des gardes, le nombre d'heures supplémentaires, la situation parentale, la fonction d'encadrement et le travail en temps partiel.

9.2.1 Note QVT et reconversion

Plus la note de QVT donnée par l'IADE est basse, plus l'IADE pense à une reconversion professionnelle ($p<0,001$, $r= -0,406$).

9.2.2 Note QVT et vécu d'expériences humiliantes

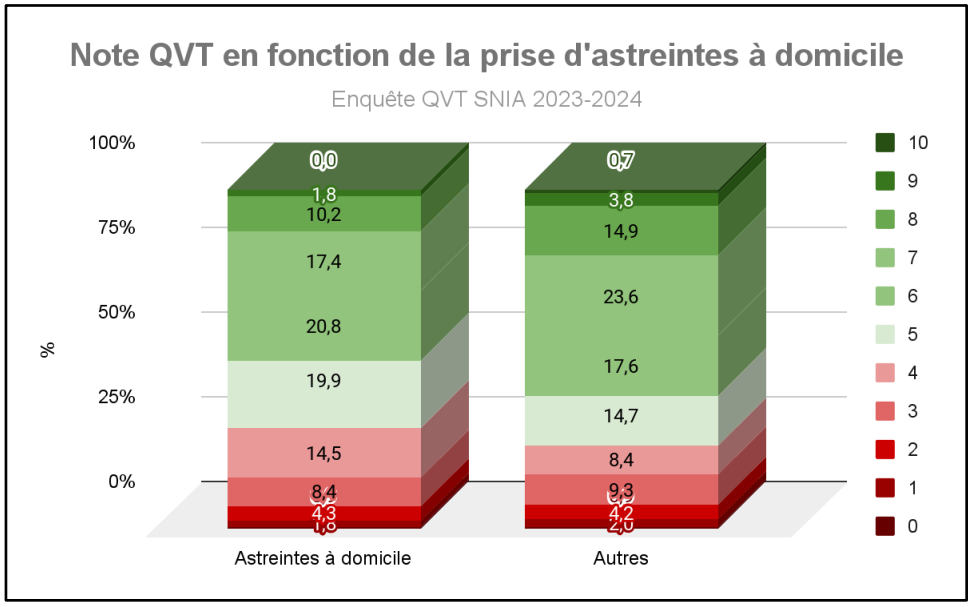
25 https://www.lefigaro.fr/vie-bureau/2013/06/10/09008-20130610ARTFIG00587-pour-7-salaries-sur-dix-la-qualite-de-vie-au-travail-se-degrade.php

La fréquence du vécu d'expériences humiliantes et/ou de propos vexatoires est corrélée négativement avec la note QVT (p<0,001, r= -0,404).

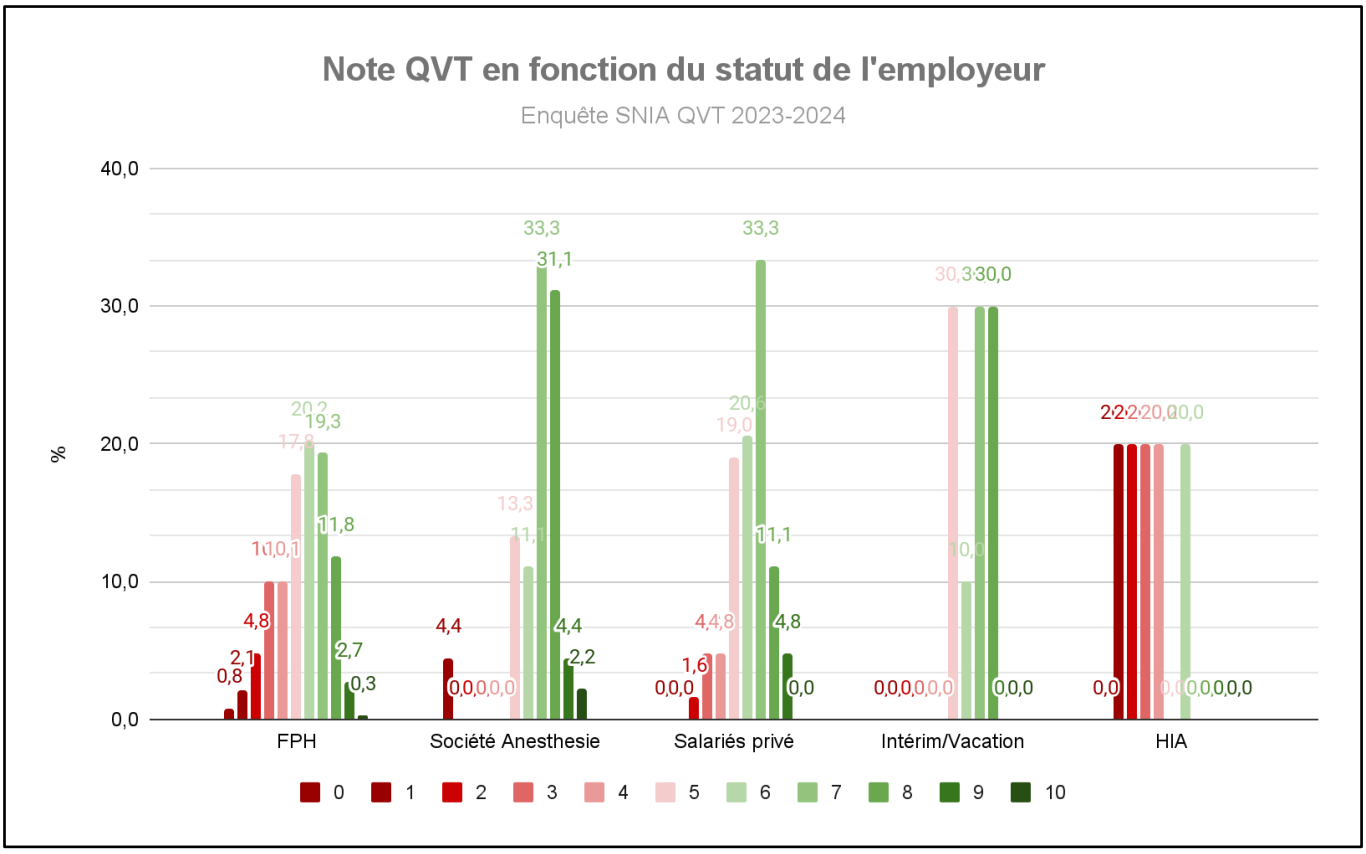
Plus les IADE sont confrontés à ce genre de situations, plus la note de QVT est basse.

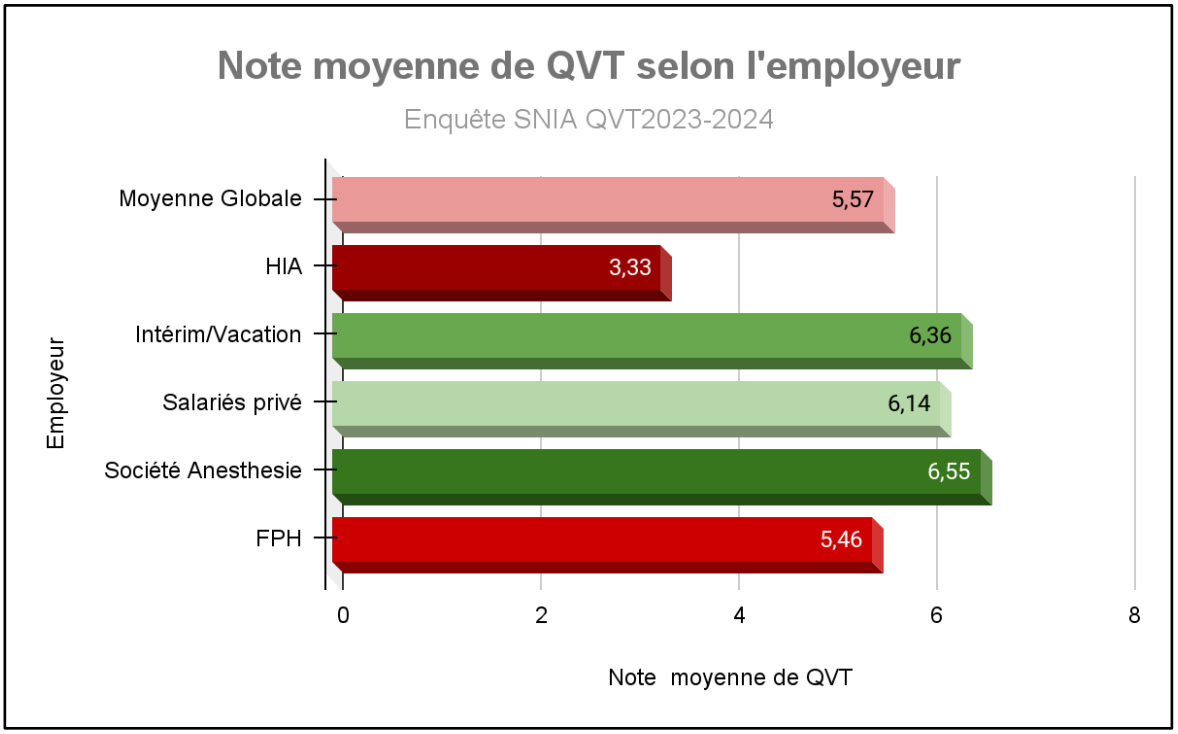
9.2.3 Note QVT et astreintes

Les IADE pratiquant des astreintes à domicile attribuent une note QVT plus faible que les IADE n'en pratiquant pas (p=0,003, m astreintes à domicile=5,38, m autre=5,76).



9.2.4 Note QVT et statut de l'employeur





Les notes moyennes de QVT attribuées par les IADE **salariés des sociétés d'anesthésie** (m=6,55, p= 0,001) et de ceux **salariés du secteur privé** (m=6,14, p=0,048) sont significativement supérieures à la moyenne des notes QVT des IADE de la Fonction Publique Hospitalière (m=5,46).

La note moyenne attribuée par les IADE des hôpitaux des armées est de 3,3, ce qui fait la moyenne la plus basse des employeurs. Le manque d'effectifs répondants ne nous permet pas de tirer des conclusions.

La note moyenne attribuée par les infirmiers-anesthésistes pour évaluer leur qualité de vie au travail est de 5,57, ce qui indique une qualité de vie au travail moyenne.

Nous commençons à identifier certains facteurs susceptibles d'avoir une influence négative sur cette évaluation. Il est à souligner, une fois de plus, que la note est nettement plus élevée chez les IADE travaillant dans le secteur privé.

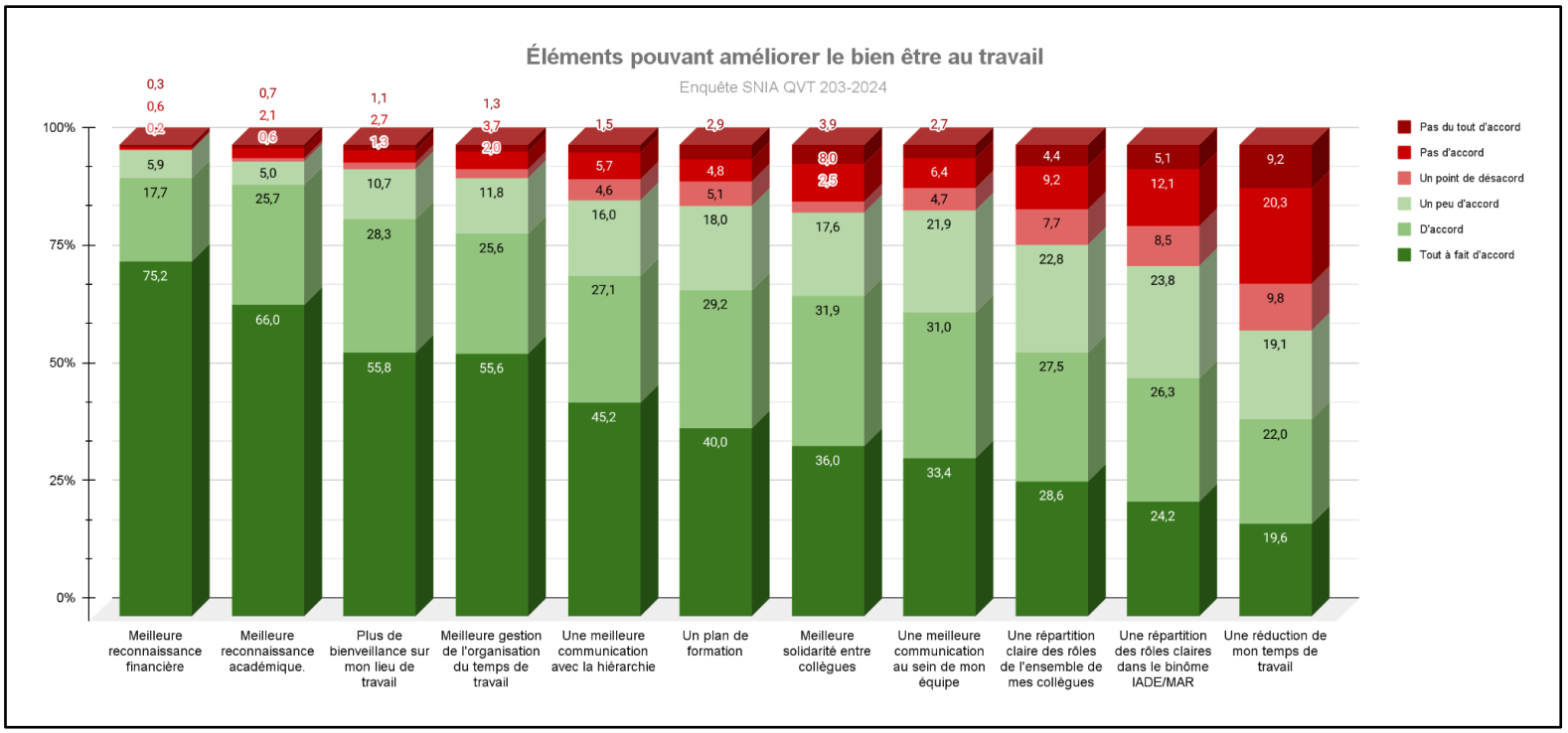
10. Améliorer le bien-être au travail

Ce chapitre est évidemment l'occasion de pointer des axes précis d'amélioration de la qualité de vie au travail chez les IADE.

10.1 Éléments pouvant améliorer le bien-être au travail

L'échantillon a été interrogé sur son niveau d'accord sur une suggestion d'éléments pouvant améliorer le bien-être au travail.

Ce niveau d'accord a été recueilli sur une échelle de Likert à six niveaux allant de" pas du tout d'accord" à "tout à fait d'accord".



Les IADE s'accordent à 90% sur la **reconnaissance financière** comme facteur d'amélioration de leur bien-être.

Depuis le « Ségur de la Santé » et l'harmonisation des grilles indiciaires dans la Fonction publique hospitalière (FPH), les Infirmiers-anesthésistes diplômés d'État, longtemps considérés comme les paramédicaux les "moins mal rémunérés", ont vu leurs traitements alignés sur ceux des autres spécialités. En réalité, ce sont les autres spécialités (IBODE, IPDE, IPA) qui ont bénéficié d'un alignement de leurs grilles sur celle des IADE.

Les diverses primes accordées aux paramédicaux de soins critiques et aux urgences (dont la majorité des IADE a été exclue) tendent à réduire l'écart salarial entre IADE et autres professionnels

de santé, souvent moins qualifiés et avec moins de responsabilités. Le contexte inflationniste a évidemment accentué ce sentiment de déclassement.

De ce fait, il est logique que la **reconnaissance académique** suive immédiatement la reconnaissance financière en termes de priorité pour les IADE. Depuis 2012, malgré l'attribution du grade de Master à leur Diplôme d'État après une formation des plus exigeantes, les IADE peinent à obtenir une réelle reconnaissance universitaire. Le terme "faux master" est fréquemment utilisé par leurs détracteurs, ce qui nuit à leur crédibilité académique.

Les faibles gains salariaux lors des reclassements de carrière des nouveaux IADE diplômés de la fonction publique hospitalière, au moment de leur réintégration en service, accentuent le manque de considération pour les deux années de formation universitaire en termes de reconnaissance financière. Il est évident qu'il existe un parallèle entre ces deux axes d'amélioration et la demande de reconnaissance statutaire et de responsabilité au quotidien, revendications exprimées depuis des années. Déjà en 2011, cette demande de reconnaissance apparaissait clairement dans les enquêtes du SNIA.

Un des éléments clés pour améliorer le bien-être des IADE est la **bienveillance au travail.** Cela implique d'être attentif et compatissant envers ses collègues, de favoriser un environnement de travail positif et inclusif. La bienveillance peut se manifester par des comportements tels que l'écoute active, la reconnaissance des contributions des autres, et l'encouragement du développement professionnel et personnel.

Il n'est donc pas surprenant de voir que des éléments comme **une meilleure communication** et **un plan de formation** figurent parmi les axes d'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT). La bienveillance était déjà mentionnée dans l'enquête de 2011, mais avec une importance moindre. De même, **l'organisation du travail**, qui en 2023 apparaît en quatrième position dans l'ordre d'importance, est un autre élément crucial. Tous ces aspects seront précisés par les IADE eux-mêmes dans les réponses à la question ouverte.

Les fondements d'une reconnaissance institutionnelle et statutaire se manifestent clairement dans les aspects essentiels visant à améliorer le bien-être au travail : une reconnaissance financière accrue et une reconnaissance académique renforcée. Ce besoin revendicatif persiste depuis de nombreuses années et demeure constant dans toutes les enquêtes menées.

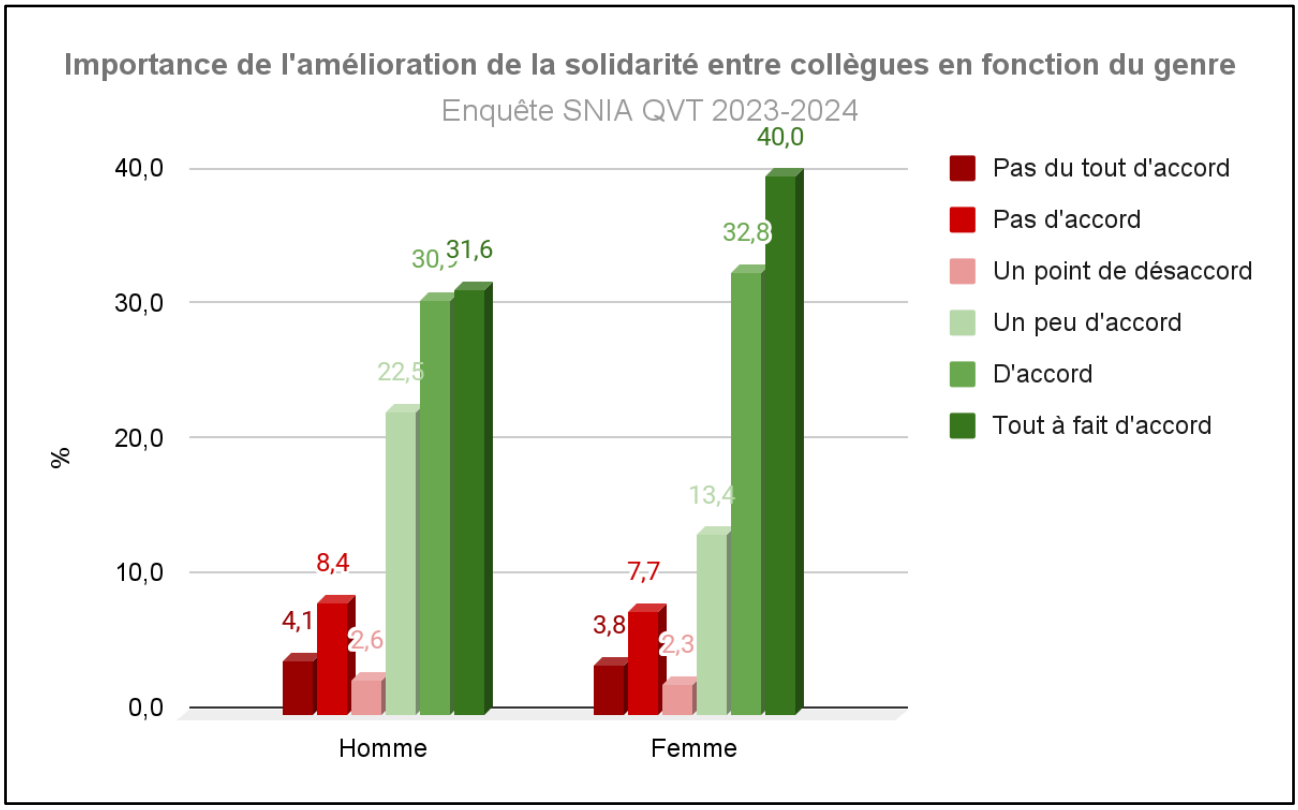
10.2 Analyse comparative de l'échantillon

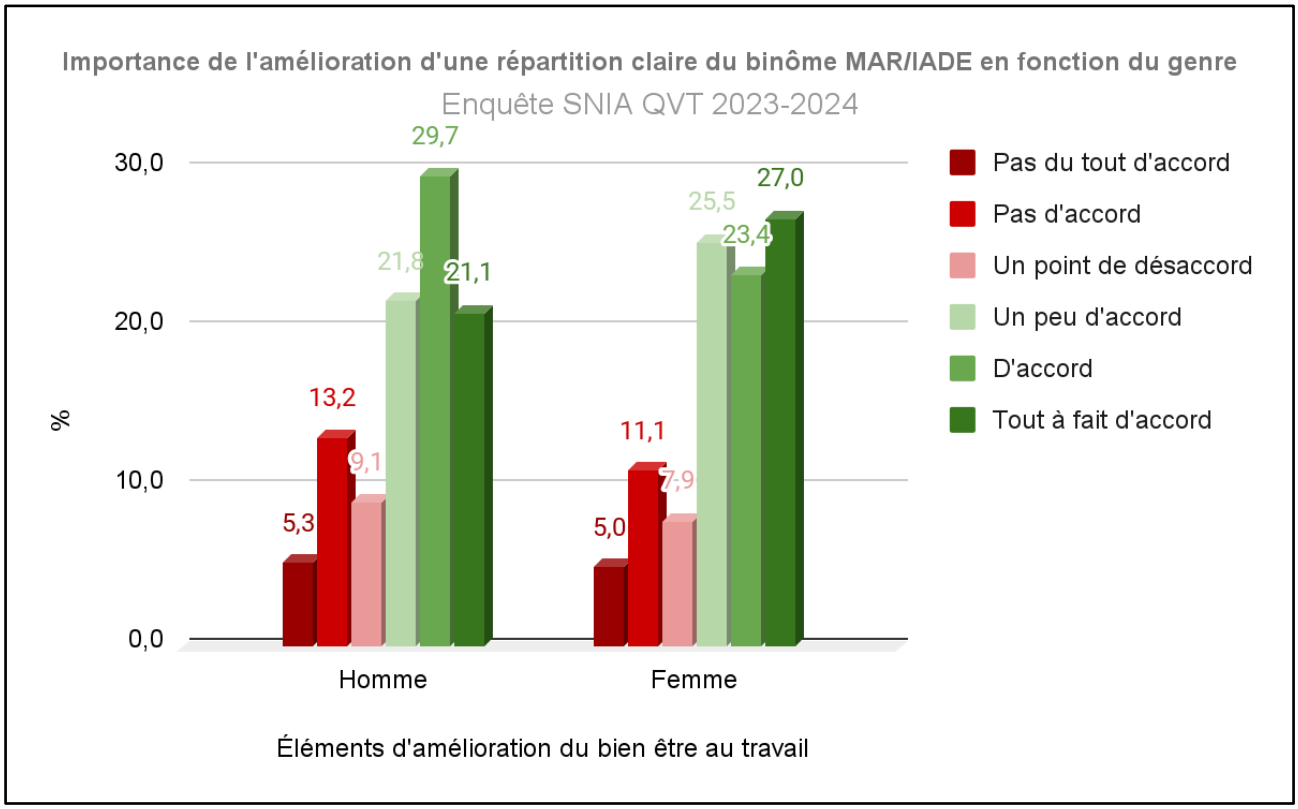
Il n'existe pas de différence significative sur les éléments pouvant améliorer le bien-être sur la situation maritale.

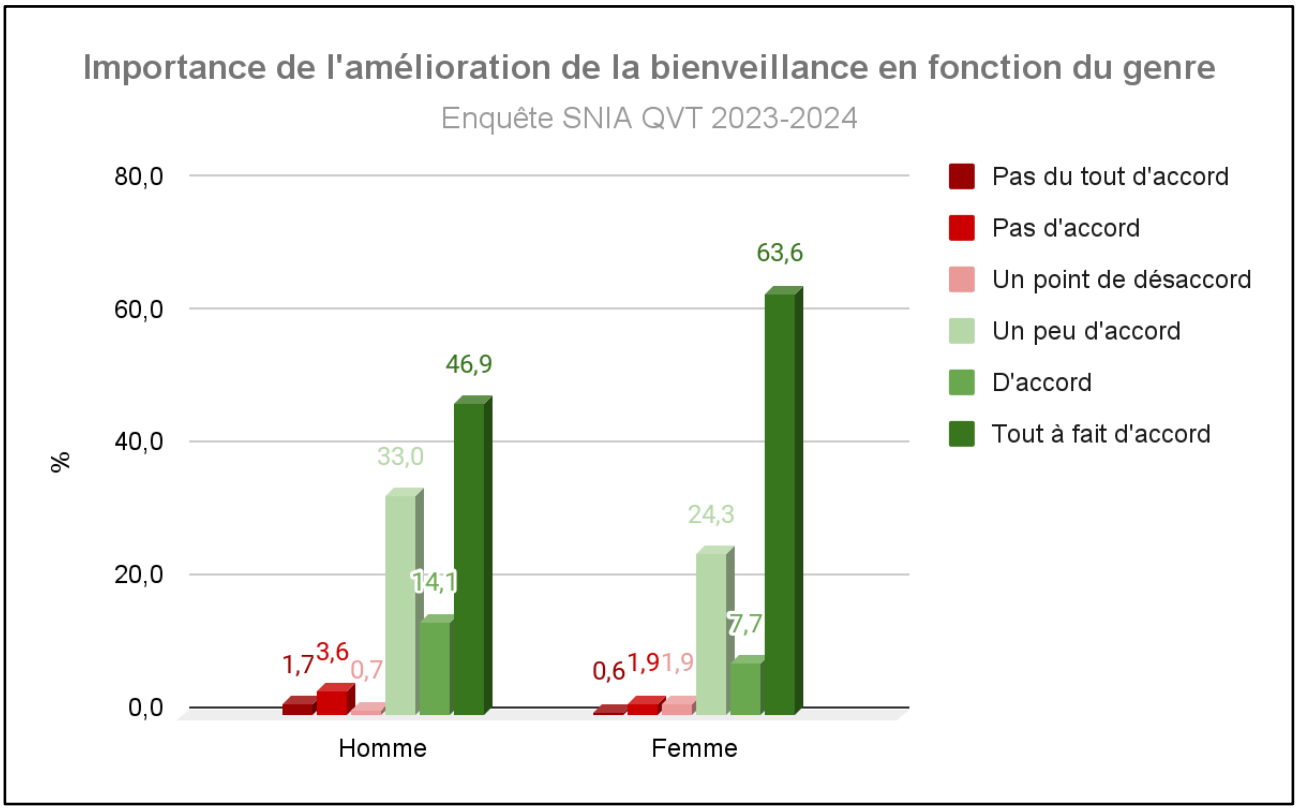
10.2.1 Éléments pouvant améliorer le bien-être et genre

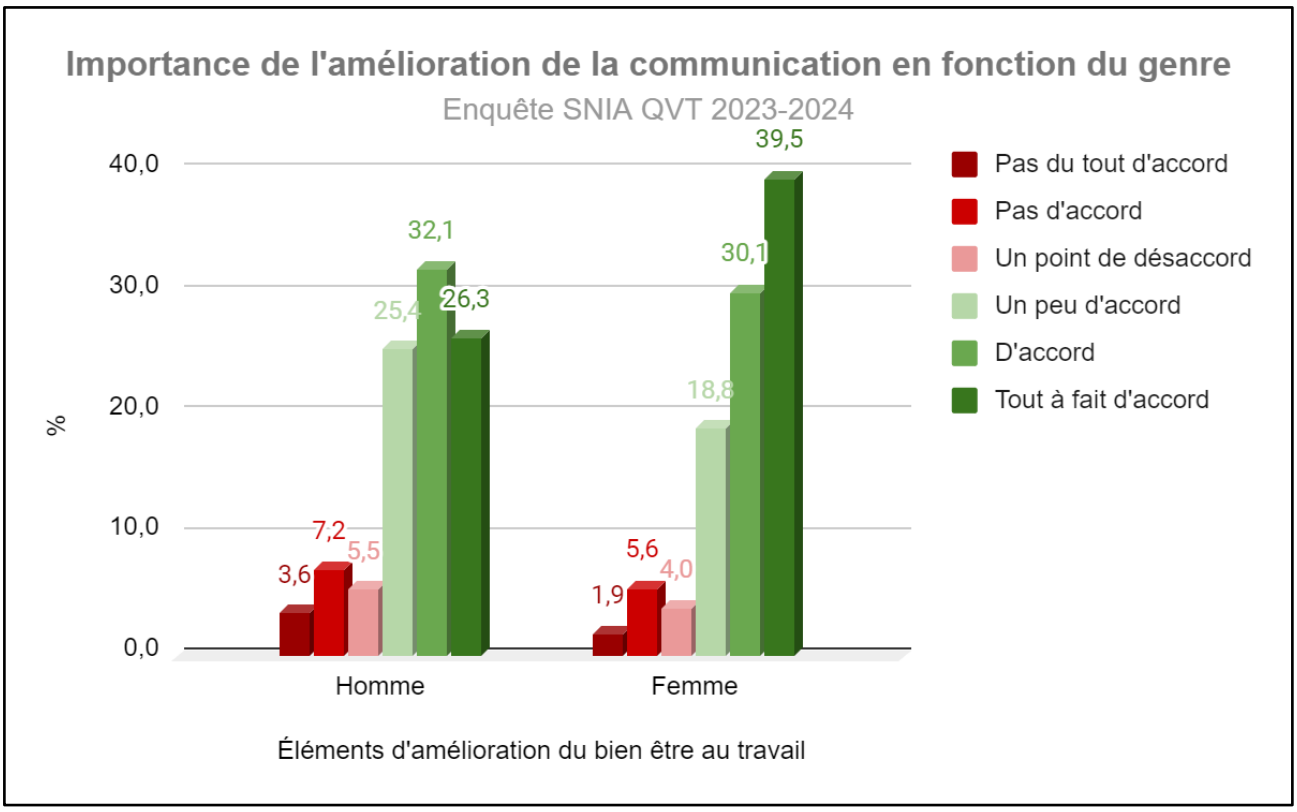
Les femmes pensent que ces éléments favorisent plus le bien-être au travail que les hommes :

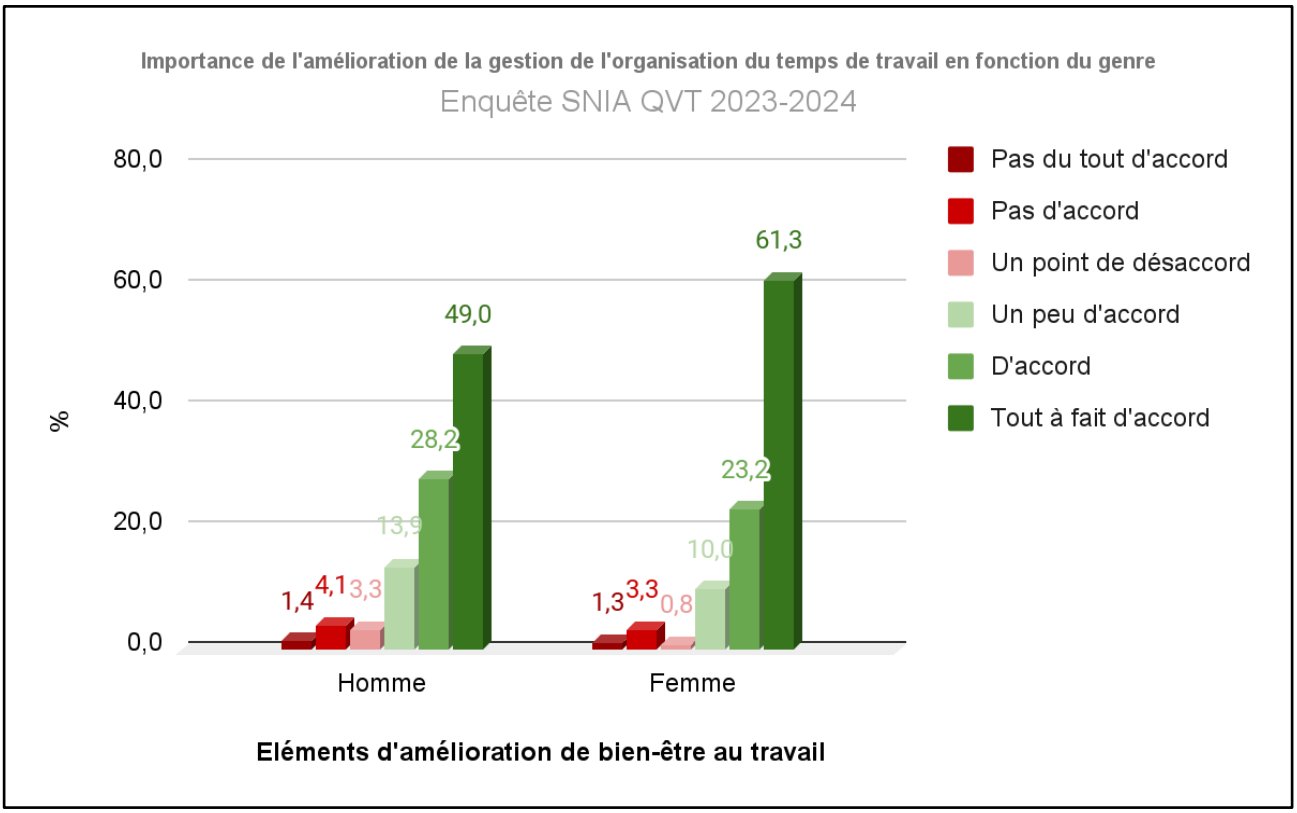
- **meilleure solidarité entre collègues** (p = 0,022, m homme=4,62 ,m femme=4,84),
- plus de **bienveillance** sur le lieu de travail (p<0,001,m homme=5,14 ,m femme=5,44),
- une **meilleure gestion de l'organisation de temps de travail** (p=0,001,m homme=5,11 ,m femme=5,34),
- une **meilleure communication au sein de leur équipe** (p<0,001,m homme=4,54 ,m femme=4,84),
- **une répartition des rôles claire de l'ensemble des collègues** (p =0,006,m homme=4,32 ,m femme=4,58).



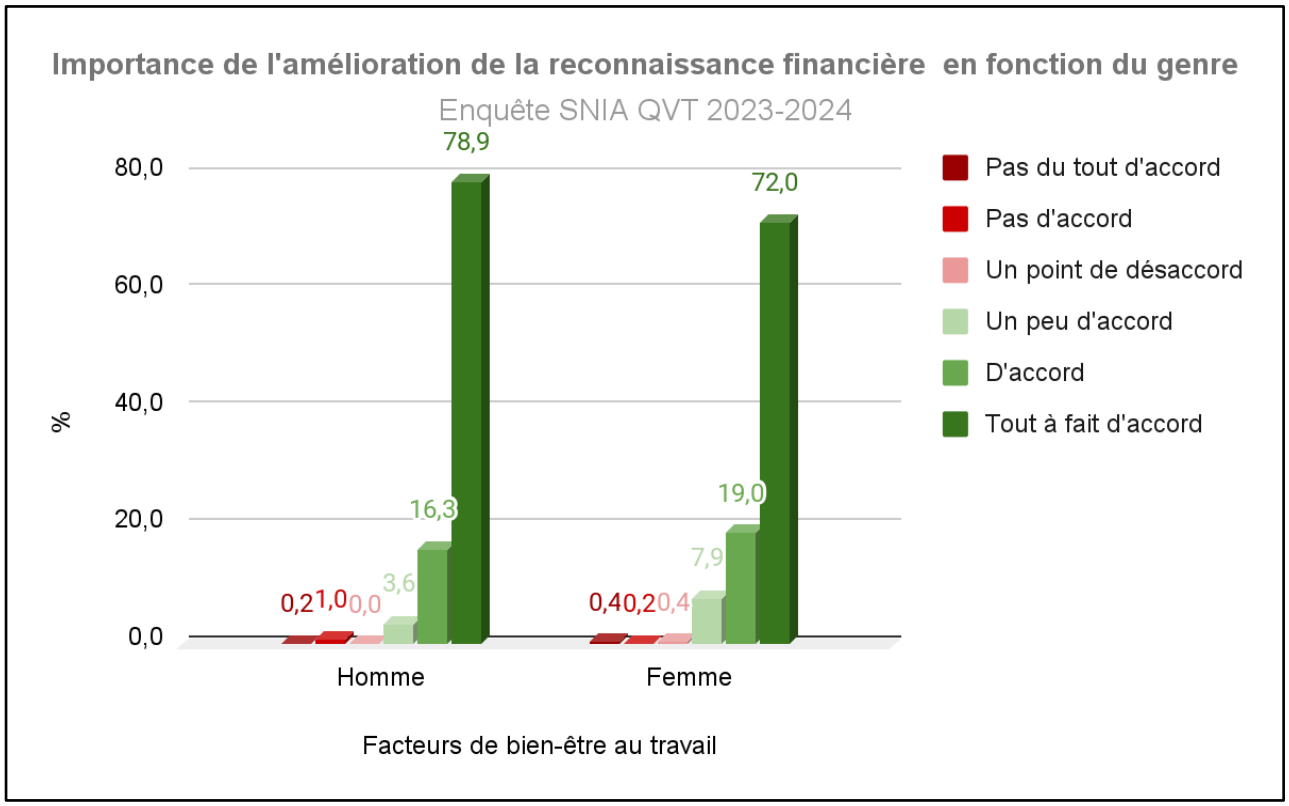

Importance de l'amélioration d'une répartition claire du binôme MAR/IADE en fonction du genre
Enquête SNIA QVT 2023-2024
30,0
20,0
10,0
0,0
%
5,3
13,2
9,1
21,8
29,7
21,1
5,0
11,1
7,9
25,5
23,4
27,0
Homme
Femme
Pas du tout d'accord
Pas d'accord
Un point de désaccord
Un peu d'accord
D'accord
Tout à fait d'accord
Éléments d'amélioration du bien être au travail


Importance de l'amélioration de la bienveillance en fonction du genre
Enquête SNIA QVT 2023-2024
80,0
60,0
40,0
20,0
0,0
%
1,7
3,6
0,7
33,0
14,1
46,9
0,6
1,9
1,9
24,3
7,7
63,6
Homme
Femme
Pas du tout d'accord
Pas d'accord
Un point de désaccord
Un peu d'accord
D'accord
Tout à fait d'accord





Ce sont des éléments sociaux et organisationnels qui semblent préoccuper le plus les femmes, alors que les hommes considèrent une **meilleure reconnaissance financière** comme élément de bien-être plus important (p = 0,022, m homme=5,72, m femme=5,61).



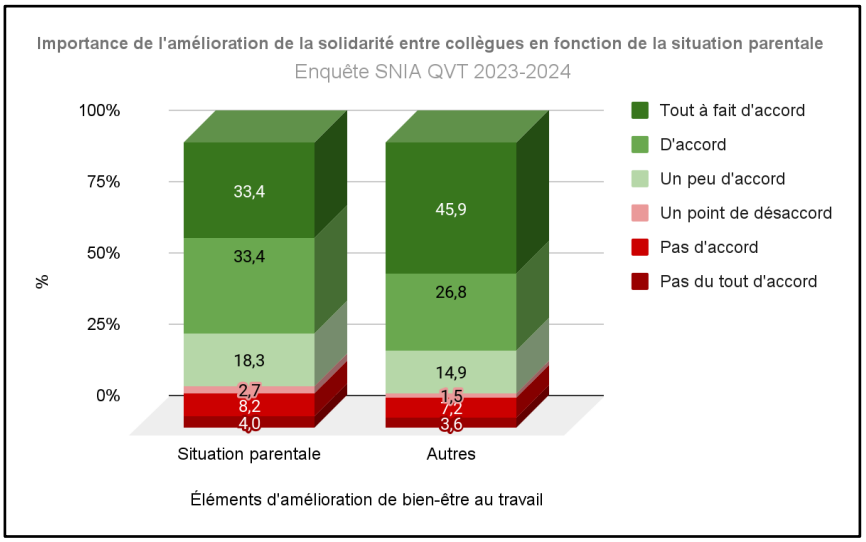
10.2.2 Éléments pouvant améliorer le bien-être et âge

Il existe une corrélation négative faible (r<0,2) entre l'âge et une **meilleure reconnaissance académique** (p= 0,008) et une **meilleure reconnaissance financière** (p = 0,016).

Plus les IADE sont jeunes (r<0,2), plus une meilleure reconnaissance académique (p= 0,008) et financière (p=0,016) sont des éléments importants de bien-être au travail.

10.2.3 Élément pouvant améliorer le bien-être et situation parentale

La **solidarité entre collègues** est un élément qui améliorerait le bien-être au travail chez les IADE n'ayant pas d'enfants (p=0,043, m parents=4,68, m autres=4,92).



10.2.4 Éléments pouvant améliorer le bien-être et ancienneté diplôme

Il existe une corrélation négative entre l'ancienneté du diplôme et une meilleure **reconnaissance académique** (p=0,002) et une corrélation positive avec une réduction du temps de travail (p=0,018).

Plus les IADE sont anciens dans la profession, moins la **reconnaissance académique** est un élément important dans leur bien-être au travail, à l'inverse de la **réduction du temps de travail**, facteur qui augmente avec l'ancienneté.

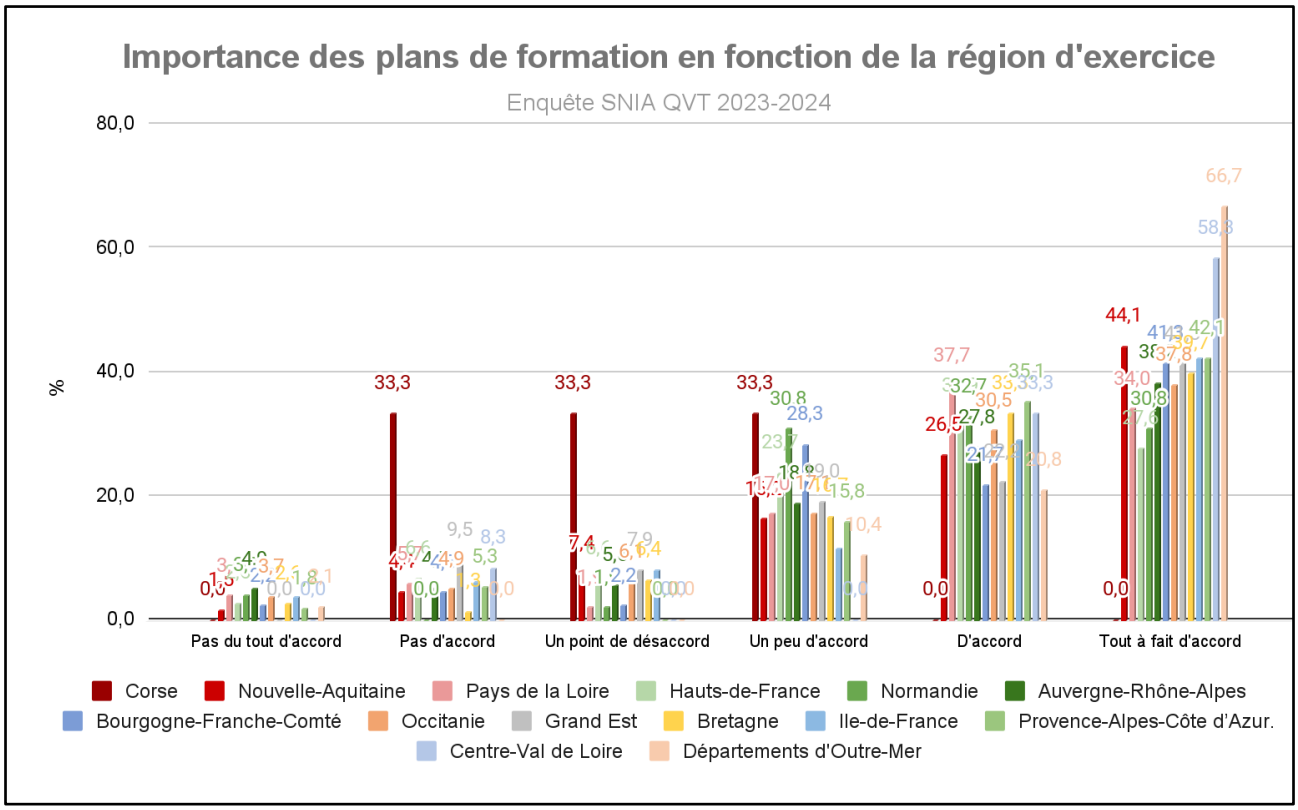
Les deux corrélations sont d'intensité faible (r<0,2).

10.2.5 Élément pouvant améliorer le bien-être et région d'exercice

Il existe des différences entre les régions (p=0,002) sur l'importance des **plans de formation** dans le bien-être au travail.

En effet, cela est un élément moins important chez les IADE de la région Auvergne, Rhône-Alpes (p=0,038, m =4,74) et des Haut de France (p=0,016, m=4,61) que ceux des départements d'Outre-Mer (m=5,48).

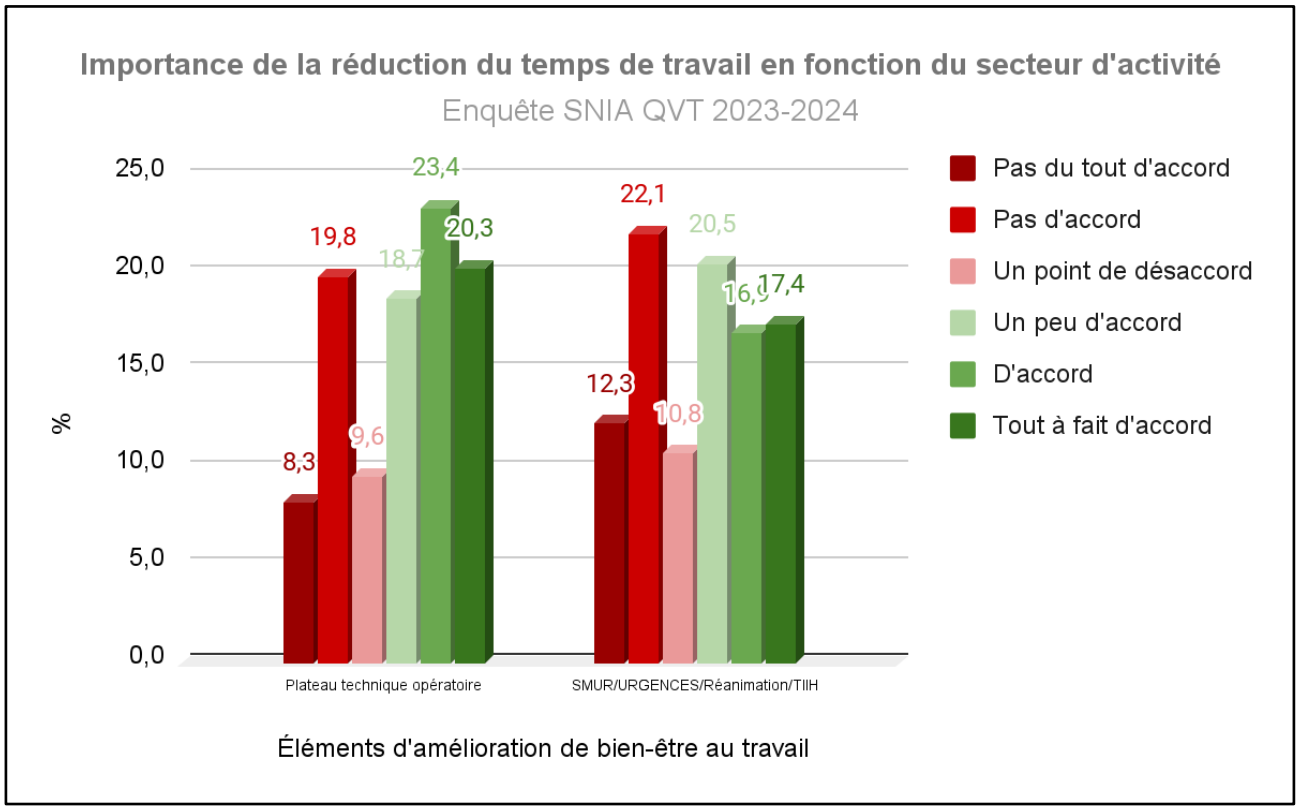
(À noter que les effectifs des régions Corse et du Centre-Val Loire ne permettaient pas la réalisation de tests paramétriques)



.

10.2.6 Élément pouvant améliorer le bien-être et secteur d'activités

Les IADE exerçant dans les plateaux techniques (m=3,90) tels que les blocs opératoires sont plus enclins à une **diminution de leur temps de travail** afin d'améliorer leur QVT (p= 0,028 comparativement à ceux exerçant en dehors des blocs opératoires (m=3,60).



10.2.7 Élément pouvant améliorer le bien-être et encadrement

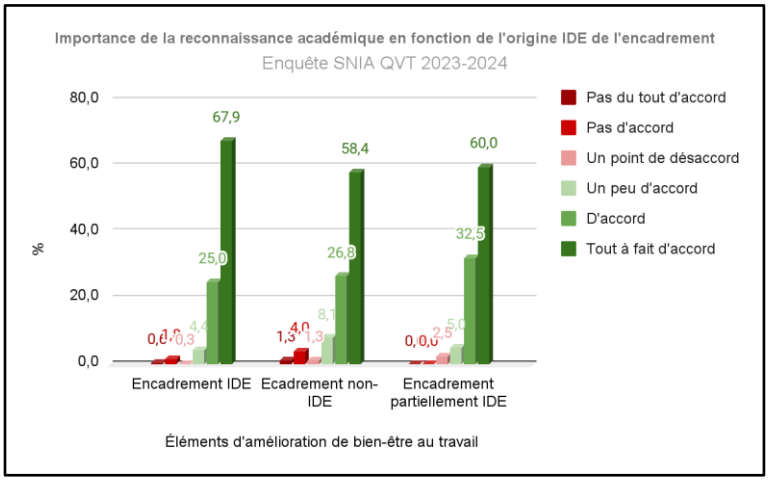
10.2.7.1 Fonction d'encadrement

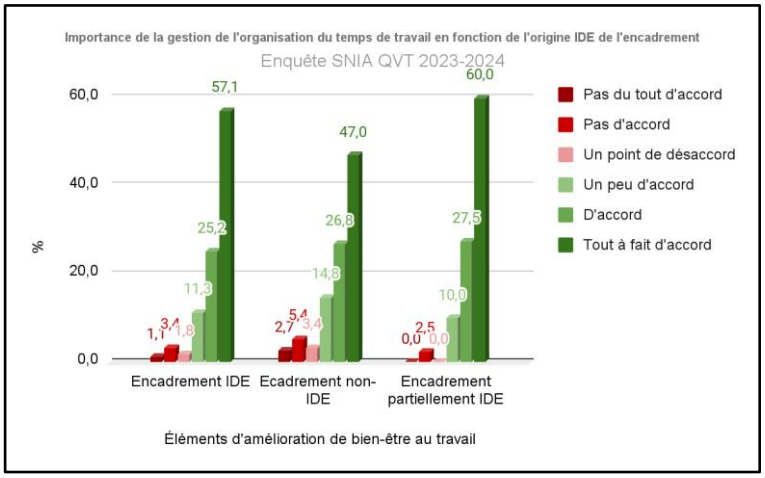
Les IADE ayant une fonction d'encadrement sont plus enclins à une **réduction de leur temps de travail** afin d'améliorer leur bien-être au travail (p<0,001, m fonction d'encadrement=4,59, m autres=3,78).

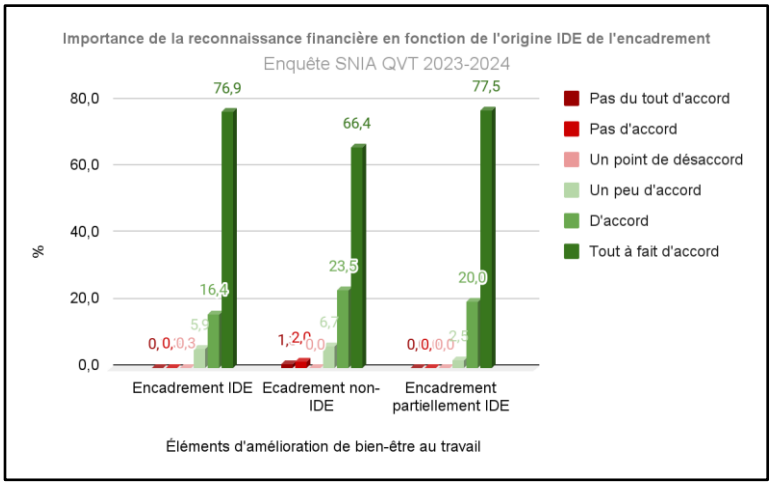
10.2.7.2 Encadrement issu de la filière IDE

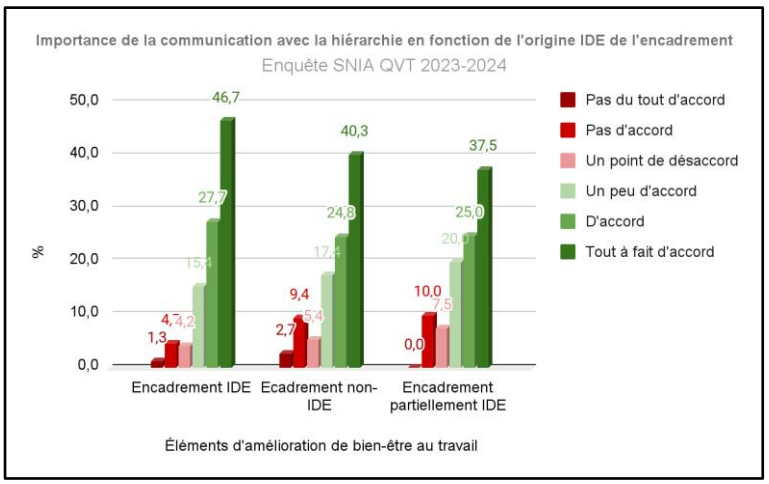
Il existe une différence significative chez les IADE dès lors que l'encadrement est issu de la filière IDE avec un accord plus fort pour dire que les éléments suivants pourraient améliorer le bien-être au travail :

- **une meilleure reconnaissance académique de mon travail** (p=0,005,m IDE=5,55,m partiellement=5,50, m autres=5,30),
- **une meilleure gestion de l'organisation du temps de travail** (p=0,012,m IDE=5,27,m partiellement=5,42, m autres=4,99),
- **une meilleure communication avec la hiérarchie** (p=0,017,m IDE=5,04,m partiellement=4,72, m autres=4,73),
- **une meilleure reconnaissance financière de mon travail** (p=0,003,m IDE=5,69,m partiellement=5,75, m autres=5,48).



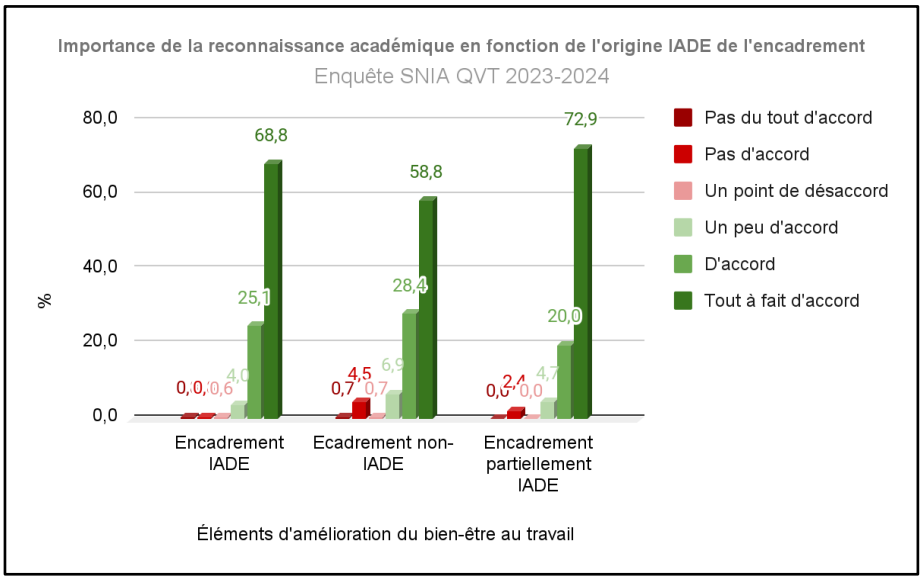






10.2.7.3 **Encadrement issu de la filière IADE**

Dès lors que l'encadrement est issu de la filière IADE, il existe une différence significative chez les IADE avec un accord plus fort concernant une **meilleure reconnaissance académique** (p=0,002, m IADE=5,58, m partiellement=5,61, m autres=5,34) et **une meilleure solidarité** (p=0,029, m IADE=4,81, m partiellement=4,91, m autres=4,55) entre collègues.



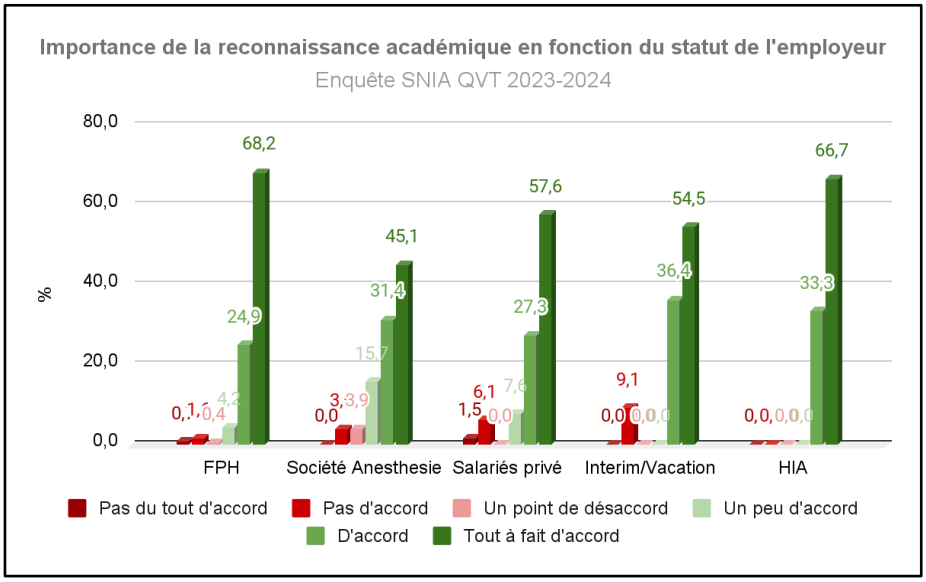
10.2.8 Éléments pouvant améliorer le bien-être au travail et statut de l'employeur

Il existe une différence significative des éléments pouvant améliorer le bien-être au travail en fonction de l'employeur.

Les IADE de la FPH comparativement aux salariés des sociétés d'anesthésie s'accordent sur l'importance d'une **meilleure reconnaissance académique** (p=0,002, m FPH=5,56, m société anesthésie=5,10) et une **meilleure gestion de l'organisation du temps de travail (**p< 0,001,m FPH=5,29, m société anesthésie=4,65) dans les éléments de facteurs de bien-être.

De plus, les IADE de la FPH s'accordent plus sur l'importance d'une **meilleure communication** avec la hiérarchie comme axe d'amélioration de leur qualité de vie au travail comparativement aux salariés du privé (p<0,001, m FPH=5,06, m salarié société anesthésie=3,96).

Ce même accord étant lui-même plus élevé chez les salariés du privé comparativement aux salariés des sociétés d'anesthésie (p <0,002, m salarié établissement du secteur privé=4,83).

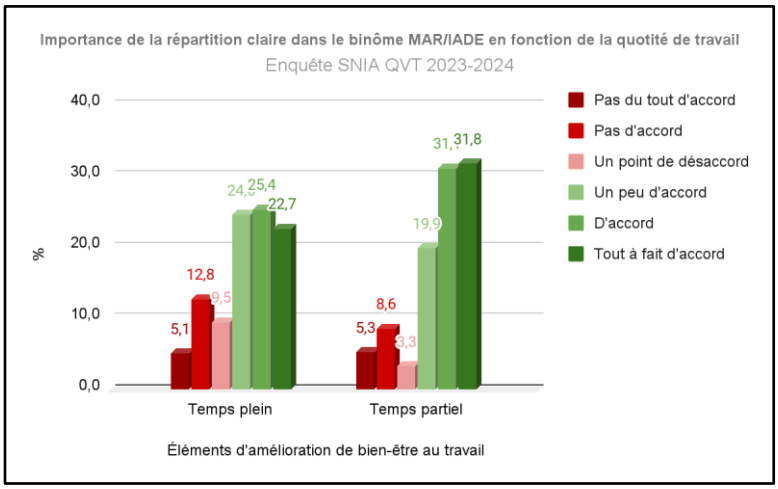


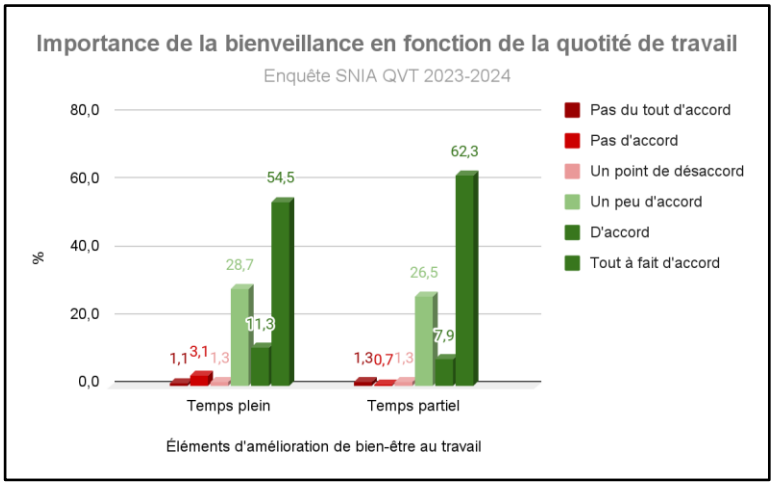
10.2.9 Éléments pouvant améliorer le bien-être / quotité de temps et mode de travail

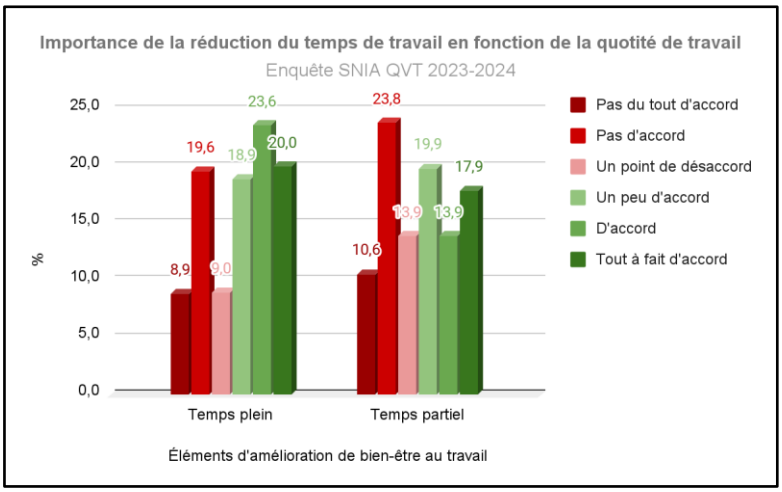
10.2.9.1 Temps partiel

Les IADE exerçant à temps partiel sont significativement plus en accord avec le fait que les éléments suivants pourraient améliorer leur bien-être au travail comparativement à ceux exerçant à temps plein :
– plus de **bienveillance** sur le lieu de travail (p=0,039, m temps plein=5,27, m temps partiel=5,44)
– une **répartition des rôles claire dans le binôme MAR/IADE** (p=0,004, m temps plein=4,20, m temps partiel=4,58).

Cependant, ils sont moins en accord avec le fait qu'**une réduction de leur temps de travail** puisse améliorer leur bien-être au travail (p=0,028, m temps plein=3,89, m temps partiel=3,56). Ce résultat pouvant aisément s'expliquer par le fait que leur temps de travail soit déjà réduit.



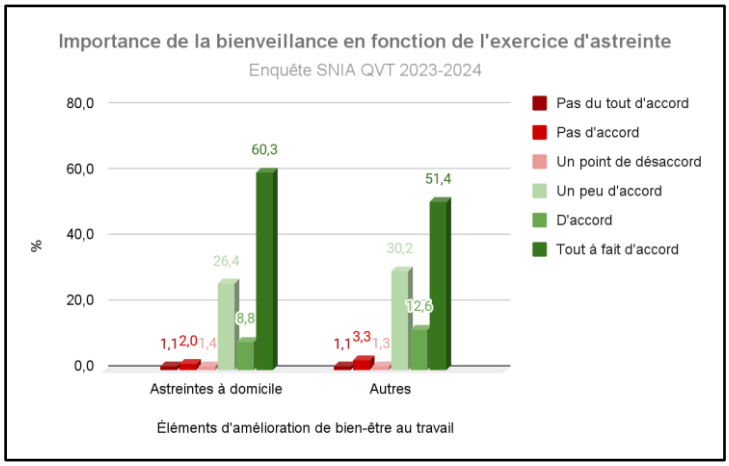


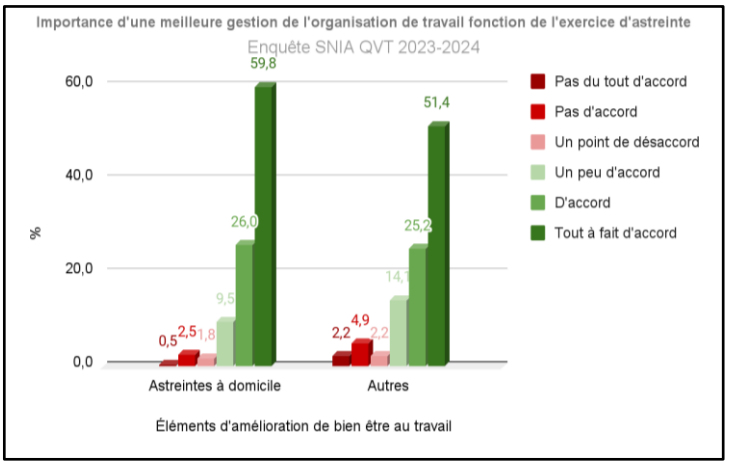


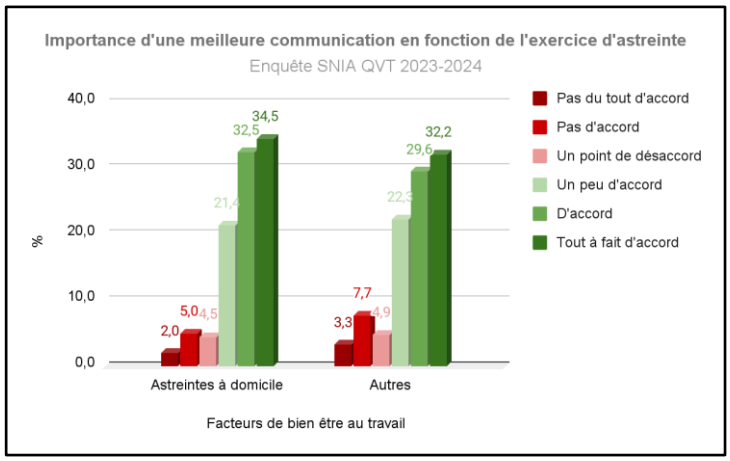
10.2.9.2 Astreintes à domicile

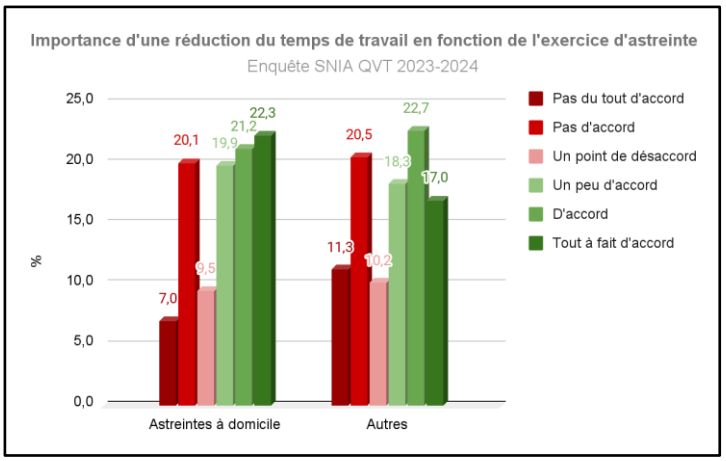
Les IADE effectuant des astreintes à domicile sont significativement plus en accord avec le fait que les éléments suivants pourraient améliorer leur bien-être au travail :

- plus de **bienveillance** sur mon lieu de travail (p=0,017, m astreintes=5,38, m autres=5,22).
- une **meilleure gestion de l'organisation du temps de travail** (p<0,001,m astreintes=5,37, m autres=5,09)
- une **meilleure communication au sein de l'équipe** (p=0,045,m astreintes=4,81, m autres=4,64).
- **une réduction de leur temps de travail** (p=0,033,m astreintes=3,92, m autres=3,75).



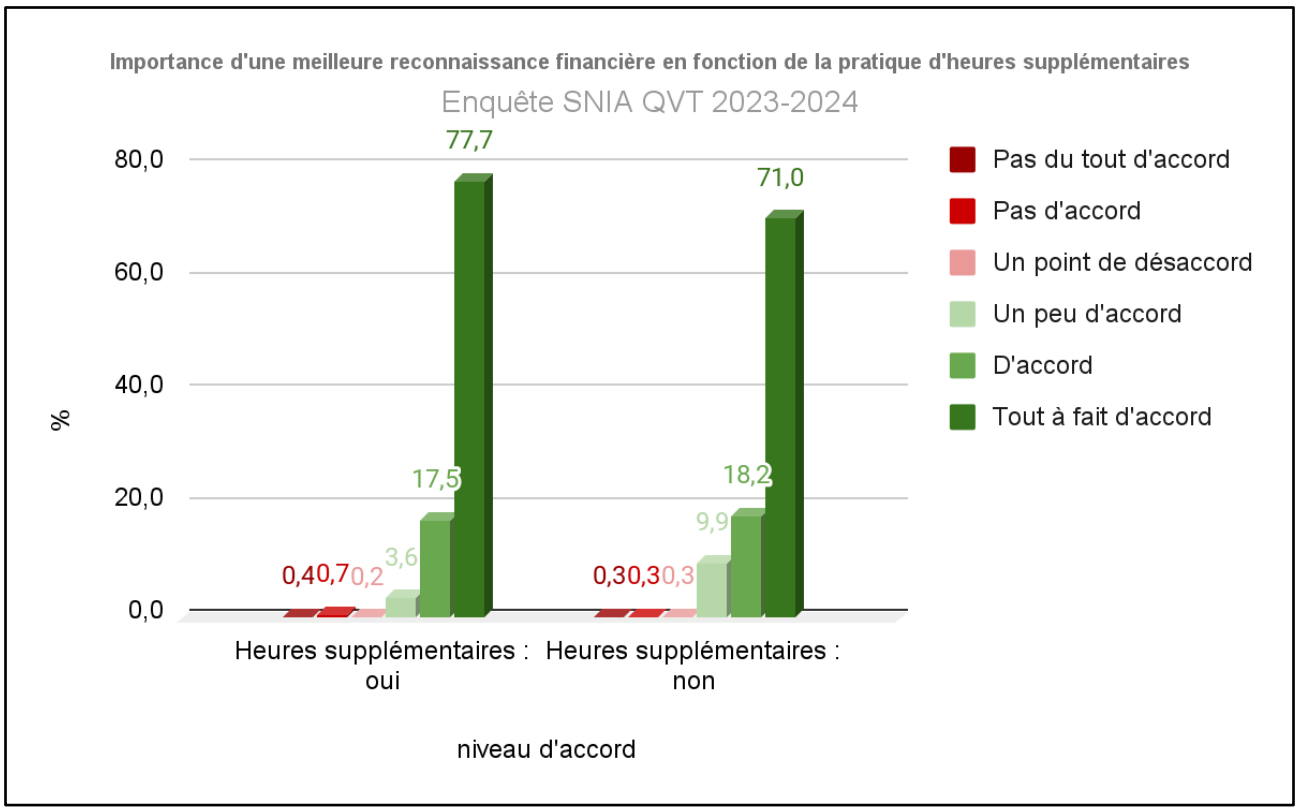






10.2.9.3 Heures supplémentaires

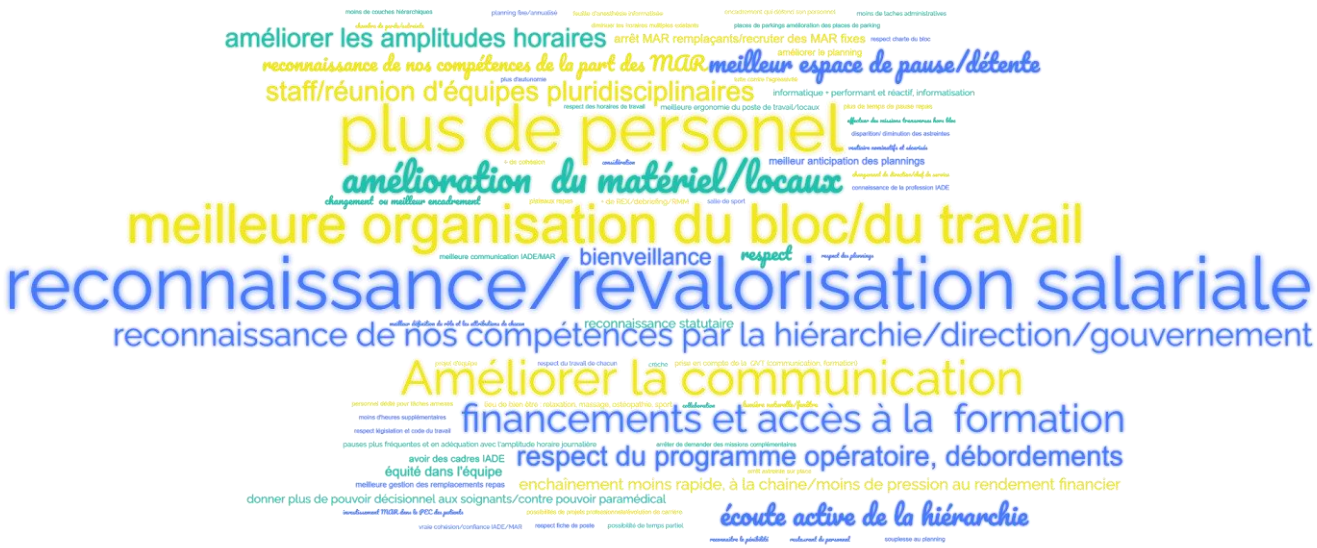
Les IADE effectuant des heures supplémentaires sont significativement plus en accord avec le fait que d'avoir une **meilleure reconnaissance financière** de leur travail pourrait améliorer leurs conditions de travail (p=0,018, m heures sup=5,70, m autres=5,59).



Il existe une corrélation positive (p=0,014, r<0,2) qui confirme l'hypothèse précédente. Plus le nombre d'heures supplémentaires est important, plus une meilleure reconnaissance financière apparaît comme un élément favorisant le bien-être au travail.

10.3 Question ouverte

Selon vous, que faudrait-il mettre en place au sein de votre établissement pour améliorer les conditions de travail ?



Si chaque situation est personnelle, dépendante de chaque établissement, de son mode d'organisation, les plus de 800 réponses répertoriées et analysées à la suite de la question ouverte permettent de dégager plusieurs thèmes récurrents, illustrés dans ce nuage de mots selon la fréquence à laquelle ils sont cités.

10.3.1 Reconnaissance

C'est le mot qui ressort le plus des témoignages.

- **Reconnaissance salariale du niveau académique,**

"*à la hauteur de notre grade master",* "*une rémunération adaptée aux responsabilités et niveau d'étude*", une revalorisation des primes de gardes, d'astreintes, de nuit, de dimanche mais également le paiement des heures supplémentaires (avec majoration), le paiement du temps de repas.

- **reconnaissance des compétences, des missions et du rôle des IADE**

- **reconnaissance spécifique par la direction, la hiérarchie, par le gouvernement** :

> "*que la direction (RH et soins) sorte de sa tour d'ivoire et se rende compte de la réalité du terrain".*

- **reconnaissance par les MAR du travail des IADE mais également par les chirurgiens**

- **reconnaissance statutaire** *“adaptée à notre pratique quotidienne”*

10.3.2 L’organisation générale du bloc et du travail.

C’est une problématique récurrente dans les réponses des IADE.

- **Organisation des programmes opératoires** qui sont sujets d'après les IADE à de nombreux débordements, avec le non-respect des temps de vacation opératoire (TVO) des salles avec des horaires inadaptés.

Il faudrait donc “*Un programme opératoire en adéquation avec la plage horaire dédié*”, ainsi qu’une *prise en compte des temps d’ouverture et de fermeture des salles* », *« des chirurgiens qui commencent à l’heure pour que l’on finisse à l’heure ».*

Cela éviterait de prendre “*les paramédicaux en otage”*, engendrant des heures supplémentaires.

Une organisation que certains évoquent régulièrement comme “*un travail à la chaîne*”, “*avoir du rendement*”.

Certains proposent l'*intégration des IADE aux différentes réunions sur l’organisation générale du bloc*”.

- **Organisation des missions péri-opératoires** :

On retrouve ici la notion de rôle clair et défini pour chaque acteur :

- “*faire de l’anesthésie, de la recherche, gérer la douleur et non pas du rangement de matériel, solutés*”.
- “*attribuer à chacun un rôle dans différents groupes de travail pour faciliter la répartition des tâches “secondaires” comme les commandes, rangements…*”

Les IADE semblent avoir l’impression que ces taches annexes s'ajoutent à leur travail quotidien sans que soient pris en compte les compétences de leur profession IADE et d’être pris pour des “*logisticiens !*” Ils ne veulent “ *plus passer leur temps à gérer des commandes, rangements et décartonnages de matériel*”

Ils déclarent qu’ils n'ont pas de temps consacré à ces tâches. Pour eux, il faut “*tenir compte des tâches annexes dans l’organisation quotidienne*” ou encore *“avoir une personne dédiée à ce poste*”.

Le respect de la fiche *de poste “afin d’éviter les glissements ou rajout de tâches à d’autres*” est un facteur organisationnel important.

Certains IADE proposent la *“mise en place d’un écrit définissant clairement les rôles de chacun des acteurs gravitant autour du patient”*.

10.3.3 L'amélioration de la communication et une plus grande écoute

- **Une amélioration de la communication avec la hiérarchie et la direction,** est un élément pouvant améliorer les conditions de travail. Elles sont souvent jugées trop loin du terrain : "*que les DSI, DRH viennent sur le terrain pour comprendre nos revendications"*.

Les IADE demandent "*plus de dialogue entre l'administration et le personnel de terrain*", ainsi que "*participer aux discussions avec la hiérarchie et être écouté*", une "*communication transparente et régulière de la direction avec les agents, avec organisation de rencontres régulières"* ou en résumé" *une hiérarchie hospitalière à l'écoute des professionnels de terrain".*

Les IADE évoquent également souhaiter avoir un **pouvoir décisionnel** plus important avec une participation plus active des paramédicaux dans les décisions telle "*une unité de veille paramédicale type CME pour protéger les soignants"* et *" arrêter d'être obligé de passer par les médecins pour mettre en place des actions (recyclage, casque virtuel).*

Effectivement, le centrisme décisionnel médical semble être un axe d'amélioration pour les IADE :

- *"Arrêtez le tout médical ! les paramed existent et peuvent prendre des décisions, nous avons aussi des idées".*
- *"inclure les professionnels dans les prises de décisions".*

- **L'instauration régulière de réunions pluridisciplinaires** ou de "staff" pour diminuer les tensions, informer ou former, pourraient améliorer les conditions de travail d'après les IADE, De même que les Retours d'EXpérience (REX), les Revues de Morbi-Mortalité (RMM), les débriefings.

- **Une meilleure communication chirurgien/équipe d'anesthésie** est régulièrement évoquée et notamment l'agressivité des chirurgiens envers l'équipe paramédicale chirurgicale. "*Ceux sont souvent eux qui mettent la pression dans les blocs (...) les IBODE sont terrorisés ce qui entraîne une ambiance délétère".*

10.3.4 La problématique des ressources humaines

C'est un thème qui revient de manière redondante dans les réponses des IADE sur les éléments pouvant améliorer les conditions de travail : *"trouver des collègues IADE* !!!" Évidemment mais également des IBODE, des AS, des brancardiers

Comme depuis des années dans le milieu hospitalier, la rhétorique est la même pour les IADE : "+ *de moyens humains, + de personnel* ".

Celle-ci s'accompagne pour certains IADE d'une réflexion sur "la mise *en place d'un programme de fidélisation et d'accueil des nouveaux arrivants."*

10.3.5 La formation

Pour les IADE, l'**accès et le financement des formation** sont des facteurs pouvant améliorer les conditions de travail dans un établissement telles que "*une formation continue régulière mensuelle sur la chirurgie, l'anesthésie, le matériel, la pose de cathéter artériel, voie veineuse centrale, Anesthésie loco régionale, rachianesthésie, péridurale*", ou encore *"les formations universitaires*" (DU, master, simulation).

Les IADE gardent un intérêt également pour la **participation aux projets de service**, mais souhaitent qu'elle soit incluse dans un temps de travail : "*Les groupes de travail. La possibilité de s'investir dans des projets portant sur la recherche, l'organisation du travail, la formation sur notre temps de travail. Le travail scientifique étant, jusqu'ici, sur notre temps perso"*.

10.3.6 L'amélioration du matériel

Que ce soit dans le **renouvellement des appareils vétustes, dans la quantité**, dans la modernité, dans "la qualité", les IADE souhaitent "*du matériel adapté et en nombre suffisant"* et "*ne plus courir après le matéri*el".

Les IADE voudraient "*un **pouvoir de choix** du matériel et dispositifs médicaux qui ne dépend pas de l'administration".*

L'**amélioration des locaux** est un élément important cité à de nombreuses reprises comme axe d'amélioration des conditions de travail.

Tout cela est accompagné par une volonté d'une amélioration de **l'ergonomie**.

10.3.7 Les horaires et le planning

De nombreux IADE évoquent une "***redéfinition du temps de travail***", *"une réorganisation du planning pour mieux **équilibrer vie personnelle et professionnelle**".*

Les IADE semblent plébisciter des changements d'amplitude horaire avec la *"semaine de 4 jours" et* préférer une **augmentation journalière** en 10h, en 12h ou même "*remettre les gardes de 24h.*"

Le temps de travail hebdomadaire doit éviter des dépassements de + de 40h, voire de 50h pour améliorer les conditions de travail.

A cela s'ajoute la volonté d'un **planning plus fixe**, une "visibilité" annualisée, une souplesse et "*diminuer la variété d'horaires existants*" ainsi qu'une **anticipation du planning** dans un délai de plus de 15 jours, avec une anticipation et une planification notamment des congés.

10.3.8 Les Médecins Anesthésistes-Réanimateurs

La reconnaissance des compétences des IADE et de leur autonomie par les MAR arrive en 3e position dans les réponses concernant la reconnaissance à cette question ouverte derrière la hiérarchie/direction et une reconnaissance générale.

Les IADE réclament un **temps de présence en salle** plus important avec notamment "*une répartition des tâches plus équitable",* "*des MAR plus investis dans la prise en charge des patients", ne pas être que des pousses seringues".*

Une meilleure communication, une **vraie *cohésion MAR/IADE*** sont aussi des facteurs qui pourraient améliorer le bien-être. Celle-ci passe sûrement par le recrutement de MAR et la diminution du nombre d'intérimaires pour "*réussir à avoir une équipe stable de MAR".*

10.3.9 Les pauses

Elles sont évoquées sous différents angles :

- un **espace de repos bien défini** "*amélioré et plus spacieux*"
- des **temps de pauses plus nombreux** et surtout " *en adéquation avec l'amplitude horaire journalière"* .
- une **augmentation du temps de repas**, ainsi qu'une meilleure organisation dans les remplacements de ceux-ci

10.3.10 Autres

L'encadrement est souvent associé à une demande de :

- plus de "bienveillance",
- une "équité" de traitement dans l'équipe.

Certains évoquent comme facteur d'amélioration vouloir un changement d'encadrement et/ou un cadre IADE "*une vraie hiérarchie paramédicale issue de la filière IADE".*

Les lieux de détente, de pauses, de repas nécessitent pour beaucoup d'IADE une adaptation en termes de lumière naturelle, de taille en fonction du nombre de personnels, d'électroménager. Certains évoquent un lieu de bien-être comme une salle de sport, de relaxation.

Le respect est un mot qui apparaît par ailleurs régulièrement en faisant référence à la hiérarchie, au travail de chacun, aux horaires, au programme opératoire, à la charte du bloc ainsi qu'à la législation et au Code du travail.

Les réponses des IADE assurant des **fonctions d'encadrement** sont globalement les mêmes que celles des IADE sauf si l'amélioration de la prise en compte réelle du temps de travail et sur la possibilité de plus de télétravail.

L’amélioration du bien-être au travail passe, pour les IADE, par une meilleure reconnaissance, qu’elle soit financière ou académique.

L’organisation du travail dans sa généralité doit être adaptée pour trouver un équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

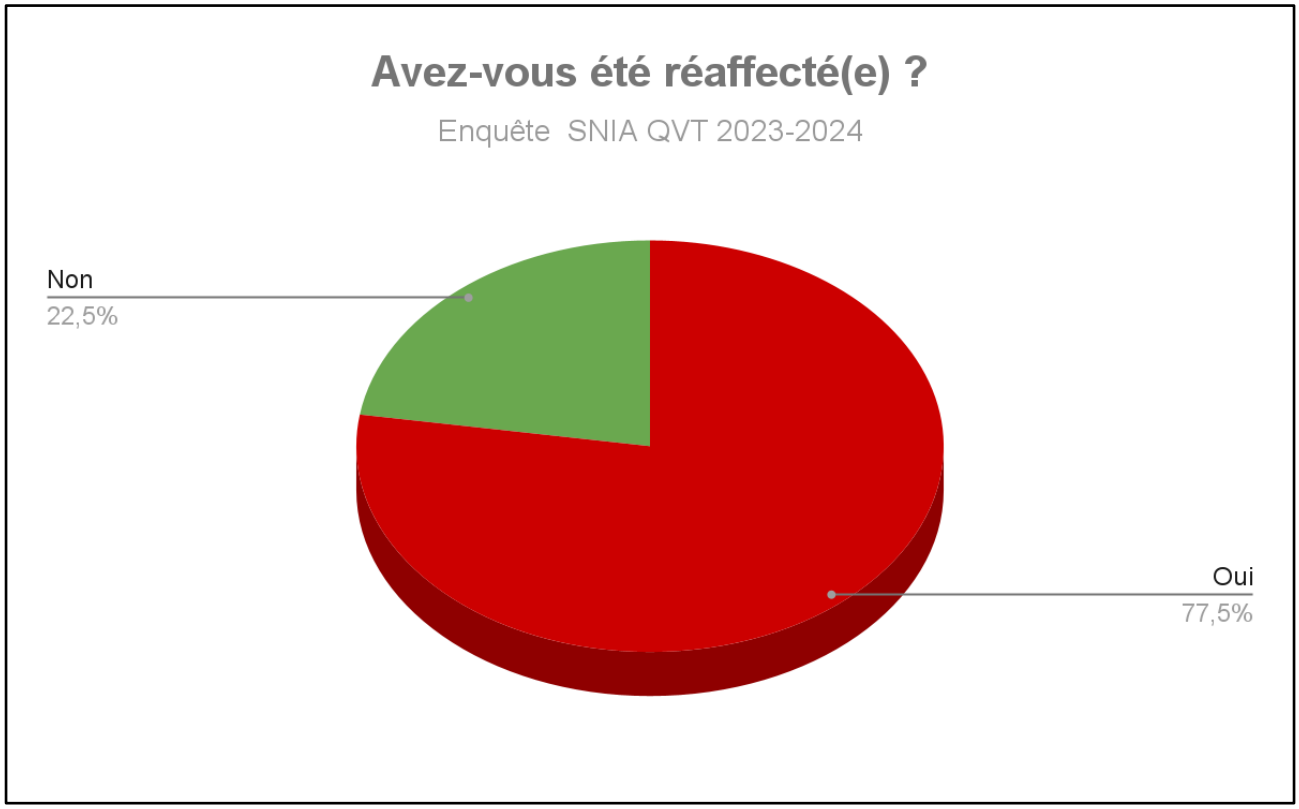
11. Retour COVID

Il nous est apparu primordial de revenir sur les effets de la pandémie de COVID, débutée pour les premières régions en mars 2020.

Le SNIA avait effectué une enquête en 2020 sur ce thème[26].
Depuis, d'autres vagues ont suivi et les IADE ont été confrontés à de nombreuses modifications organisationnelles.

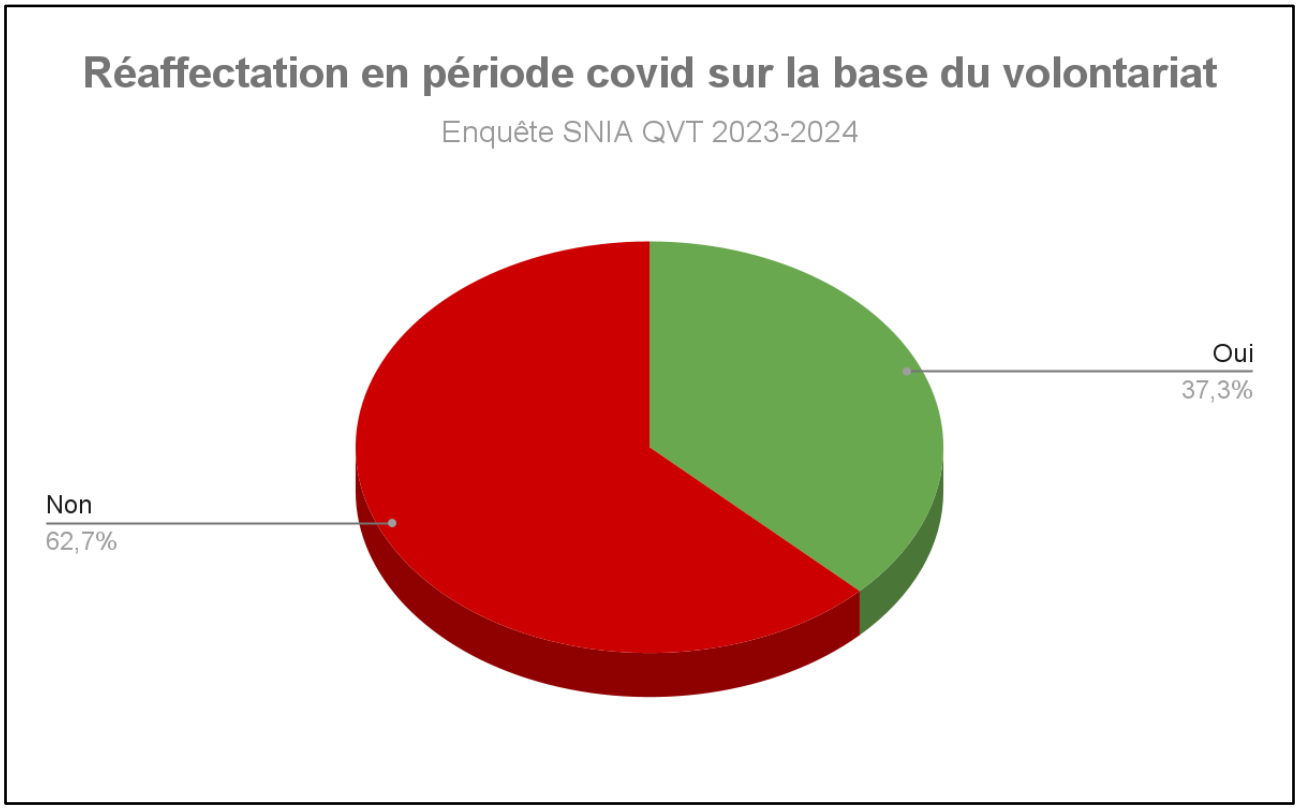
11.1 Réaffectations

11.1.1 Avez-vous été réaffecté ?



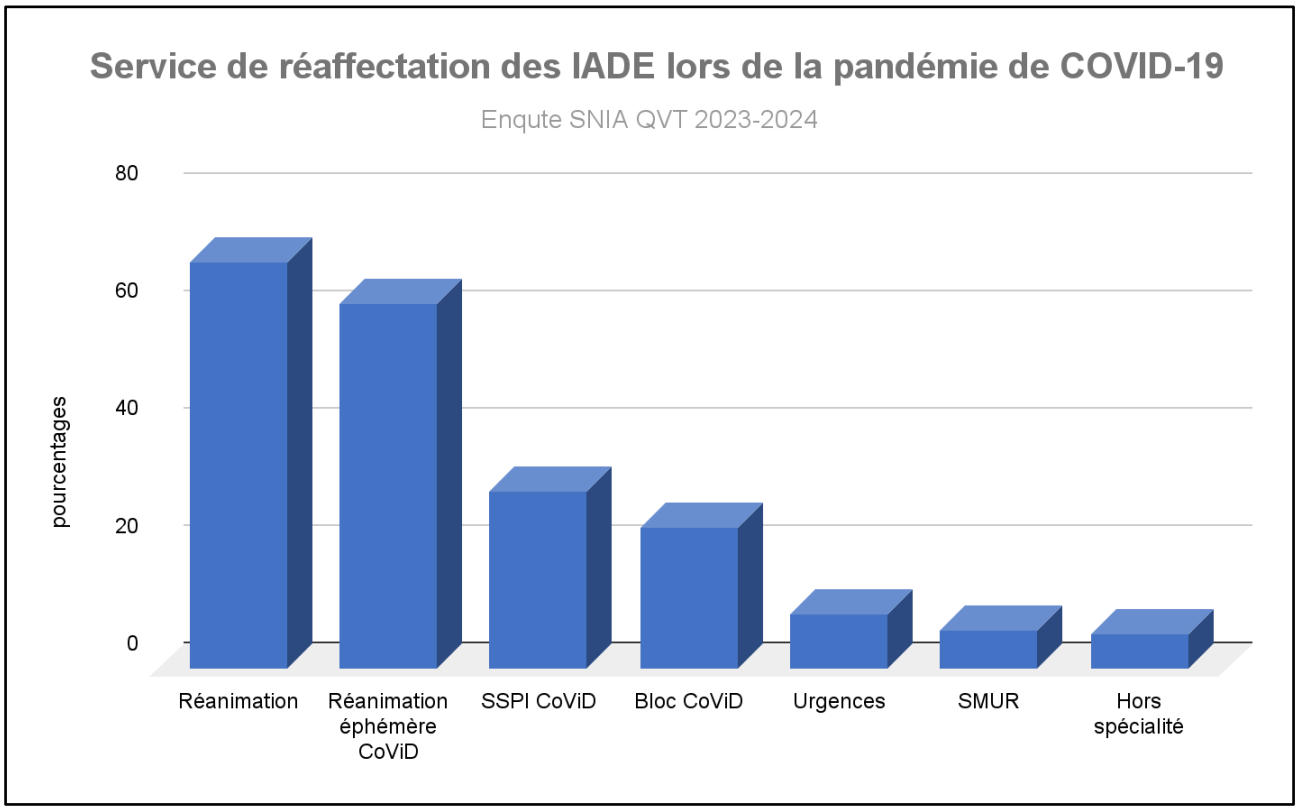
77,5% des IADE ont été réaffectés pendant la pandémie de covid.

26 https://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/national_survey_covid_snia_final__version.pdf



37,3% l'ont été sur la base du volontariat.

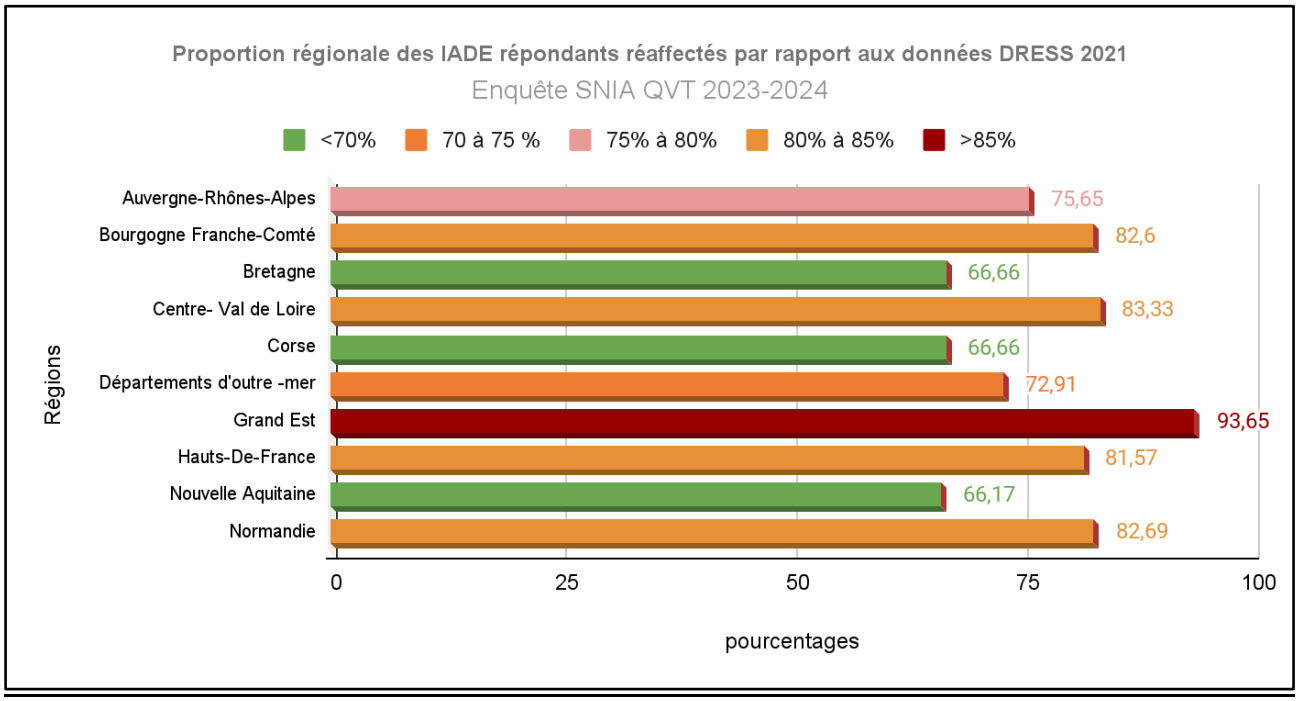
11.1.2 Service de réaffectation



Sans surprise, la majorité des IADE ont été réaffectés dans les services qui ont été impactés par la pandémie, que ce soit dans les services déjà existants (réanimation) ou des services créés durant cette période.

La réanimation arrive en tête, là où habituellement peu d'IADE exercent. Leur expertise et leurs compétences dans ce domaine ont été recherchées.

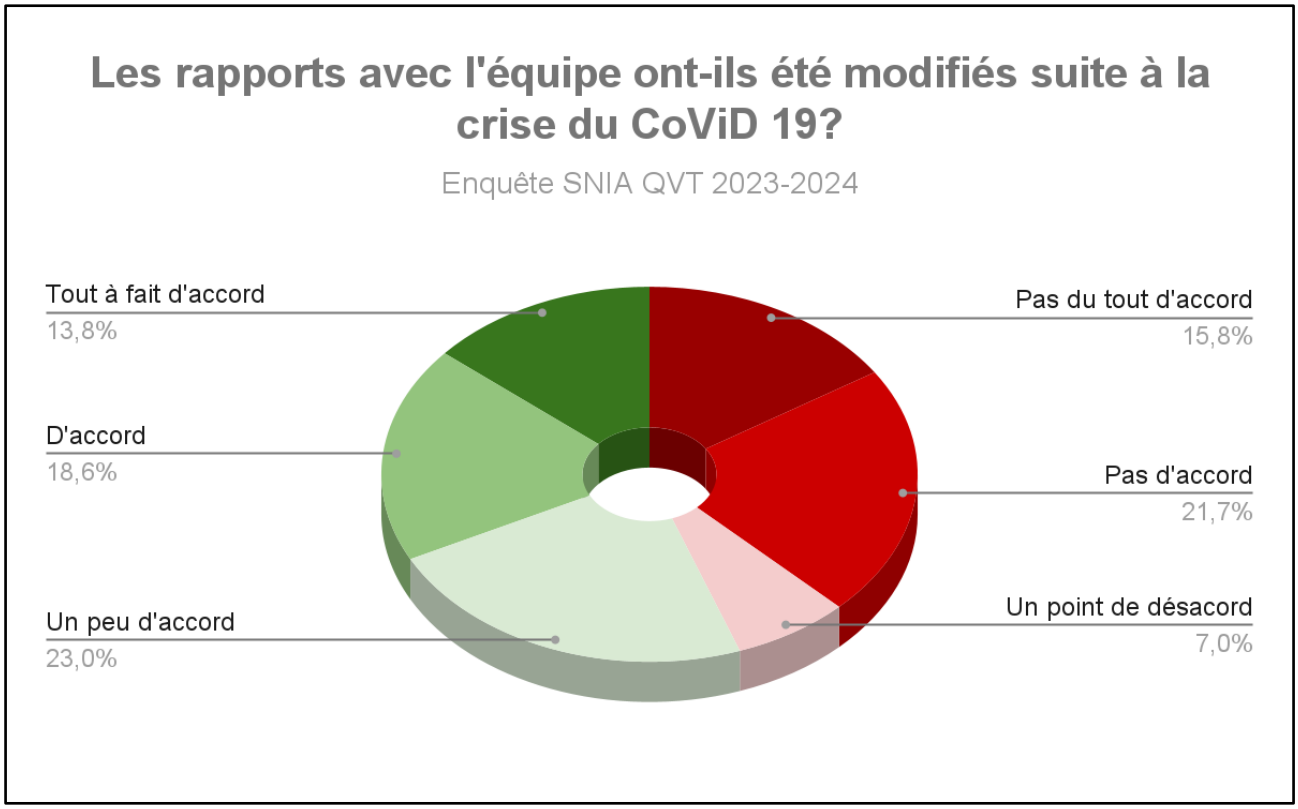
11.1.3 Proportion d'IADE réaffectés par région



Les proportions d'IADE selon les régions sont à mettre en parallèle avec l'impact régional de la pandémie de COVID-19.

Il n'est donc pas surprenant de trouver dans la région Grand-Est un taux de réaffectations des IADE supérieur à 85%.

11.2 Les rapports avec l'équipe



Il y a une symétrie dans la modification des rapports avec l'équipe consécutive à la pandémie de la COVID-19.

Il existe un certain équilibre entre les IADE qui ont exprimé une modification (32,4%) et ceux pour qui les rapports n'ont pas changé (37,5%).

Nous n'avons pas pu avec cette enquête déterminer si c'est de manière positive ou négative que les rapports avaient été modifiés.

Les IADE ayant été réaffectés s'accordent plus sur une modification des rapports avec l'équipe que ceux non réaffectés (p = 0,004, m affectés=3,57, m non-affectés =3,18).

Les IADE dont la réaffectation a été imposée s'accordent plus sur une modification des rapports avec l'équipe par rapport à ceux qui l'ont fait de façon volontaire (p <0,001, m volontaire=3,27, m involontaire=3,75).

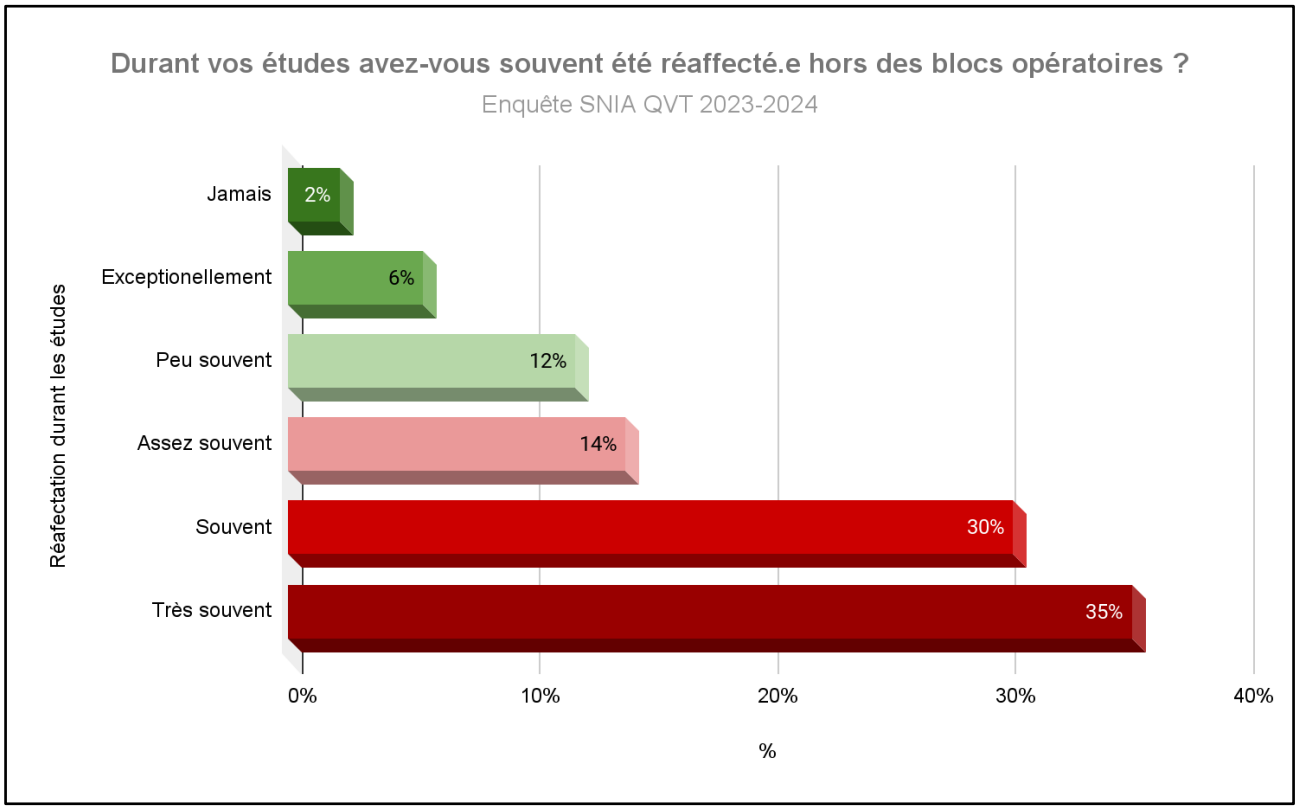
12. Focus étudiant

Suivant l'année de diplomation renseignée, une série de questions était ouverte.

141 IADE ont répondu être étudiant pendant la pandémie de covid.

12.1 Réaffectations des étudiants IA

12.1.1 Fréquence des réaffectations



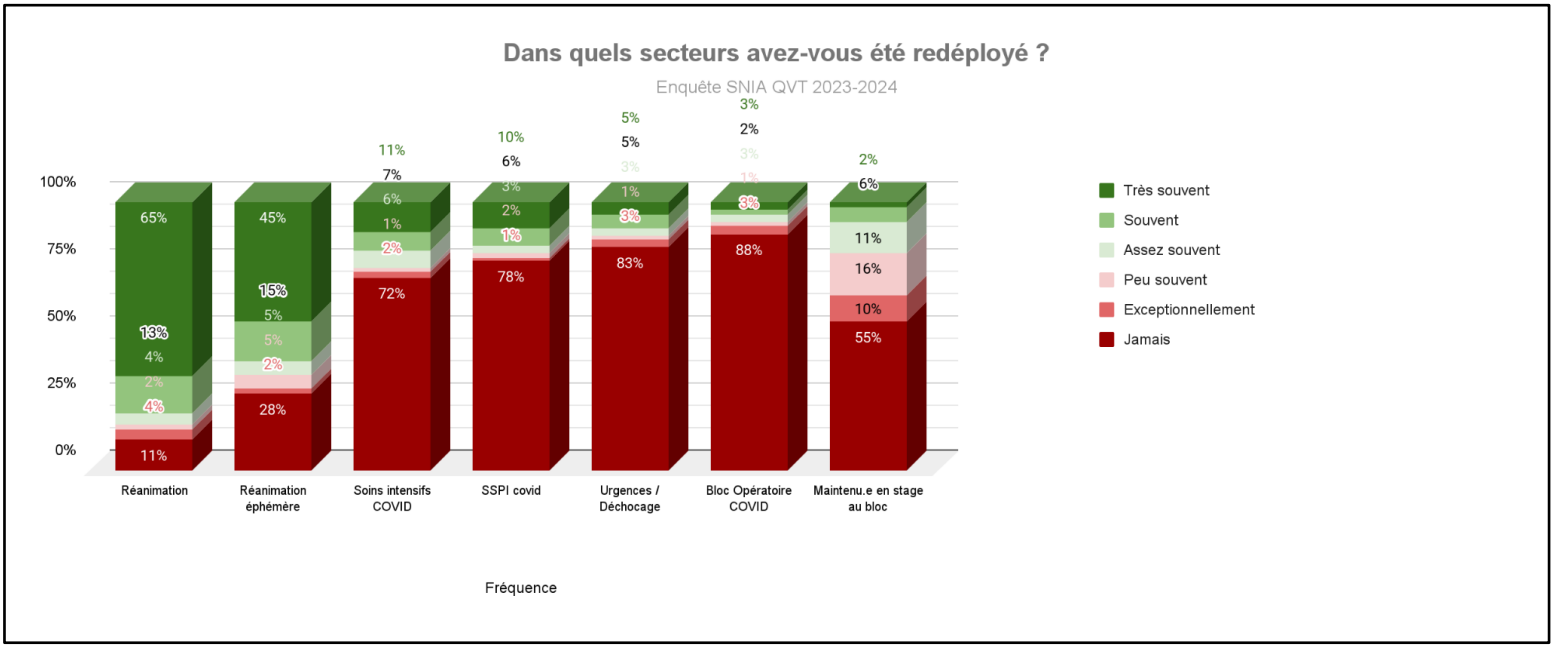
79% des étudiants ont été très souvent à assez souvent réaffectés durant leur formation lors de la pandémie.

Seuls 2% déclarent ne pas avoir été réaffectés.

12.1.2 Répartition par services

La réanimation est le premier service où ont été réaffectés les EIA. Comme pour les IADE, leur expertise, bien qu'ils soient toujours en formation, a été un facteur décisif quant au choix du secteur d'activité de la réaffectation.

Venant majoritairement des services de soins critiques avant leur formation, les EIA étaient les professionnels les plus à même de fournir un appui et des compétences spécifiques à des secteurs hautement spécialisés et en extrême tension.

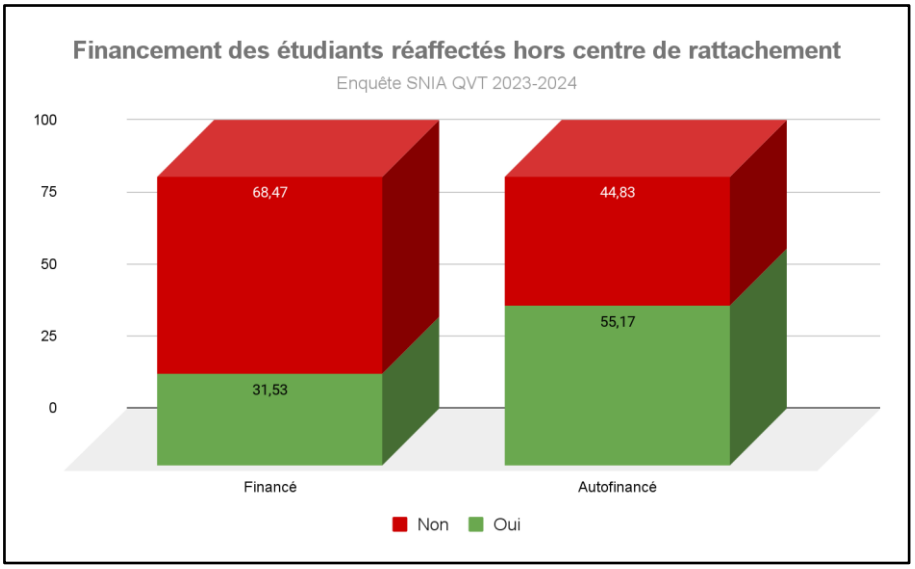


12.1.3 Répartition par établissement

37,15% ont été affectés ailleurs que dans leur centre hospitalier de référence. Il est évident que les CHU n'étaient pas les seuls à avoir des besoins en renfort pour leurs services en tension, les EIA ont été les premiers à être affectés sur d'autres établissements.

Dans ce nombre, il faut aussi tenir compte des EIA financés par un établissement autre que le CHU de rattachement et qui ont été remis à la disposition de leur établissement d'origine.

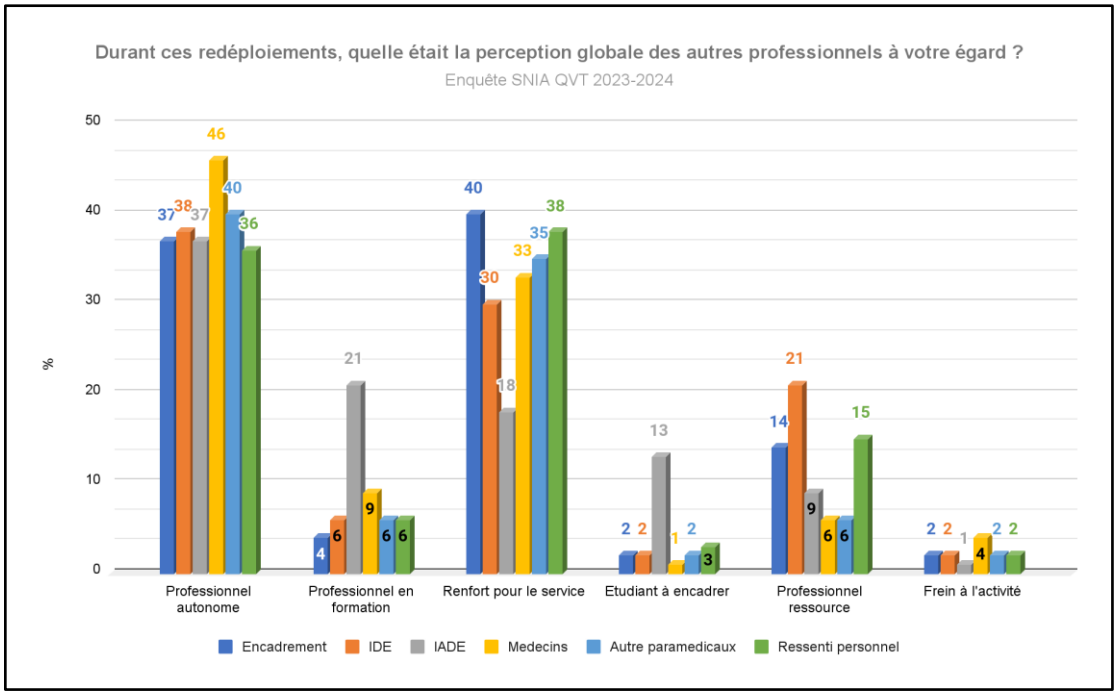
Les EIA en autofinancement ont été plus affectés en dehors de leur CH de référence que ceux financés par un Centre Hospitalier.



12.1.4 Ressentis et perceptions lors des redéploiements

12.1.4.1 Perceptions des autres professionnels

Les EIA ont été interrogés sur la perception globale des autres professionnels à leur égard durant leurs redéploiements.



Les EIA se sont majoritairement sentis perçus comme des **professionnels autonomes à 46%**, notamment par les médecins.

Ce sentiment est cohérent car ils n'étaient pas affectés en plus de l'effectif. Ils étaient donc considérés comme des professionnels en poste.

40% des étudiants se sont sentis comme un renfort pour le service aux yeux de l'encadrement. De plus, même s'ils sont en cours de formation, ils sont avant tout des IDE avec un minimum de deux ans d'expérience.

Cependant seuls 36% d'entre eux se considèrent réellement comme des professionnels autonomes lorsqu'il s'agit de s'autoévaluer. Nous n'avons pas interrogé les anciens étudiants sur le parcours professionnel ayant précédé leur formation d'IADE. Il est probable que les 36% qui se sont sentis autonomes lors des redéploiements en réanimation éphémère soient possiblement ceux issus des services de réanimation.

Les étudiants se sont perçus comme un **renfort pour le service** et non un frein à l'activité.

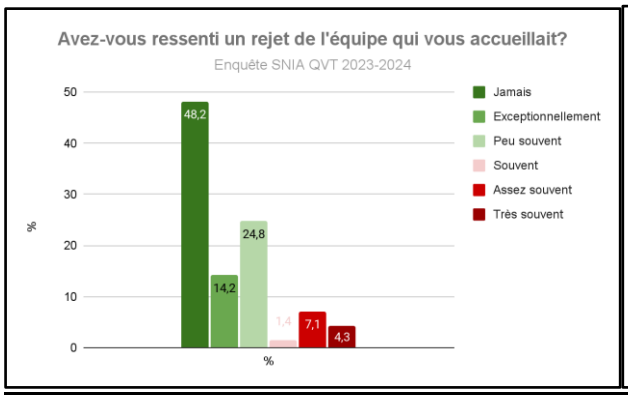
La perception de l'IADE d'après les EIA diffère des autres professionnels. Il reste un **étudiant en formation** et n'est pas nécessairement un renfort pour le service, ni un personnel ressource.

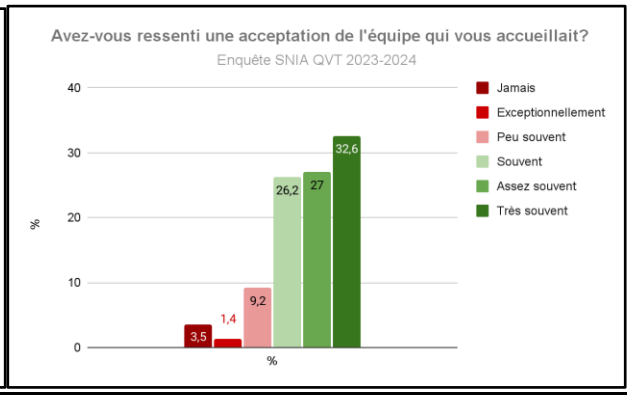
Il est dans une moindre mesure un étudiant à encadrer, ce qui n'était pas forcément perçu comme cela dans le service de réaffectation.

Indépendamment de leur niveau de formation, les Étudiants Infirmiers Anesthésistes se sont perçus comme des professionnels ressources pour les Infirmiers Diplômés d'État (IDE), car leur formation et les connaissances acquises, leur ont peut-être permis d'assumer ce rôle.

Nous n'avons pas identifié les niveaux de formations des EIA ou leur étape dans le cursus de formation au moment de leur réaffectation durant les différentes périodes de crise COVID.

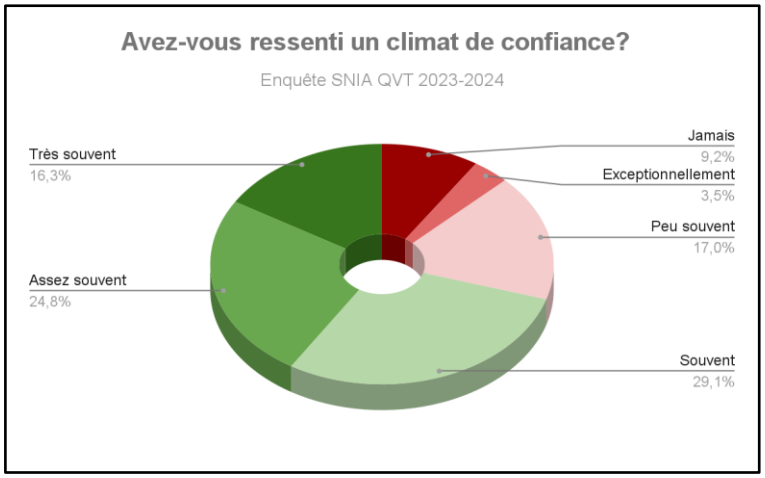
12.1.4.2. Acceptation/rejet de l'étudiant par l'équipe d'accueil





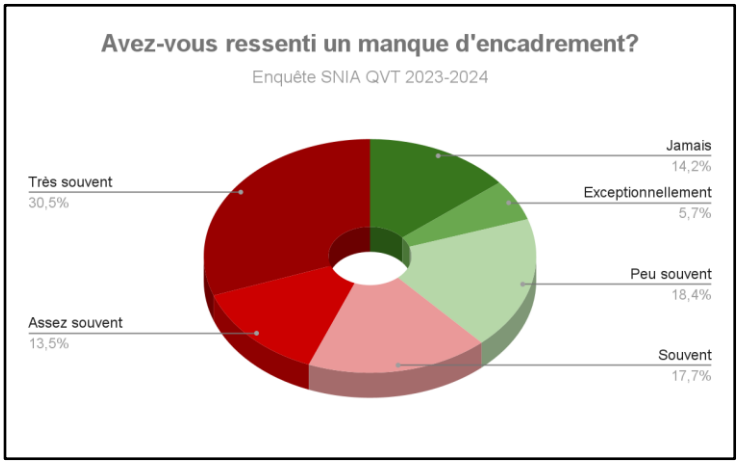
Très majoritairement (85,8%), les EIA se sont sentis acceptés par l'équipe d'accueil de leur service de redéploiement.

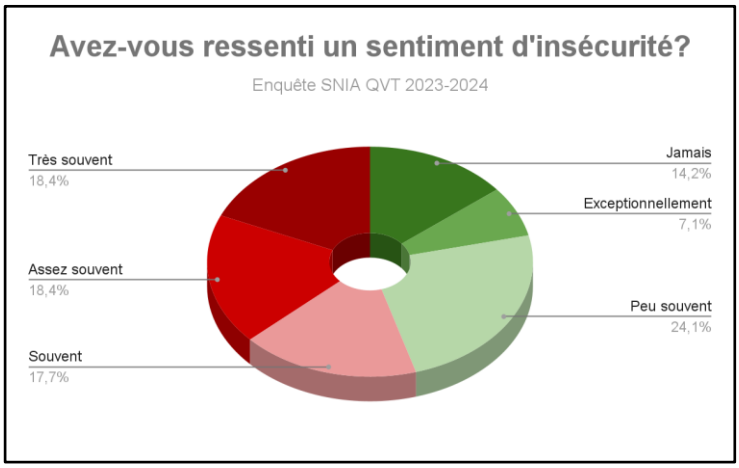
12.1.4.3. Climat de confiance



70,2% des EIA interrogés déclarent avoir ressenti un climat de confiance avec l'équipe d'accueil.

12.2.4.4. Manque d'encadrement et insécurité



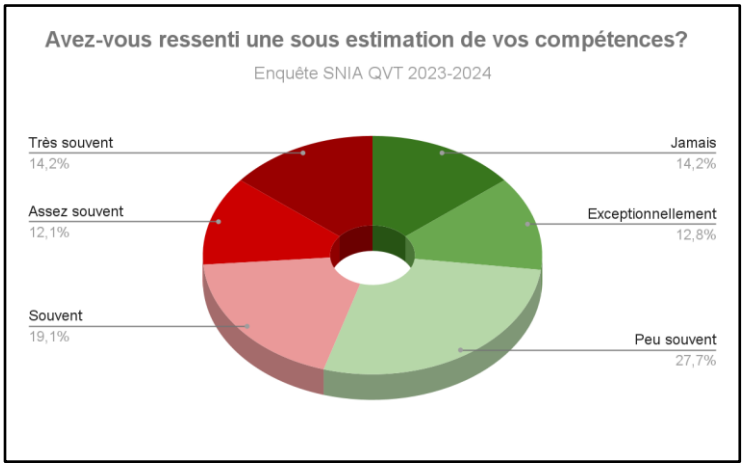


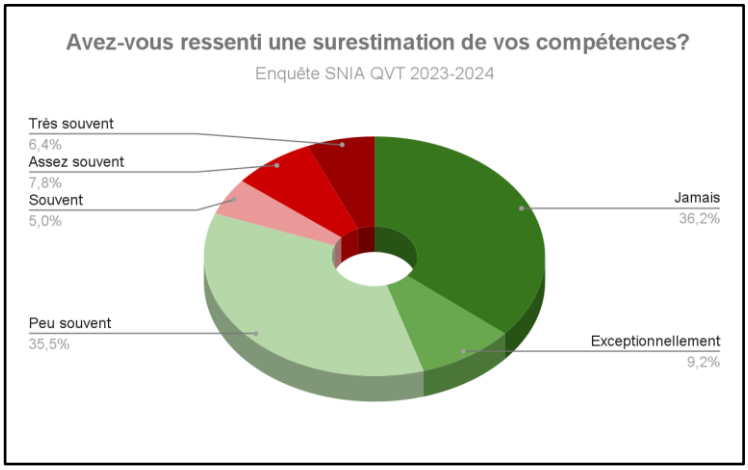
Le manque d'encadrement semble avoir été souvent ressenti par une majorité d'EIA (61,7%). Ceci s'explique peut-être par le fait que ces professionnels en formation ont été considérés rapidement comme des professionnels autonomes n'ayant pas besoin d'encadrement.

Ceci peut en partie expliquer que 54,5% des EIA ont ressenti un sentiment d'insécurité lors des réaffectations.

Toutes ces données sont aussi à mettre en parallèle avec le contexte de cette pandémie totalement inconnue comme situation sanitaire, son côté chaotique des premiers mois, le manque de protections individuelles.

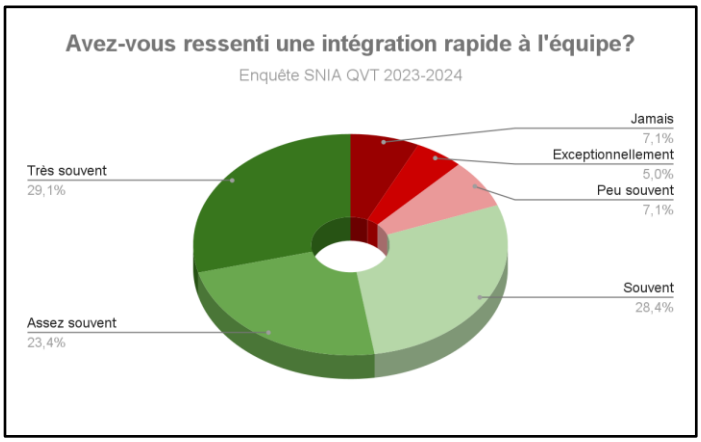
12.2.4.5. Sous ou surestimation des compétences





Globalement, les EIA ont eu plus le sentiment d'une sous-estimation de leurs compétences (45,4%) que d'une surestimation (19,2%).

12.2.4.6. Intégration à l'équipe



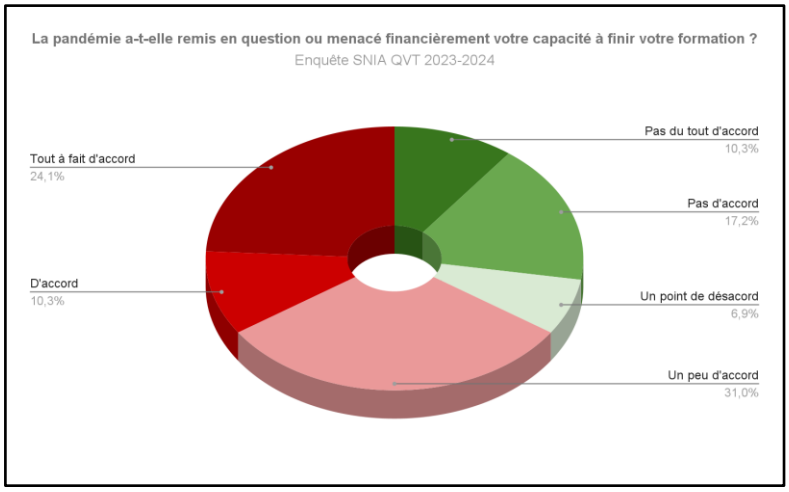
80,9% des EIA ont ressenti une intégration rapide à l'équipe d'accueil.

12.2 Abandons et financement

12.2.1 Autofinancement

Nous avons interrogé les EIA en autofinancement sur des questions précises. 29 EIA dans notre échantillon était en autofinancement.

Le nombre de 29 est semble-t-il insuffisant pour tirer des conclusions même s'il s'agit ici d'un effectif d'EIA mais apporte une perspective de ressenti.

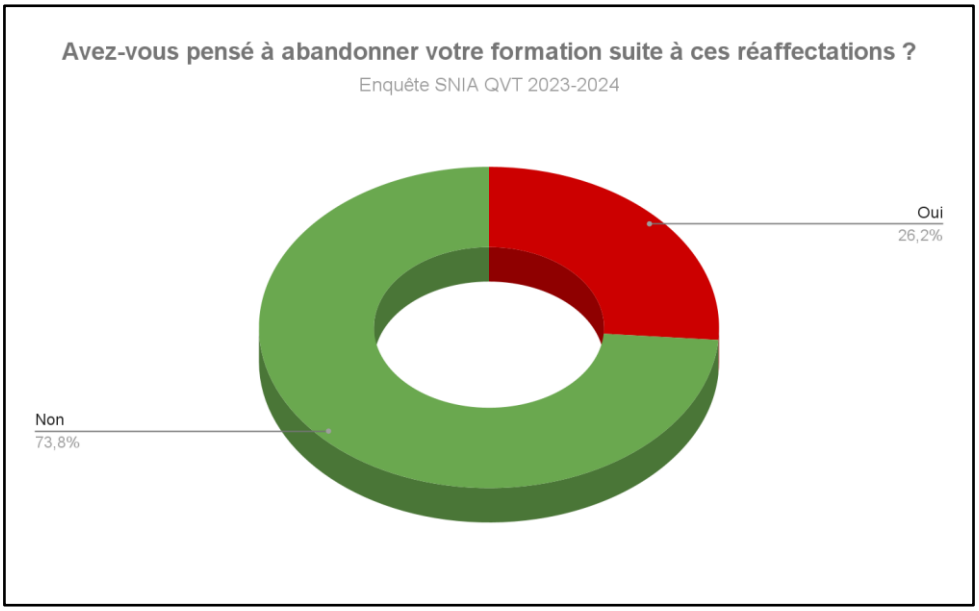


On remarque qu'il n'y a pas forcément de consensus sur cette question chez les EIA en autofinancement.

Malgré les 34,4% des EIA s'accordant à dire que la pandémie a menacé financièrement leur capacité à finir la formation, seuls 24% déclarent ensuite avoir pensé à abandonner pour des raisons financières.

Les raisons de la poursuite de la formation sont : la motivation, la famille (3 fois nommés), une aide financière de la région, l'aide de son entourage, la suspension de la formation qui a permis de retravailler à côté.

12.2.2 Abandons



26,42% des IADE disent avoir pensé à abandonner durant leur formation.
La proportion à avoir songé à l'abandon est globalement la même, que l'EIA soit financé (26,78%) ou pas (24,13%).

L'enquête étant adressée aux IADE en activité, nous n'avons pas les ressentis et les causes exactes des abandons des EIA durant la pandémie de covid.

Nous n'avons pas de chiffres quant au nombre d'abandons des EIA durant la pandémie covid 19.

Le financement de la formation ne semble pas être un facteur déterminant dans la décision d'abandonner celle-ci. Cependant, cette affirmation nécessite une certaine nuance, car nous manquons de données précises concernant le nombre exact d'abandons de formation consécutifs à la pandémie, ainsi que sur les raisons qui ont motivé ces abandons.

12.2.3 Question ouverte

"Qu'est-ce qui vous a poussé à continuer ?"

Cette question a été posée dès lors que le répondant signalait sa pensée d'avoir souhaité abandonner.

Les réponses se trouvent résumées dans ce nuage de mots.



Intégrés rapidement aux équipes d'accueil, considérés comme des professionnels autonomes et un renfort pour l'équipe, les étudiants ont le ressenti d'avoir été utiles et d'avoir instauré un climat de confiance avec les équipes soignantes.

Il est essentiel de reconnaître le rôle crucial des Infirmiers-Anesthésistes Diplômés d'État dans la réponse à des crises sanitaires. Leur expertise en anesthésie, en réanimation et en soins intensifs a été essentielle pour prendre en charge les patients atteints de la COVID-19. Les IADE et les EIA ont travaillé sans relâche pour sauver des vies, souvent au détriment de leur propre santé.

Il est important de souligner que cette pandémie semble avoir eu un impact sur la santé mentale et physique des personnels soignants, y compris les IADE. Les longues heures de travail, le stress, la peur de la contamination et la surcharge de travail ont pu laisser des séquelles. Il est crucial que soient considérées et soutenues ces professionnels de la santé, car ils ont été en première ligne face à cette crise.

La résilience du système de santé ne doit pas se faire au détriment de la santé des personnels. Il est impératif de mettre en place des mesures de soutien, de prévention et de suivi pour garantir leur bien-être et leur sécurité pendant et après cette période difficile.

13. Conclusion

La qualité de vie au travail (QVT) représente un enjeu crucial dans le secteur hospitalier, où les professionnels de la santé font face à des défis uniques liés à la nature même de leur travail. L'enquête QVT 2023 du SNIA visait à dresser un état des lieux de la situation. Les résultats de cette enquête, présentés lors de la restitution, soulignent une réalité préoccupante, où le "quoiqu'il en coûte" pour les soignants et la maltraitance institutionnelle, devenue la norme pendant la pandémie de la COVID-19, persistent.

Dans ce contexte, la fonction publique hospitalière éprouve des difficultés de recrutement, tandis que la filière infirmière est en déclin. Les Infirmiers-anesthésistes expriment un manque croissant de considération de la part de leurs directions, perçues comme déconnectées des réalités du terrain et des valeurs des soignants. Les décisions, prises de manière pyramidale et sans communication, privilégient la rentabilité au détriment de l'humain.

Les horaires décalés, les annulations de congés et de repos pour assurer la continuité des soins alimentent un cercle vicieux, particulièrement préjudiciable aux Infirmiers anesthésistes exerçant à temps partiel, souvent considérés comme variables d'ajustement en ressources humaines.

Malgré les défis intrinsèques, l'enquête révèle le rôle crucial que les infirmiers anesthésistes peuvent jouer dans l'amélioration de la qualité de vie au travail, notamment à travers un encadrement issu de leur filière.

Les principaux défis identifiés comprennent les heures supplémentaires imposées, les conditions de travail inadaptées et l'impact sur la vie familiale. Les IADE aspirent à une organisation du temps de travail plus flexible, favorisant l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

Une disparité entre les secteurs public et privé en matière de qualité de vie au travail est soulignée, avec le secteur privé offrant des conditions plus favorables. Pourtant, la profession des Infirmiers anesthésistes souffre d'un manque de reconnaissance, malgré ses qualités d'expertise et de polyvalence.

La reconnaissance, point central de cette enquête, est essentielle pour le bien-être et l'engagement professionnels des infirmiers anesthésistes. Les efforts visant à améliorer leur qualité de vie au travail doivent donc inclure des mesures concrètes pour renforcer cette reconnaissance, notamment sur les plans financier et académique.

La note moyenne de qualité de vie au travail (QVT) des IADE, inférieure à la moyenne nationale, constitue un signal d’alarme. Elle met en évidence des problèmes tels que l’instabilité des projets de carrière et l’augmentation des aspirations à la reconversion professionnelle.

La certification périodique des compétences des IADE qui se profile en 2024 devra prendre en compte leur santé personnelle (Axe 4), avec des mesures de prévention des risques professionnels et de gestion du stress.

En définitive, l'amélioration de la qualité de vie au travail des Infirmiers-anesthésistes est un enjeu crucial pour assurer la continuité des soins anesthésiques sur l'ensemble du territoire national dans un contexte de perspectives démographiques alarmantes.

15. Bibliographie

1. SNIA. Enquête SNIA qualité de vie au travail. 2011 ;

2. Masse M. Fonction publique, la qualité de vie au travail (QVT) quitte le côté obscur. Gestion & Finances Publiques. 2017 ;3(3):93-8.

3. Haute autorité de santé. La démarche QVT dans les établissements de santé. 2017 ;

4. Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes, Enquête 2001 https://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/enquete_2001graphiques.pdf

5. Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes, Enquête QVT 2011 https://www.snia.net/enquecircte-snia-2011.html

6. Syndicat National Des Infirmiers Anesthésistes (SNIA) [Internet]. [cité 5 avr 2024]. Enquête 2018. Disponible sur: https://www.snia.net/enquete2018.html

7. Données démographiques - Syndical National Des Infirmiers Anesthésistes (SNIA) [Internet]. [cité 8 juill 2023]. Disponible sur: https://www.snia.net/donneacutees-deacutemographiques.html?fbclid=IwAR1fWISga1cI2DbySd6ZqyQdz9jzOgjj6fSNO0kFrg_FHxL63UoSZrwsqYI

8. Les familles en 2020 : 25 % de familles monoparentales, 21 % de familles nombreuses - Insee Focus - 249 [Internet]. [cité 5 avr 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/5422681

9. Louis.maurin. Familles monoparentales : la progression continue [Internet]. Centre d'observation de la société. 2023 [cité 5 avr 2024]. Disponible sur: https://www.observationsociete.fr/structures-familiales/personnes-seules/de-plus-en-plus-de-familles-monoparentales-2/

10. Colas S, Delias L. Prendre en compte le biais de l'âge dans les méthodes d'enquête. Revue des sciences sociales. 12 déc 2023;(70):70-7.

11. WeDoItBetter, Iraqi M. La formation professionnelle est aussi impactée par les inégalités de genre [Internet]. Le Média 100% RH. 2020 [cité 5 avr 2024]. Disponible sur: https://www.parlonsrh.com/media/la-formation-professionnelle-est-aussi-impactee-par-les-inegalites-de-genre/

12. La démographie des professionnels de santé | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 5 avr 2024]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/la-demographie-des-professionnels-de-sante

13. Ducloy-Bouthors AS, Tourres J, Malinovsky JM. Organisation de l'anesthésie-réanimation obstétricale. Anesthésie & Réanimation. juin 2016;2(3):206-12.

14. Temps partiel − Emploi, chômage, revenus du travail | Insee [Internet]. [cité 5 avr 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/5391994?sommaire=5392045

15. Le temps partiel | DARES [Internet]. [cité 5 avr 2024]. Disponible sur: https://dares.travail-emploi.gouv.fr/donnees/le-temps-partiel

16. Décret n° 2023-936 du 10 octobre 2023 relatif à la consultation par les établissements publics de santé du fichier national de déclaration à l'embauche. 2023-936 oct 10, 2023.

17. Surprésentéisme, l'autre face de l'absentéisme - cadredesante.com [Internet]. [cité 5 avr 2024]. Disponible sur: https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/article/surpresenteisme-l-autre-face-de-l-absenteisme

18. Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière - Légifrance [Internet]. [cité 5 avr 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000398298

19. Casini A, Gervais MJ, Messing K. Chapitre 9. Genre et travail : le regard de la psychologie et de l'ergonomie. In: Les psychologies du genre [Internet]. Wavre: Mardaga; 2021 [cité 5 avr 2024]. p. 217-42. (PSY-Individus, groupes, culture). Disponible sur: https://www.cairn.info/les-psychologies-du-genre--9782804709358-p-217.htm

20. Monneuse D. Chapitre 4. Le danger du surprésentéisme. In: Le surprésentéisme [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 1991 [cité 5 avr 2024]. p. 77-94. (Méthodes & Recherches). Disponible sur: https://www.cairn.info/le-surpresenteisme--9782804190323-p-77.htm

21. Le droit à la déconnexion dans la fonction publique | Le portail de la fonction publique [Internet]. [cité 5 avr 2024]. Disponible sur: https://www.fonction-publique.gouv.fr/etre-agent-public/mon-quotidien-au-travail/qualite-de-vie-au-travail/le-droit-la-deconnexion-dans-la-fonction-publique

22. Infirmiers.com . Près d'une infirmière sur deux quitte l'hôpital après dix ans de carrière. Disponible sur: https://www.infirmiers.com/profession-ide/pres-dune-infirmiere-sur-deux-quitte-lhopital-apres-dix-ans-de-carriere

23. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 5 avr 2024]. Ségur de la santé. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/

24. DICOM_Raphaelle.B, DICOM_Raphaelle.B. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 5 avr 2024]. Rapport sur la santé des professionnels de santé. Disponible sur:

https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-sur-la-sante-des-professionnels-de-sante

25 Le Figaro. La qualité de vie au travail se dégrade 06/2013
https://www.lefigaro.fr/vie-bureau/2013/06/10/09008-20130610ARTFIG00587-pour-7-salaries-sur-dix-la-qualite-de-vie-au-travail-se-degrade.php

26. SNIA, Grande enquête COVID, 2021

https://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/national_survey_covid_snia_final__version.pdf

Le S.N.I.A est un syndicat professionnel (lois des 21 mars 1884 et 12 mars 1920), créé en 1951.

Représentant de la profession Infirmière-Anesthésiste au sein du Haut Conseil des Professions Paramédicales (HCPP)

Membre fondateur et représentant de *l'International Federation of Nurse Anesthetists* (IFNA)

Membre fondateur du Collège Infirmier Français (CIF)

Membre fondateur du Conseil National Professionnel des Infirmiers-Anesthésistes (CNPIA)

SNIA

157, Rue Legendre - 75017 Paris

Tél : 01.40.35.31.98

Fax : 01.40.35.31.95

contact@snia.net

www.snia.net