

ANALYSE DES CONDITIONS DE TRAVAIL, RELATIONS PROFESSIONNELLES ET BIEN-ÊTRE ÉMOTIONNEL DES SOIGNANTS EN FRANCE

Ce rapport approfondi analyse les données issues d'une enquête menée auprès de 384 soignants exerçant en France, extraites du fichier « LES SURVIVANTS PERSONEL SOIGNANTS.xlsx ». L'objectif est de fournir une évaluation exhaustive des conditions de travail, des relations professionnelles, du bien-être émotionnel et des impacts de la pandémie de COVID-19 sur les soignants, accompagnée d'une interprétation détaillée des tendances, des points critiques et des implications pour le système de santé français. En s'appuyant sur les résultats, ce rapport propose des recommandations concrètes pour améliorer le soutien aux soignants et renforcer la résilience du secteur de la santé. Cette analyse vise à justifier la rigueur et la valeur du travail effectué, en offrant un document complet et structuré.

Pr T Damy
Hôpital H Mondor
Créteil
France
Courriel : thibaud.damy@gmail.com
Tel : 0659498038

Introduction et contexte	4
1. Profil des répondants	4
1.1. Répartition géographique	4
1.2. Statut professionnel	6
1.3. Lieu d'exercice principal	7
1.4. Données démographiques	8
2. Conditions de travail	8
2.1. Durée de travail et astreintes	9
2.2. Relations professionnelles	9
2.2.1. Relations avec l'administration	9
2.2.2. Relations avec les équipes soignantes	10
2.2.3. Conflits au travail	11
2.3. Rémunération	12
3. Relations avec les patients et leurs familles	13
3.2. Relations avec les familles des patients	15
3.3. Gestion des décès	15
3.4. Formation à la fin de vie	18
4. Bien-être émotionnel et stress	19
4.1. Activités de bien-être	19
4.2. Croyances et pratiques religieuses	20
4.3. Symptômes de stress et d'épuisement	21
4.3.1 Résultats factuels	21
4.3.2 Résultats Échelle d'Impact Événementiel Révisée (IES-R)	25
4.4. Burnout et relation au travail ; Inventaire de Burnout de Maslach - MBI	28
4.4.1 Résultats factuels	28
4.4.2 Résultats Inventaire de Burnout de Maslach - MBI	29
5. Hospital Anxiety and Depression scale	34
6. Retour d'expérience antérieure des décès de patients	35
7. Impact de la pandémie de COVID-19	45
8. Synthèse des résultats	46
8.1. Points forts	46
8.2. Points de préoccupation	46
9. Recommandations stratégiques	47

9.1. Renforcer la formation sur la fin de vie :	47
9.2. Améliorer le soutien institutionnel :	47
9.3. Revaloriser les salaires :	47
9.4. Gérer les conflits au travail :	48
9.5. Prévenir le burnout :	48
9.6. Soutenir les soignants post-COVID-19 :	48
10. Conclusion	49
Annexes	49

Introduction et contexte

Les soignants français jouent un rôle central dans le système de santé, mais ils évoluent dans un environnement marqué par des pressions croissantes, amplifiées par la pandémie de COVID-19. Cette enquête, menée auprès de 384 soignants, révèle des défis structurels majeurs : une insatisfaction salariale marquée (43,48 % jugent leur rémunération mauvaise), un manque criant de soutien institutionnel (63,93 % ne se sentent pas soutenus face aux décès), et une formation insuffisante sur la gestion de la fin de vie (93,44 % la jugent inadéquate). Parallèlement, les soignants démontrent une résilience remarquable, soutenue par des relations positives avec leurs patients (83,08 % bonnes) et une forte capacité d'empathie (53,85 % comprennent facilement les ressentis des patients). Cependant, des signes préoccupants de burnout (28,85 % se sentent émotionnellement vidés) et des conflits au travail (36,46 % en relation conflictuelle) soulignent l'urgence d'interventions ciblées.

L'objectif de ce rapport est triple : (1) cartographier de manière détaillée les conditions de travail, les relations professionnelles et le bien-être émotionnel des soignants ; (2) identifier les points de tension critiques et leurs implications ; (3) formuler des recommandations stratégiques pour améliorer les conditions de travail et préserver la santé mentale des soignants. Ce document s'adresse aux décideurs politiques, gestionnaires hospitaliers, formateurs en santé et syndicats, offrant une base factuelle pour orienter les réformes et soutenir les soignants dans leur mission essentielle.

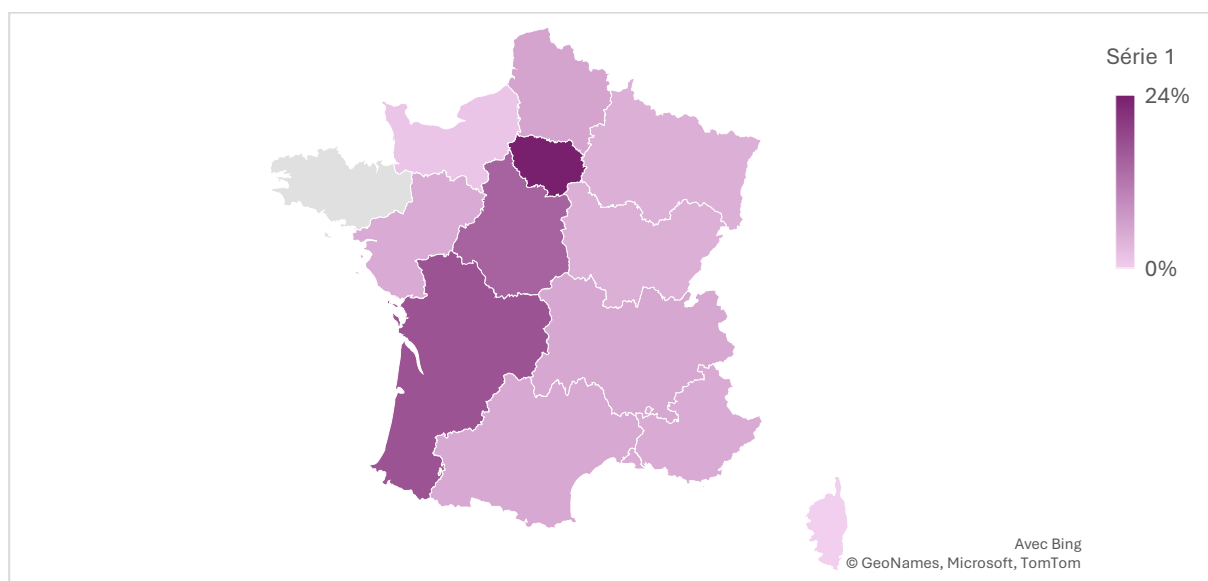
1. Profil des répondants

1.1. Répartition géographique

Question : Dans quelle région française résidez-vous ?

Résultats : Les 384 répondants sont répartis à travers plusieurs régions françaises, avec une concentration notable en Île-de-France (26,44 %, n=92), Nouvelle-Aquitaine (18,68 %, n=65) et Centre-Val de Loire (16,38 %, n=57). Ces trois régions représentent plus de 60 % de l'échantillon. À l'inverse, des régions comme la Corse (0 %), la Guyane (0 %) et Mayotte (0,29 %, n=1) sont marginalement représentées. D'autres régions, telles que la Bretagne (6,32 %, n=22) et les Hauts-de-France (6,61 %, n=23), affichent une participation modérée.

Dans quelle région française résidez-vous ?	384	100
Auvergne-Rhône-Alpes	21	6,0
Bourgogne-Franche-Comté	17	4,9
Bretagne	22	6,3
Centre-Val de Loire	57	16,4
Corse	0	0,0
Grand Est	17	4,9
Guadeloupe	1	0,3
Guyane	0	0,0
Hauts-de-France	23	6,6
Île-de-France	92	26,4
La Réunion	4	1,1
Martinique	1	0,3
Mayotte	1	0,3
Normandie	5	1,4
Nouvelle-Aquitaine	65	18,7
Occitanie	20	5,7
Pays de la Loire	19	5,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	19	5,5



Commentaires : La forte concentration en Île-de-France et Nouvelle-Aquitaine s'explique par la densité de population et la présence d'infrastructures médicales importantes, notamment des centres hospitaliers universitaires (CHU) et généraux (CHG). La sous-représentation des territoires ultramarins pourrait résulter d'un accès limité à l'enquête, d'une faible densité de soignants ou de contraintes logistiques dans ces zones. Cette répartition géographique influence les résultats, car les conditions de travail varient selon la densité des ressources médicales et les pressions locales. Une analyse complémentaire ciblant les régions sous-représentées serait nécessaire pour une vision nationale plus équilibrée.

Implications : Les conclusions de l'enquête reflètent principalement les réalités des régions métropolitaines urbanisées, ce qui peut limiter leur applicabilité aux contextes ruraux ou ultramarins.

1.2. Statut professionnel

Question : Quel est votre statut ?

Résultats : Les infirmiers diplômés d'État (DE) dominent l'échantillon avec 31,25 % (n=120), suivis des aides-soignants (28,13 %, n=108). Les cadres de santé (9,38 %, n=36) et les psychologues (4,17 %, n=16) sont également représentés, tout comme les kinésithérapeutes (3,13 %, n=12) et les infirmiers en protocole de coopération (3,13 %, n=12). Des professions comme les diététiciens, manipulateurs radio, assistants sociaux et ergothérapeutes sont absentes (0 %). Une catégorie « Autre » regroupe 7,29 % des répondants (n=28), sans précision sur les métiers concernés.

Quel est votre statut ?	384	100
Infirmier DE	120	31,25
Infirmier de coordination ou de programmation	20	5,21
IADE	4	1,04
IBODE	4	1,04
IPA	12	3,13
IDE protocole de coopération	12	3,13
Manipulateur radio	0	0
Aide-soignant	108	28,13
Cadre de santé	36	9,38
Cadre supérieur de santé	8	2,08
Diététicien	0	0
Psychologue	16	4,17
Assistante sociale	0	0
Assistant/Ingénieur de recherche clinique	0	0
Secrétaire (AMA)	4	1,04
Kinésithérapeute	12	3,13
APA	0	0
Ergothérapeute	0	0
Autre, merci de préciser	28	7,29

Commentaires : La prédominance des infirmiers DE et aides-soignants est cohérente avec leur rôle central dans le système de santé français, où ils assurent la majorité des soins directs aux patients. L'absence de certaines professions pourrait refléter une diffusion sélective de l'enquête,

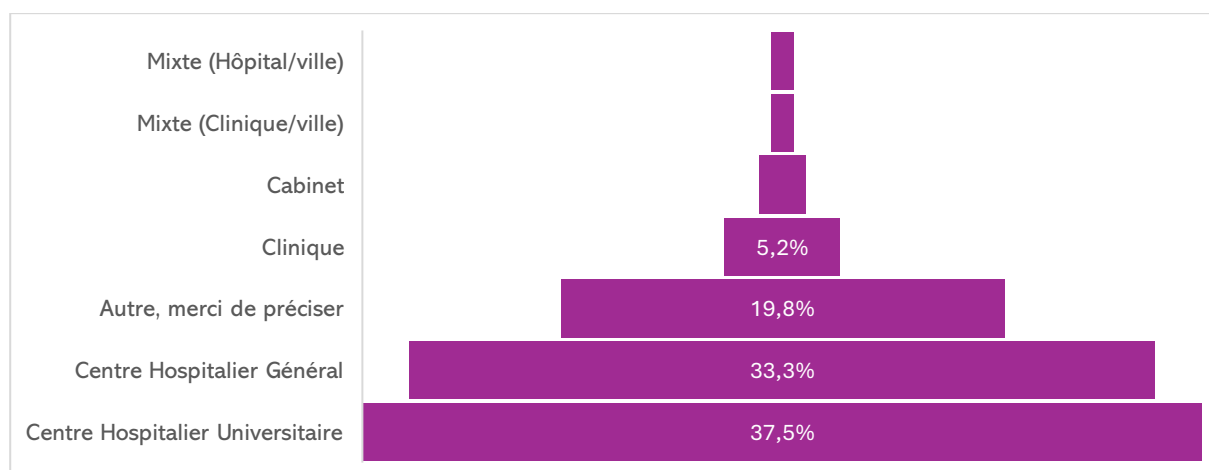
une sous-représentation de ces groupes dans le secteur ou une participation limitée. La présence notable des cadres de santé indique une inclusion de profils managériaux, ce qui enrichit l'analyse des dynamiques organisationnelles. La catégorie « Autre » non détaillée limite l'interprétation des résultats pour ces 7,29 %, suggérant un besoin de clarification dans les enquêtes futures.

Implications : L'échantillon est représentatif des métiers de première ligne, mais l'absence de certains profils paramédicaux et administratifs peut biaiser les conclusions sur la diversité des expériences professionnelles.

1.3. Lieu d'exercice principal

Question : Quel est votre lieu d'exercice principal ?

Résultats : Les centres hospitaliers universitaires (CHU) représentent 37,5 % des lieux d'exercice (n=144), suivis des centres hospitaliers généraux (CHG, 33,33 %, n=128). Une catégorie « Autre » regroupe 19,79 % (n=76), sans détails spécifiques. Les cliniques privées (5,21 %, n=20) et les cabinets libéraux (2,08 %, n=8) sont faiblement représentés, tout comme les pratiques mixtes (hôpital/ville ou clinique/ville, 1,04 % chacun, n=4).



Commentaires : La prédominance des CHU et CHG reflète l'importance du secteur hospitalier public dans le système de santé français, où la majorité des soins spécialisés et généraux sont dispensés. La faible représentation des cliniques et cabinets libéraux indique que l'enquête cible principalement les soignants hospitaliers, ce qui peut biaiser les résultats en sous-estimant les réalités du secteur privé ou libéral. La catégorie « Autre » non précisée pourrait inclure des structures comme les EHPAD, les centres de rééducation ou les services de santé communautaire, mais l'absence de détails limite l'analyse. Cette orientation hospitalière suggère que les résultats sont particulièrement pertinents pour les établissements publics, où les pressions organisationnelles et les ressources humaines sont souvent sous tension.

Implications : Les conclusions de l'enquête sont fortement ancrées dans le contexte hospitalier public, ce qui nécessite une prudence dans leur généralisation aux autres secteurs de la santé.

1.4. Données démographiques

Résultats :

- Âge : L'âge moyen des répondants est de 42,75 ans (min : 21, max : 62, n=384), avec une ancienneté moyenne de 16,19 ans dans leur profession (min : 1, max : 42).

- Genre : 89,58 % sont des femmes (n=344), 9,38 % des hommes (n=36) et 1,04 % des non-binaires (n=4).

Question	N°	%
Quel est votre genre ?	384	100
Homme	36	9,38
Femme	344	89,58
Non Binaire	4	1,04

- Situation personnelle : 42,71 % vivent en couple (n=164), 39,58 % en famille (n=152), 12,5 % sont célibataires (n=48), 3,13 % sont en famille monoparentale (n=12), et 2,08 % relèvent d'une catégorie « Autre » non précisée (n=8).

Commentaires : La forte proportion de femmes reflète la féminisation historique des professions soignantes en France, où les métiers comme infirmier ou aide-soignant sont majoritairement occupés par des femmes. L'âge moyen de 42,75 ans et l'ancienneté de 16,19 ans indiquent une population expérimentée, mais potentiellement vulnérable à l'usure professionnelle due à des années d'exposition à des conditions exigeantes. La répartition des situations personnelles montre que plus de 80 % des soignants ont des responsabilités familiales (couple ou famille), ce qui peut accroître les pressions liées à la conciliation travail-vie personnelle, surtout pour les 3,13 % en famille monoparentale. La faible proportion de non-binaires (1,04 %) est cohérente avec les tendances démographiques générales, mais pourrait aussi refléter une sous-déclaration.

Implications : La démographie des soignants (âge, genre, situation familiale) influence leurs besoins en matière de conditions de travail, de soutien psychologique et d'équilibre vie professionnelle-vie personnelle, des aspects à prendre en compte dans les politiques de ressources humaines.

2. Conditions de travail

2.1. Durée de travail et astreintes

Résultats :

- Durée de travail hebdomadaire : 37,79 heures en moyenne (min : 0, max : 55, n=384).
- Week-ends travaillés par mois : 1,44 en moyenne (min : 0, max : 20).
- Jours d'astreinte par mois : 0,43 en moyenne (min : 0, max : 7).
- Durée de transport quotidien : 39,48 minutes aller-retour (min : 1, max : 120).

Commentaires : La durée moyenne de travail de 37,79 heures est légèrement supérieure aux 35 heures légales, reflétant les exigences des métiers de la santé, où les horaires irréguliers et les heures supplémentaires sont fréquents. La variabilité importante (jusqu'à 55 heures) suggère des disparités selon les postes, les établissements ou les spécialités, certains soignants étant soumis à des charges de travail particulièrement lourdes. Le faible nombre de week-ends travaillés (1,44 par mois) indique que la majorité des soignants bénéficie de rotations planifiées, mais l'extrême de 20 week-ends par mois révèle des situations exceptionnelles, probablement liées à des postes en services d'urgence ou de soins intensifs. Les astreintes, avec une moyenne de 0,43 jours par mois, sont peu fréquentes, mais concentrées sur des métiers spécifiques comme les infirmiers anesthésistes (IADE) ou les infirmiers de bloc opératoire (IBODE). La durée de transport de 39,48 minutes suggère une proximité géographique entre domicile et lieu de travail pour la plupart, bien que des trajets allant jusqu'à 120 minutes indiquent des contraintes pour certains, notamment dans les zones rurales ou périurbaines.

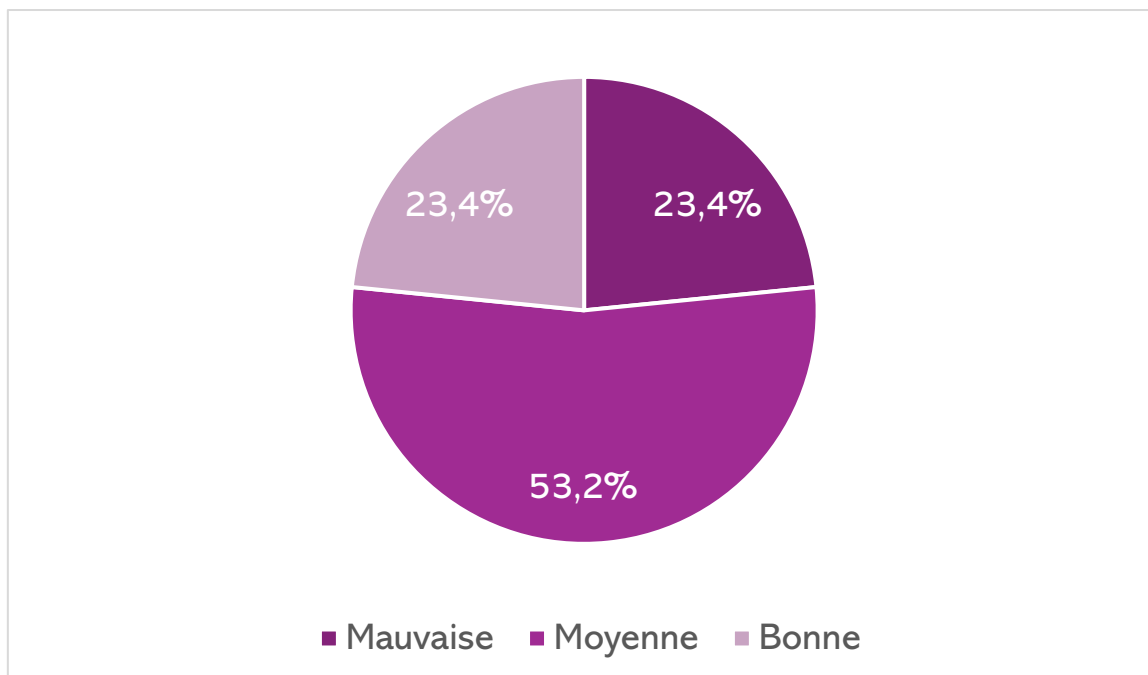
Implications : Les horaires irréguliers et les charges de travail élevées augmentent le risque de fatigue et d'épuisement, tandis que les longs trajets peuvent aggraver les tensions liées à la conciliation travail-vie personnelle. Une meilleure planification des horaires et un soutien logistique (ex. : aide au transport) pourraient atténuer ces pressions.

2.2. Relations professionnelles

2.2.1. Relations avec l'administration

Résultats :

- Note moyenne : 5,11/10 (min : 0, max : 9, n=188).
- Répartition : 23,40 % jugent ces relations mauvaises (n=44), 53,19 % moyennes (n=100), 23,40 % bonnes (n=44).



- Détails : Les notes basses (0-3) représentent 23,41 % des réponses, tandis que les notes élevées (7-9) totalisent 23,41 %.

Commentaires : La note moyenne de 5,11/10 reflète une perception mitigée des relations avec l'administration, avec une majorité de jugements moyens ou négatifs. Les tensions signalées pourraient découler d'une bureaucratie perçue comme lourde, de délais administratifs, de pressions organisationnelles ou d'un manque de dialogue entre les soignants et les gestionnaires. Les 23,40 % de jugements négatifs indiquent une insatisfaction significative, probablement liée à des décisions administratives perçues comme déconnectées des réalités cliniques. En revanche, les 23,40 % de jugements positifs suggèrent que certains établissements parviennent à maintenir des relations constructives, peut-être grâce à une communication transparente ou à un management participatif. L'absence de notes à 10/10 montre qu'aucun soignant ne considère ces relations comme idéales.

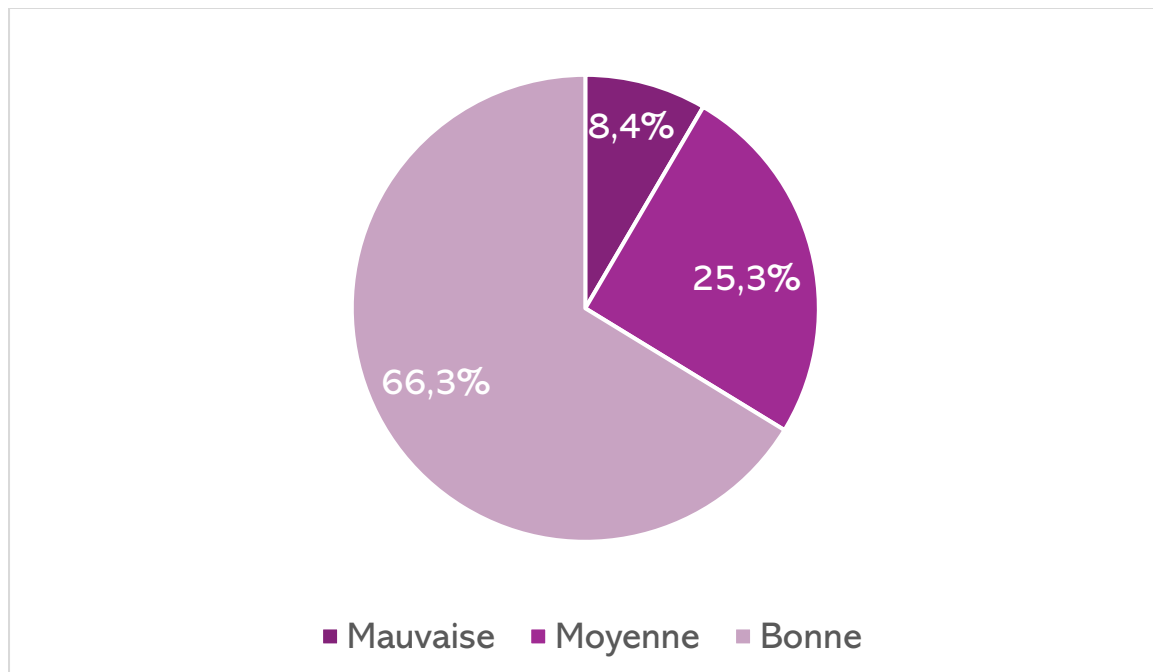
Implications : Des relations tendues avec l'administration peuvent nuire à la motivation, accroître le stress et freiner les initiatives des soignants, affectant indirectement la qualité des soins. Une réforme des processus administratifs et une meilleure inclusion des soignants dans les décisions sont nécessaires.

2.2.2. Relations avec les équipes soignantes

Résultats :

- Note moyenne : 6,71/10 (min : 2, max : 10, n=332).

- Répartition : 66,27 % jugent ces relations bonnes (n=220), 25,30 % moyennes (n=84), 8,43 % mauvaises (n=28).

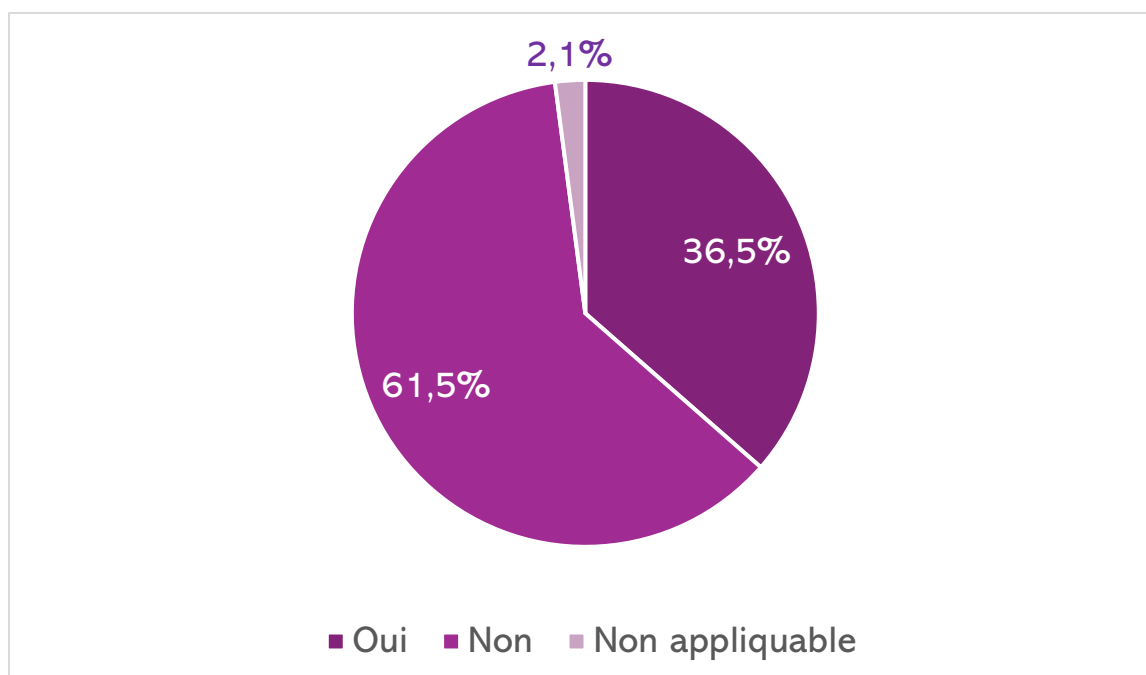


Commentaires : La note moyenne de 6,71/10 indique des relations globalement positives avec les collègues, ce qui constitue un atout majeur dans un secteur marqué par des pressions intenses. Les 66,27 % de jugements positifs reflètent un esprit d'équipe solide, essentiel pour la collaboration interprofessionnelle dans les soins. Cependant, les 8,43 % de relations jugées mauvaises signalent des tensions dans certains contextes, potentiellement liées à des différences de personnalité, des conflits de priorités ou des pressions organisationnelles. Les 25,30 % de jugements moyens suggèrent une marge d'amélioration dans la dynamique d'équipe, notamment dans les établissements où la communication ou la reconnaissance mutuelle sont insuffisantes. La variabilité des notes (de 2 à 10) montre que les expériences diffèrent selon les services ou les établissements.

Implications : La cohésion d'équipe est une ressource clé pour la résilience des soignants, mais les tensions signalées nécessitent des interventions ciblées, comme des formations à la communication ou des médiations internes.

2.2.3. Conflits au travail

Résultats : 36,46 % des répondants (n=140) déclarent être en relation conflictuelle avec au moins une personne sur leur lieu de travail, contre 61,46 % sans conflit (n=236) et 2,08 % pour qui la question n'est pas applicable (n=8).



Commentaires : La fréquence des conflits, touchant plus d'un soignant sur trois, est alarmante, car elle peut affecter la collaboration, le moral et la qualité des soins. Ces tensions peuvent résulter de pressions organisationnelles (ex. : manque de personnel, horaires chargés), de divergences professionnelles (ex. : priorités cliniques) ou de dynamiques interpersonnelles. Les 61,46 % sans conflit indiquent que la majorité des soignants travaillent dans des environnements relativement harmonieux, mais la proportion significative de conflits suggère des failles dans la gestion des relations au travail. La catégorie « non applicable » (2,08 %) pourrait inclure des soignants exerçant en solo (ex. : en cabinet) ou dans des équipes très réduites.

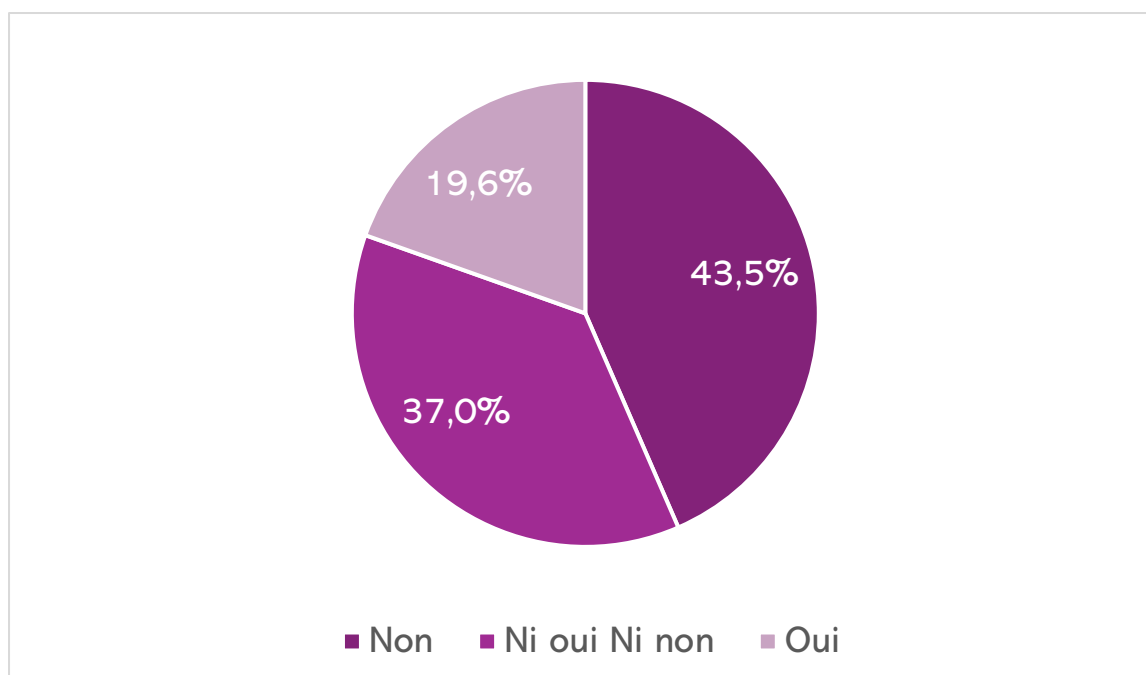
Implications : Les conflits au travail augmentent le stress et risquent de compromettre la cohésion d'équipe. Des formations à la communication non violente et des mécanismes de médiation pourraient réduire ces tensions.

2.3. Rémunération

Question : Vous estimez-vous suffisamment rétribué pour votre travail ?

Résultats :

- Note moyenne : 4,25/10 (min : 0, max : 10, n=368).
- Répartition : 43,48 % jugent leur rémunération mauvaise (n=160), 36,96 % moyenne (n=136), 19,57 % bonne (n=72).



- Détails : Les notes basses (0-3) représentent 43,47 % des réponses, tandis que les notes élevées (7-10) totalisent 19,57 %.

Commentaires : La note moyenne de 4,25/10 traduit une insatisfaction salariale généralisée, un problème chronique dans le secteur de la santé en France. Les 43,48 % de jugements négatifs reflètent un sentiment profond de sous-valorisation, les soignants estimant que leur rémunération ne correspond ni à leurs responsabilités ni à leurs conditions de travail exigeantes. Les 36,96 % de jugements moyens indiquent une acceptation résignée pour une partie des soignants, tandis que les 19,57 % de jugements positifs concernent probablement des profils mieux rémunérés (ex. : cadres de santé, infirmiers spécialisés) ou des soignants dans des contextes spécifiques (ex. : cliniques privées). La variabilité des notes (de 0 à 10) suggère des disparités selon les métiers, les régions ou les types d'établissements. Ce sentiment d'injustice salariale est particulièrement préoccupant dans un contexte de pénurie de personnel et de pressions croissantes.

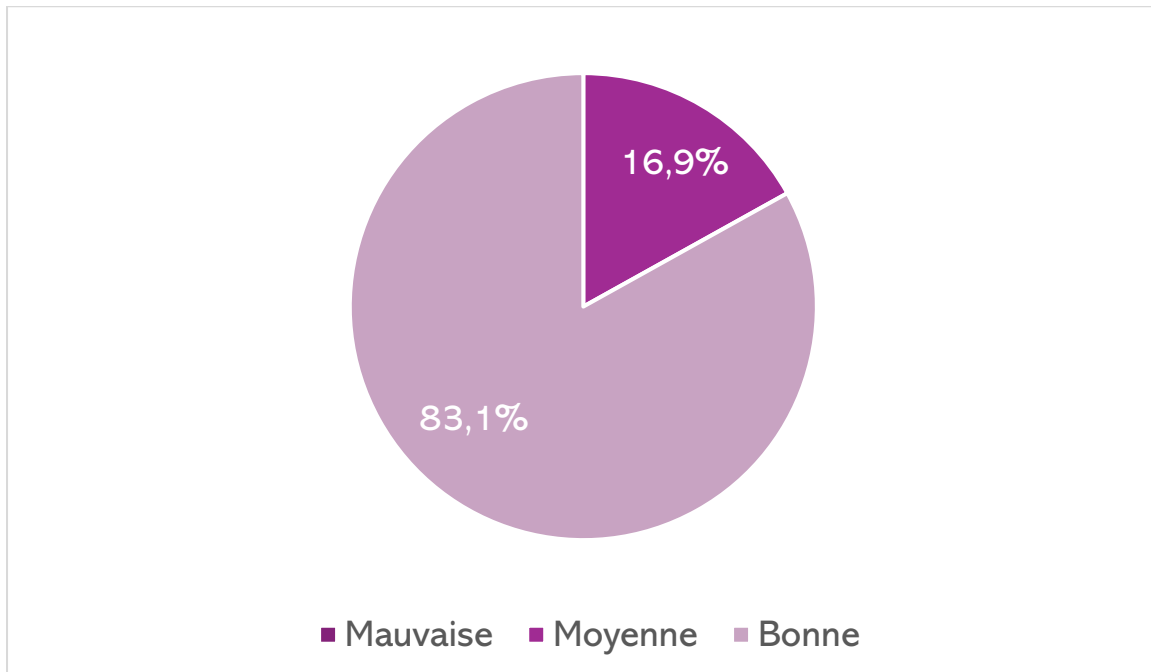
Implications : L'insatisfaction salariale menace la motivation, l'attractivité des métiers de la santé et la rétention des soignants, aggravant les défis du système de santé. Une revalorisation salariale ciblée est impérative.

3. Relations avec les patients et leurs familles

3.1. Relations avec les patients

Résultats :

- Note moyenne : 7,78/10 (min : 4, max : 10, n=260).
- Répartition : 83,08 % jugent ces relations bonnes (n=216), 16,92 % moyennes (n=44), 0 % mauvaises.



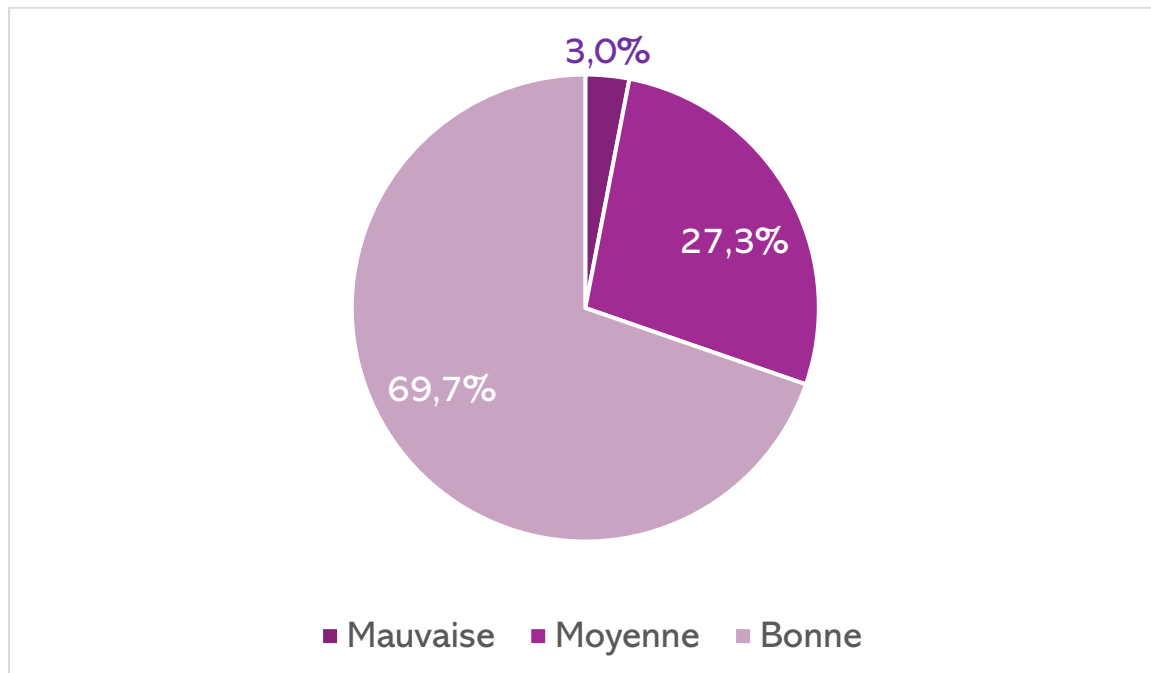
Commentaires : La note moyenne élevée de 7,78/10 et les 83,08 % de jugements positifs témoignent d'une satisfaction exceptionnelle dans les interactions avec les patients, un pilier de la vocation soignante. L'absence totale de relations jugées mauvaises (0 %) est remarquable, soulignant l'engagement des soignants à maintenir des relations humaines de qualité, même dans des conditions stressantes. Les 16,92 % de jugements moyens pourraient refléter des situations ponctuelles de tension (ex. : patients difficiles, contraintes de temps), mais ne remettent pas en cause la force de cet aspect du métier. La note minimale de 4/10 indique que, même dans les cas les moins favorables, les relations restent acceptables. Ces résultats suggèrent que les soignants tirent une grande satisfaction de leur rôle auprès des patients, ce qui peut compenser partiellement les autres défis professionnels.

Implications : Les relations positives avec les patients sont une source de motivation et de résilience, à préserver en réduisant les pressions organisationnelles qui pourraient nuire à la qualité des interactions.

3.2. Relations avec les familles des patients

Résultats :

- Note moyenne : 7,03/10 (min : 0, max : 10, n=264).
- Répartition : 69,70 % jugent ces relations bonnes (n=184), 27,27 % moyennes (n=72), 3,03 % mauvaises (n=8).



Commentaires : La note moyenne de 7,03/10 indique des relations globalement positives avec les familles, mais moins satisfaisantes que celles avec les patients (7,78/10). Les 69,70 % de jugements positifs reflètent une capacité des soignants à établir des relations constructives avec les proches, souvent dans des contextes émotionnellement chargés. Les 27,27 % de jugements moyens et les 3,03 % de jugements négatifs suggèrent des défis occasionnels, probablement liés à des attentes divergentes, des malentendus ou des situations de deuil complexes. La note minimale de 0/10, bien que rare, indique des cas extrêmes où les interactions ont été particulièrement conflictuelles. Ces résultats soulignent l'importance de former les soignants à la communication avec les familles, un aspect souvent négligé dans leur formation initiale.

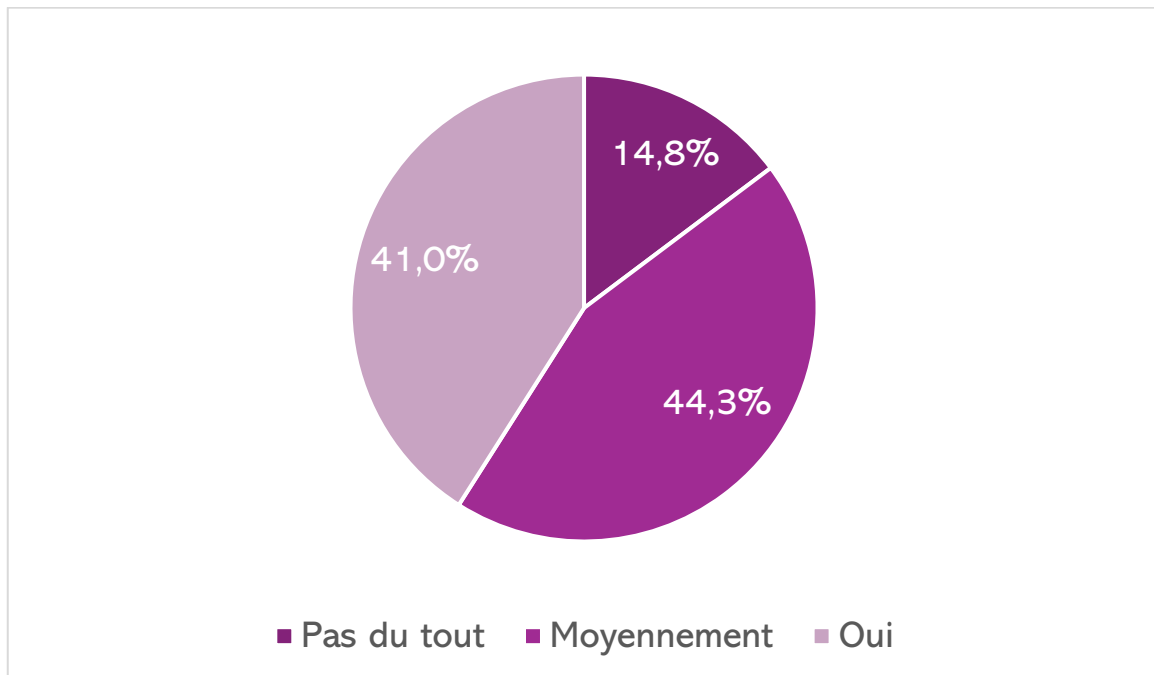
Implications : Les relations avec les familles constituent une dimension clé du métier, mais nécessitent un soutien accru pour gérer les tensions et renforcer les compétences relationnelles.

3.3. Gestion des décès

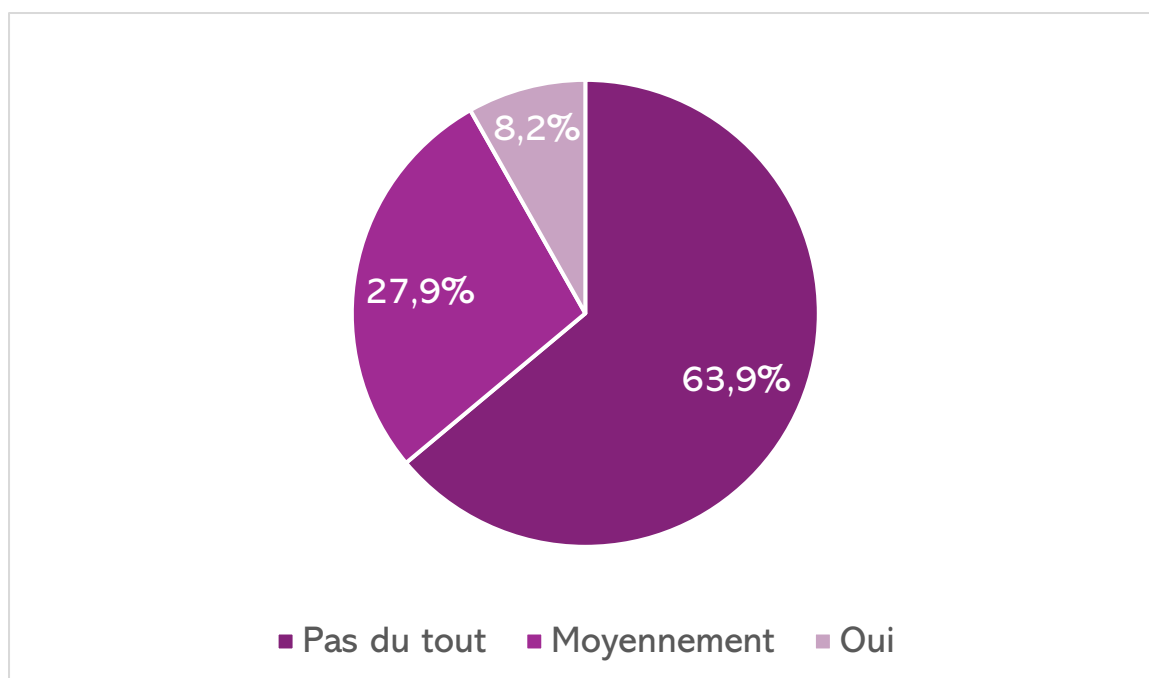
Résultats :

- Nombre de patients décédés :

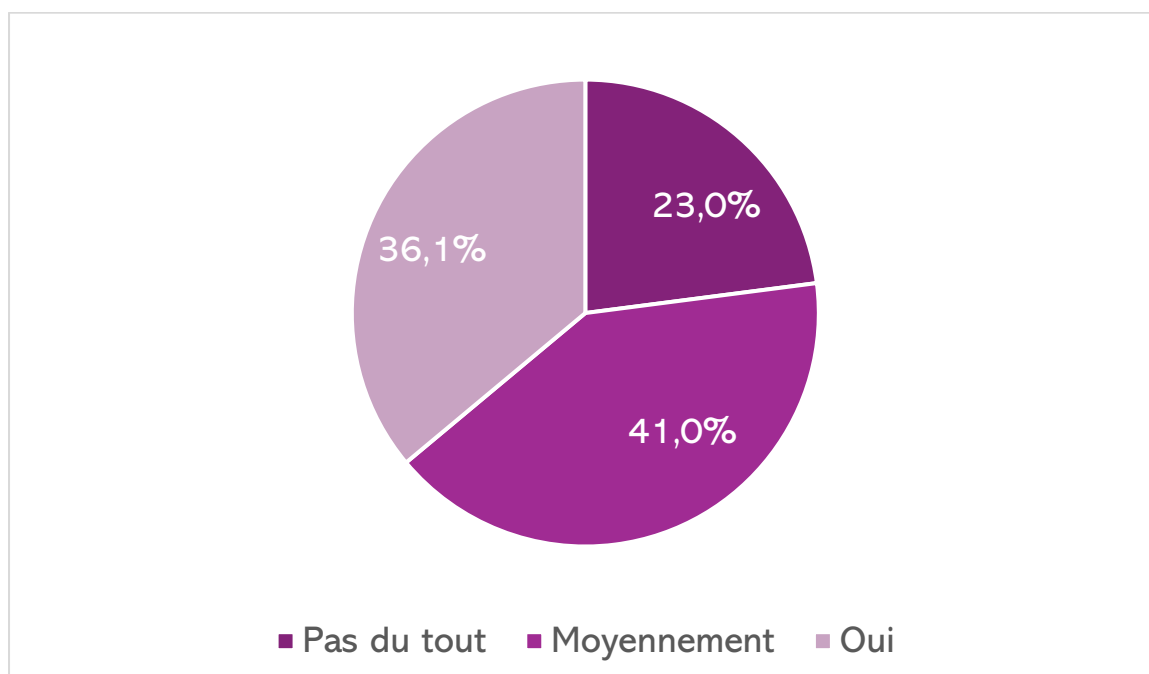
- Sur les 30 derniers jours : 3,76 en moyenne (min : 0, max : 30, n=264).
- Sur l'année : 27,52 en moyenne (min : 0, max : 300, n=264).
- Proportion de morts brutales : 14,85 % en moyenne (min : 0, max : 100).
- Soutien perçu lors d'un décès :
 - Par les collègues/équipe : 6,67/10 (min : 1, max : 10, n=244), avec 40,98 % se sentant soutenus (n=100), 44,26 % moyennement (n=108), 14,75 % pas du tout (n=36).



- Par l'institution : 3,49/10 (min : 1, max : 10, n=244), avec 63,93 % ne se sentant pas soutenus (n=156), 27,87 % moyennement (n=68), 8,20 % soutenus (n=20).



- Par la famille/entourage : 5,8/10 (min : 1, max : 10, n=244), avec 36,07 % se sentant soutenus (n=88), 40,98 % moyennement (n=100), 22,95 % pas du tout (n=56).



Commentaires : Les soignants sont régulièrement confrontés à la mort, avec une moyenne de 27,52 décès par an, dont 14,85 % sont brutaux, des événements particulièrement traumatisants en raison de leur imprévisibilité. Le soutien des collègues, noté à 6,67/10, constitue une ressource modérée, mais essentielle, avec 40,98 % des soignants se sentant soutenus par leurs pairs. En

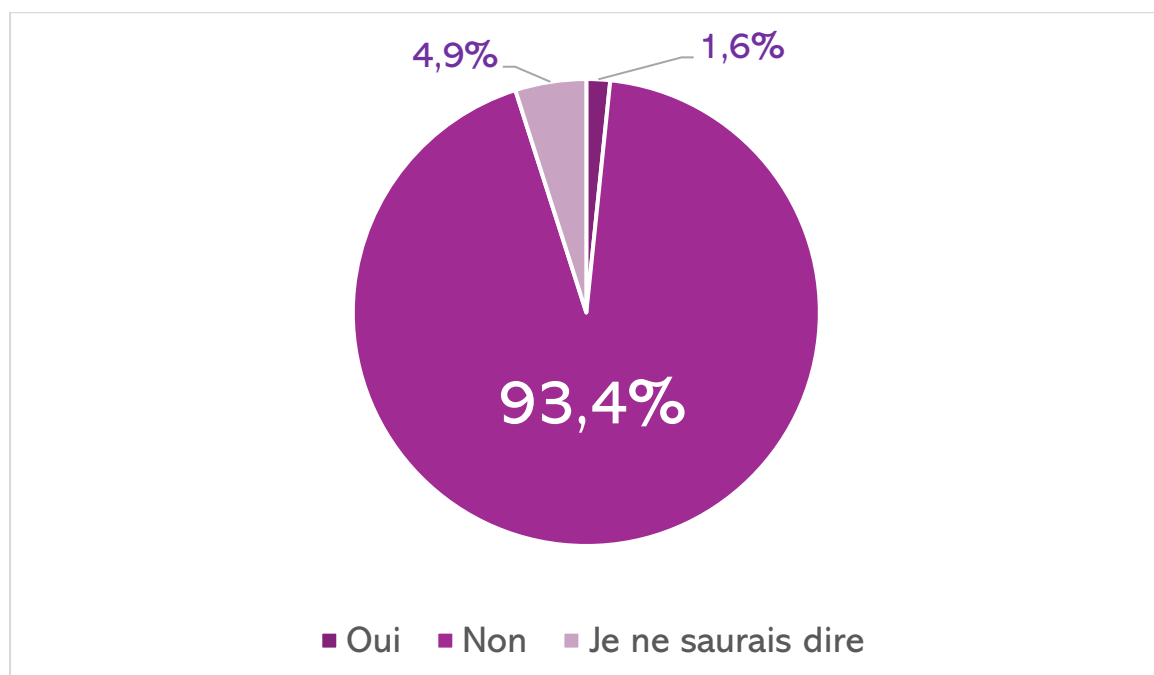
revanche, le soutien institutionnel, noté à seulement 3,49/10, est largement insuffisant, avec 63,93 % des répondants déclarant ne pas être soutenus par leur établissement. Ce déficit reflète probablement l'absence de protocoles systématiques de soutien psychologique ou de débriefings post-décès. Le soutien familial, noté à 5,8/10, est mitigé, suggérant que les soignants peinent à partager ces expériences émotionnelles avec leur entourage, peut-être par crainte de ne pas être compris. La variabilité des décès (de 0 à 300 par an) indique des contextes de travail très différents, certains soignants (ex. : en soins palliatifs ou réanimation) étant plus exposés.

Implications : Le manque de soutien institutionnel et l'exposition fréquente aux décès augmentent le risque de stress post-traumatique et d'épuisement émotionnel. Des dispositifs de soutien systématiques sont urgents.

3.4. Formation à la fin de vie

Question : Pensez-vous que la prise en charge de la fin de vie ait été suffisamment enseignée ?

Résultats : 93,44 % répondent non (n=228), 1,64 % oui (n=4), 4,92 % ne savent pas (n=12).



Commentaires : L'écrasante majorité (93,44 %) des soignants juge leur formation sur la gestion de la fin de vie insuffisante, un constat alarmant compte tenu de leur exposition régulière aux décès (27,52 par an). Cette lacune reflète une carence dans les programmes de formation initiale et continue, où les aspects techniques des soins priment souvent sur les compétences émotionnelles et relationnelles nécessaires pour accompagner les patients en fin de vie. Les 1,64

% de réponses positives concernent probablement des soignants ayant suivi des formations spécialisées (ex. : soins palliatifs), tandis que les 4,92 % d'indécis pourraient refléter un manque de recul sur la question. Ce déficit de formation laisse les soignants démunis face à des situations complexes, augmentant leur charge émotionnelle et leur sentiment d'impuissance.

Implications : L'absence de formation adéquate sur la fin de vie compromet la qualité de l'accompagnement des patients et la santé mentale des soignants. Un renforcement urgent des programmes éducatifs est requis.

4. Bien-être émotionnel et stress

4.1. Activités de bien-être

Résultats :

- Activité sportive régulière : 58,73 % pratiquent (n=148), 41,27 % ne pratiquent pas (n=104, n=252).



- Yoga, méditation, sophrologie : 36,51 % pratiquent (n=92), 63,49 % ne pratiquent pas (n=160, n=252).



Commentaires : La majorité des soignants (58,73 %) pratique une activité sportive, un facteur de résilience face au stress physique et émotionnel inhérent au métier. Cette pratique pourrait atténuer les effets des horaires irréguliers et des pressions professionnelles. En revanche, les pratiques comme le yoga, la méditation ou la sophrologie, adoptées par 36,51 %, restent moins répandues, bien qu'elles soient reconnues pour leur efficacité dans la gestion du stress et de l'anxiété. Les 41,27 % et 63,49 % de non-pratiquants pour le sport et les pratiques méditatives, respectivement, pourraient refléter un manque de temps, d'accès ou de sensibilisation à ces activités. Encourager ces pratiques, par exemple via des programmes subventionnés ou des horaires aménagés, pourrait renforcer la santé mentale des soignants.

Implications : Les activités de bien-être sont sous-exploitées comme leviers de résilience, mais leur adoption partielle montre un potentiel à développer.

4.2. Croyances et pratiques religieuses

Résultats :

- Croyance : 34,92 % croyants (n=88), 41,27 % non-croyants (n=104), 19,05 % en questionnement (n=48), 4,76 % ne souhaitent pas répondre (n=12, n=252).
- Pratique religieuse : 15,87 % pratiquent (n=40), 76,19 % ne pratiquent pas (n=192), 7,94 % ne souhaitent pas répondre (n=20, n=252).

Commentaires : La répartition des croyances montre une diversité spirituelle parmi les soignants, avec 34,92 % se déclarant croyants et 19,05 % en questionnement, ce qui suggère que la spiritualité joue un rôle dans la gestion émotionnelle pour environ la moitié d'entre eux. Cependant, la faible proportion de pratiques religieuses actives (15,87 %) indique que la spiritualité est souvent vécue de manière personnelle plutôt qu'institutionnalisée. Les 41,27 % de non-croyants et les 76,19 % de non-pratiquants reflètent une population largement sécularisée, conforme aux tendances nationales en France. Les 4,76 % et 7,94 % de répondants refusant de se prononcer pourraient indiquer une réticence à partager des informations personnelles ou une ambivalence sur ces questions. La spiritualité, lorsqu'elle est présente, peut offrir un ancrage émotionnel face aux décès ou au stress, mais son impact reste limité par sa faible pratique active.

Implications : La spiritualité est une ressource potentielle pour certains soignants, mais des approches laïques de gestion émotionnelle (ex. : méditation non religieuse) seraient plus inclusives.

4.3. Symptômes de stress et d'épuisement

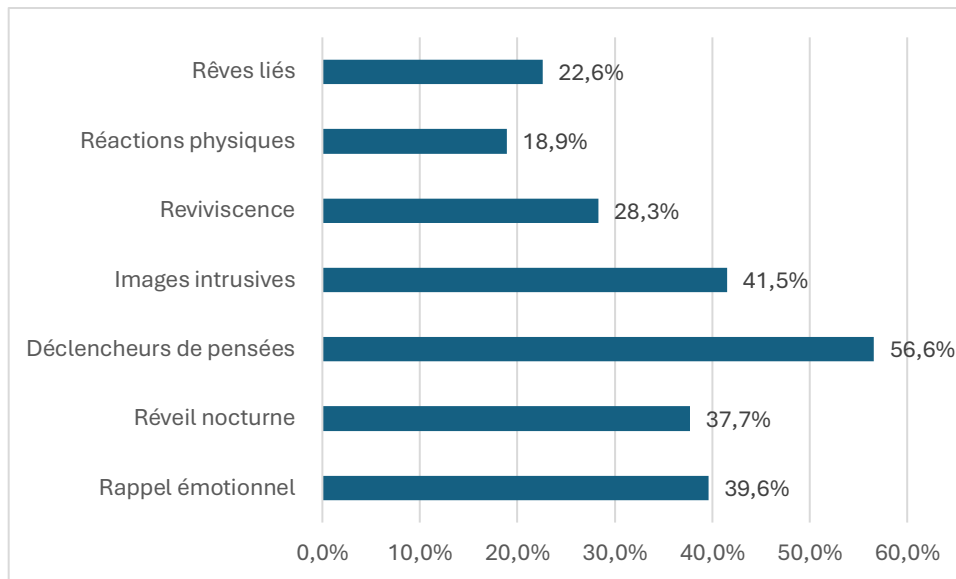
4.3.1 Résultats factuels

Les données recueillies ont été restituées selon quatre dimensions principales : Intrusion (re-expérimentation), Évitement, Altération des cognitions et de l'humeur, ainsi que Hyperactivation (hypervigilance et réactions exagérées). Cette structuration, inspirée des critères diagnostiques des troubles post-traumatiques, permet de classer les symptômes de manière cohérente, en tenant compte de leurs manifestations variées et de leur impact psychologique. Cette approche facilite une analyse claire des expériences rapportées, en regroupant les réponses selon leur nature et leur fonction dans le vécu post-événementiel.

Intrusion

Cette dimension reflète les expériences où l'individu revit l'événement traumatique de manière involontaire, que ce soit à travers des souvenirs intrusifs, des images mentales, des cauchemars ou des réactions physiques déclenchées par des rappels. Ces manifestations surviennent souvent de façon imprévisible, perturbant le quotidien et le sommeil.

Rappel émotionnel (n=84, 39,6%)
Réveil nocturne (n=80, 37,7%)
Déclencheurs de pensées (n=120, 56,6%)
Images intrusives (n=88, 41,5%)
Reviviscence (n=60, 28,3%)
Réactions physiques (n=40, 18,9%)
Rêves liés (n=48, 22,6%)



La dimension de l'intrusion (re-expérimentation) met en évidence une prévalence notable de symptômes liés à la reviviscence involontaire de l'événement traumatique. Avec 56,6% (n=120) rapportant des déclencheurs de pensées et 41,5% (n=88) mentionnant des images intrusives, ces manifestations semblent fréquentes et perturbatrices. Les réveils nocturnes (37,7%, n=80) et les rêves liés (22,6%, n=48) indiquent un impact significatif sur le sommeil, tandis que les réactions physiques (18,9%, n=40) et la reviviscence (28,3%, n=60) soulignent une réponse somatique et émotionnelle intense. Le rappel émotionnel (39,6%, n=84) renforce l'idée d'une intrusion imprévisible affectant le quotidien.

Évitement

L'évitement correspond aux stratégies conscientes ou inconscientes mises en œuvre pour échapper aux pensées, aux émotions ou aux situations liées à l'événement traumatique. Cela peut inclure l'évitement de lieux, de discussions ou de souvenirs, dans une tentative de réduire la détresse associée.

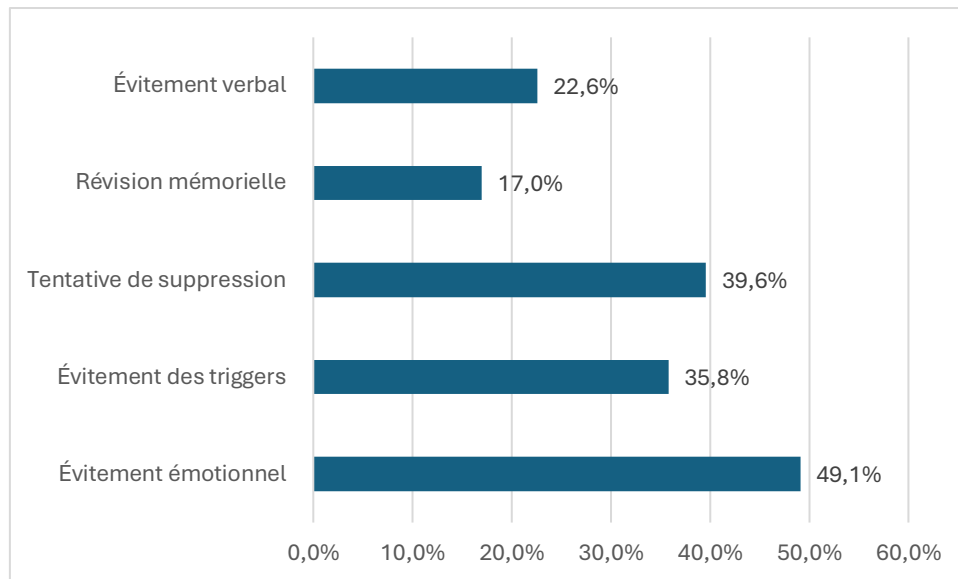
Évitement émotionnel (n=104, 49,1%)

Évitement des déclencheurs (n=76, 35,8%)

Tentative de suppression (n=84, 39,6%)

Révision mémorielle (n=36, 17,0%)

Évitement verbal (n=48, 22,6%)

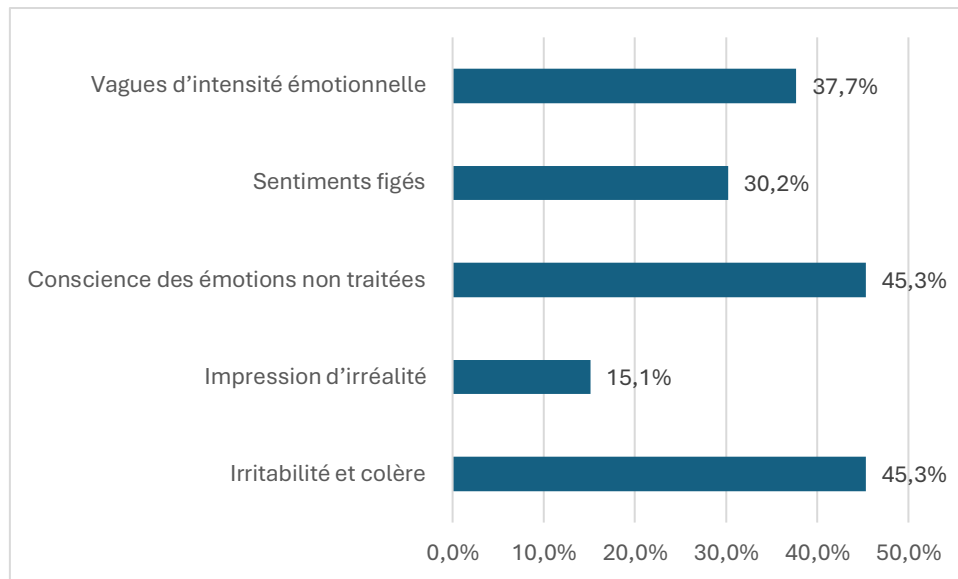


La dimension de l'évitement révèle des stratégies variées pour réduire la détresse liée à l'événement traumatique, avec une prévalence marquée de l'évitement émotionnel (49,1%, n=104), indiquant une forte tendance à se protéger des émotions intenses. La tentative de suppression (39,6%, n=84) et l'évitement des triggers (35,8%, n=76) montrent des efforts conscients pour limiter l'exposition aux souvenirs, tandis que l'évitement verbal (22,6%, n=48) reflète une reluctance à en parler. La révision mémorielle, bien que moins fréquente (17,0%, n=36), suggère une approche active pour modifier les souvenirs associés.

Altération des cognitions et de l'humeur

Cette dimension englobe les changements dans la perception de soi, des autres et du monde, ainsi que des émotions négatives persistantes. Elle se manifeste par des sentiments figés, de l'irritabilité, une impression d'irréalité ou une incapacité à traiter les émotions liées à l'événement.

- Irritabilité et colère (n=96, 45,3%)
- Impression d'irréalité (n=32, 15,1%)
- Conscience des émotions non traitées (n=96, 45,3%)
- Sentiments figés (n=64, 30,2%)
- Vagues d'intensité émotionnelle (n=80, 37,7%)



La dimension de l'altération des cognitions et de l'humeur met en évidence des perturbations durables, dominées par l'irritabilité et la colère (45,3%, n=96) ainsi que la conscience des émotions non traitées (45,3%, n=96), qui témoignent d'une charge affective lourde. Les vagues d'intensité émotionnelle (37,7%, n=80) et les sentiments figés (30,2%, n=64) soulignent une alternance entre instabilité et blocage émotionnel. L'impression d'irréalité (15,1%, n=32), moins courante, indique néanmoins une altération cognitive profonde chez une portion des répondants.

Hyperactivation (hypervigilance et réactions exagérées)

L'hyperactivation décrit un état d'alerte constant et des réactions exagérées, souvent accompagnées de difficultés à se concentrer ou à dormir. Elle se caractérise par une nervosité accrue, des sursauts fréquents et une vigilance excessive, reflet d'une réponse physiologique et psychologique prolongée.

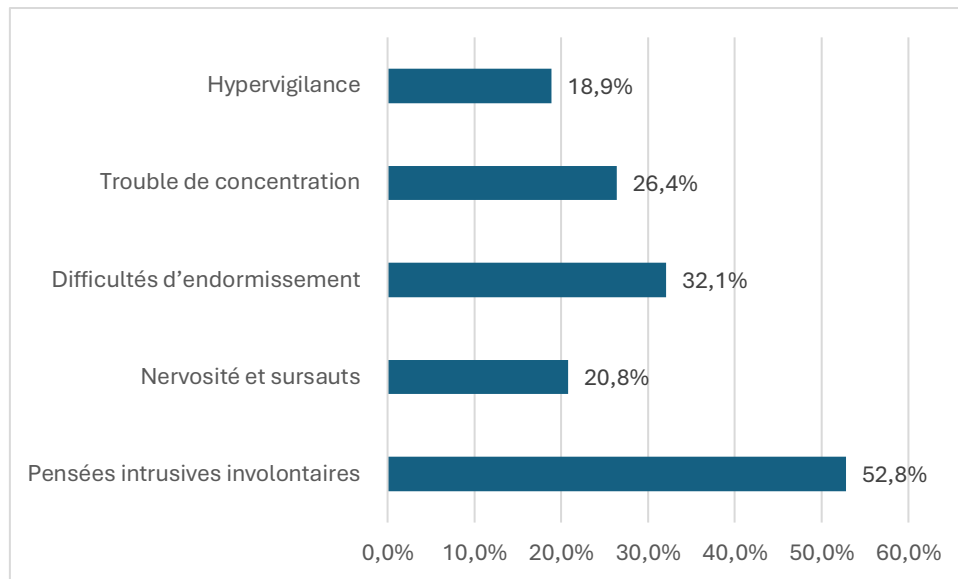
Pensées intrusives involontaires (n=112, 52,8%)

Nervosité et sursauts (n=44, 20,8%)

Difficultés d'endormissement (n=68, 32,1%)

Trouble de concentration (n=56, 26,4%)

Hypervigilance (n=40, 18,9%)



La dimension de l'hyperactivation met en lumière un état d'alerte soutenu, dominé par les pensées intrusives involontaires (52,8%, n=112), affectant plus de la moitié des répondants. Les difficultés d'endormissement (32,1%, n=68) et le trouble de concentration (26,4%, n=56) soulignent des répercussions notables sur le repos et la cognition. La nervosité et sursauts (20,8%, n=44) ainsi que l'hypervigilance (18,9%, n=40) indiquent une réactivité physique et une vigilance accrue, traduisant une réponse prolongée au stress.

4.3.2 Résultats Échelle d'Impact Événementiel Révisée (IES-R)

L'Échelle d'Impact Événementiel Révisée (IES-R), élaborée par Weiss et al. en 1997 et adaptée en français par Brunet et al. en 2003, est un outil psychométrique conçu pour évaluer les répercussions psychologiques d'un événement traumatique sur une personne. Composée de 22 items, elle explore trois dimensions principales : l'intrusion (souvenirs intrusifs ou images de l'événement), l'évitement (tentatives d'éloignement mental ou physique des rappels) et l'hypervigilance (état de tension ou de suralerta). Chaque item est noté sur une échelle de 0 à 4 selon l'intensité du bouleversement ressenti au cours des 7 derniers jours, offrant une mesure quantitative de la détresse post-traumatique. Utilisée notamment par le Centre National de Ressources et de Résilience (Cn2r), cette échelle aide à identifier les symptômes associés au stress post-traumatique et à orienter les interventions thérapeutiques adaptées.

Les trois dimensions de l'Échelle d'Impact Événementiel Révisée (IES-R) sont :

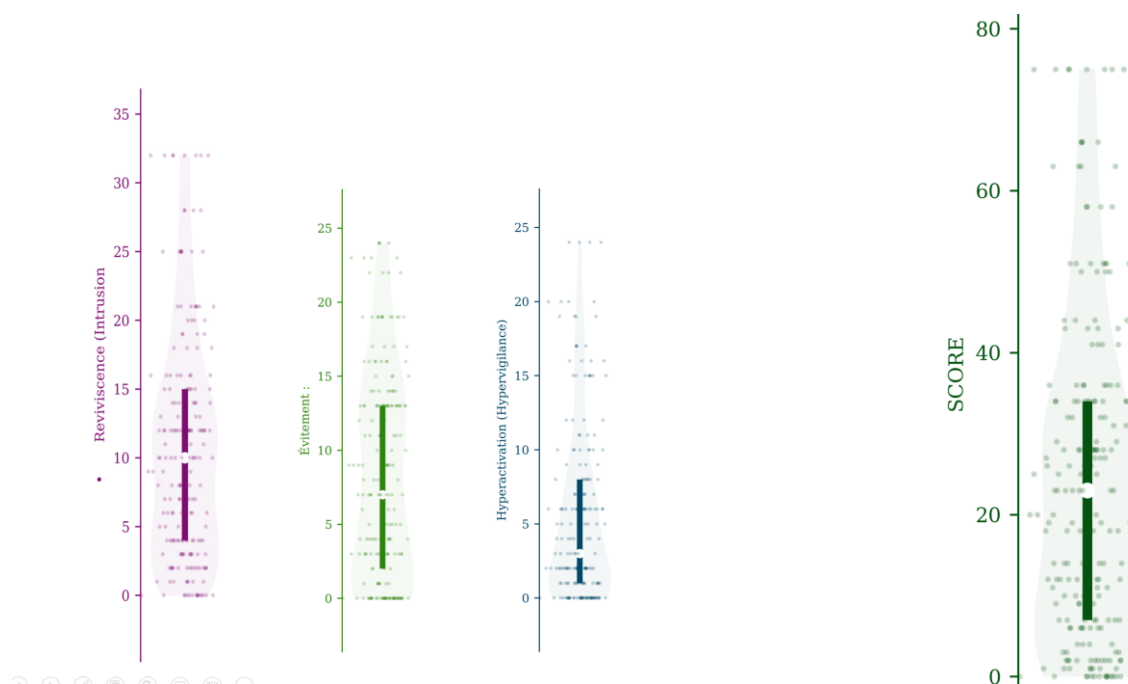
- Reviviscence (Intrusion) : Cette dimension reflète l'apparition involontaire de souvenirs, images ou pensées liées à l'événement traumatique, souvent accompagnée d'une forte charge émotionnelle. Par exemple, des rappels soudains de l'événement qui ravivent des sentiments intenses.
- Évitement : Comme vous l'avez bien identifié, elle correspond aux efforts conscients ou inconscients pour éviter les stimuli associés à l'événement, que ce soit par des tentatives d'éloignement mental (ne pas y penser) ou physique (éviter des lieux ou situations).
- Hyperactivation (Hypervigilance) : Cette dimension décrit un état de tension ou d'alerte excessive, où la personne reste sur ses gardes, peut avoir des réactions physiques (sueurs, palpitations) ou une difficulté à se détendre, comme si le danger était toujours présent.

Instructions : Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement difficile. Veuillez lire chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés au cours des 7 derniers jours en ce qui concerne l'événement que vous avez vécu. Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés.

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à celui-ci.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je me réveillais la nuit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Différentes choses m'y faisait penser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je me sentais irritable et en colère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sans le vouloir, j'y repensais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou qu'il n'était pas réel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je me suis tenu(e) loin de ce qui m'y faisait penser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. J'essayais de ne pas y penser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. J'ai eu du mal à m'endormir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. J'ai eu du mal à me concentrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. J'ai rêvé à l'événement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. J'étais aux aguets et sur mes gardes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. J'ai essayé de ne pas en parler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Variable	Effective (n =)	Mean (μ)	SD	Median (M)	Min ; Max	95% Confidence Interval
• Reviviscence (Intrusion) ▼	212	10.57	8.24	10.00	0.00 ; 32.00	[9.46 ; 11.68]
Évitement : ▼	212	8.30	6.96	7.00	0.00 ; 24.00	[7.36 ; 9.24]
Hyperactivation (Hypervigilance) ▼	212	5.45	5.96	3.00	0.00 ; 24.00	[4.65 ; 6.25]
SCORE ▼	212	24.32	20.23	23.00	0.00 ; 75.00	[21.59 ; 27.05]

Les résultats de l'Échelle d'Impact Événementiel Révisée (IES-R), basés sur les 213 scores recueillis, révèlent des profils variés d'impact psychologique lié à un événement traumatique. Parmi les répondants, 8 % présentent des scores compris entre 33 et 36, indiquant un impact modéré caractérisé par une détresse notable, avec des symptômes potentiels d'intrusion, d'évitement ou d'hypervigilance. Par ailleurs, 15 % affichent des scores de 37 ou plus, suggérant un impact sévère qui pourrait être associé à des symptômes d'un trouble de stress post-traumatique (PTSD).



4.4. Burnout et relation au travail ; Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

4.4.1 Résultats factuels

- Épuisement émotionnel :

- 28,85 % se sentent émotionnellement vidés au moins quelques fois par mois (n=60).
- 38,46 % se sentent à bout à la fin de la journée au moins quelques fois par mois (n=80).

- Empathie et efficacité :

- 53,85 % comprennent facilement les ressentis de leurs patients chaque jour (n=112).

- 59,62 % estiment s'occuper efficacement des problèmes de leurs patients chaque jour (n=124).

- 46,15 % ont une influence positive sur les gens chaque jour (n=96).

- Détachement et frustration :

- 17,31 % se sentent au bout du rouleau au moins quelques fois par mois (n=36).

- 34,62 % ressentent de la frustration au moins quelques fois par mois (n=72).

- 13,46 % craignent de travailler trop dur chaque jour (n=28).

- Insensibilité ou négligence : 5,77 % se sentent insensibles ou indifférents aux patients chaque jour (n=12).

Commentaires : Les soignants affichent une forte capacité d'empathie et d'efficacité, avec 53,85 % et 59,62 % rapportant une compréhension et une gestion quotidienne des besoins des patients, ce qui reflète leur engagement professionnel. Les 46,15 % qui perçoivent une influence positive quotidienne sur leurs patients renforcent l'idée que leur travail reste une source de satisfaction. Cependant, les signes de burnout sont préoccupants : 28,85 % se sentent émotionnellement vidés et 38,46 % à bout régulièrement, indiquant une charge émotionnelle insoutenable pour une part significative de l'échantillon. Les 34,62 % de frustration et les 17,31 % se sentant au bout du rouleau signalent une usure progressive, tandis que les 13,46 % craignant de travailler trop dur reflètent une surcharge chronique. La faible proportion de soignants se sentant insensibles (5,77 %) est rassurante, mais ce risque de détachement émotionnel, même marginal, est un symptôme préoccupant du burnout. Ces résultats soulignent un équilibre fragile entre l'engagement professionnel et les pressions qui menacent la santé mentale des soignants.

Implications : Les risques de burnout compromettent la santé des soignants et la qualité des soins. Des interventions urgentes, comme des programmes de soutien psychologique et une réduction des charges de travail, sont nécessaires.

4.4.2 Résultats Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Le burnout, selon le modèle de Christina Maslach, est un syndrome psychologique évalué par le Maslach Burnout Inventory (MBI), qui repose sur trois dimensions principales : l'épuisement

professionnel (SEP), la dépersonnalisation (SD) et l'accomplissement personnel (SAP). Ces dimensions, décrites dans le document fourni, permettent de quantifier le niveau de burnout et ses impacts. Voici une description détaillée de chaque dimension, basée sur le document et complétée par une synthèse des éléments clés :

	Jamais ↓			Chaque jour ↓			
01 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
03 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
09 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12 - Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13 - Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
18 - Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20 - Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22 - J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Épuisement Professionnel (SEP) :

Cette dimension reflète un sentiment de fatigue intense et de stress lié à un travail perçu comme difficile ou exigeant. Le SEP est mesuré par l'addition des scores aux questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 et 20 du MBI.

Les seuils d'interprétation sont :

Faible : $SEP \leq 17$

Modéré : $18 \leq SEP \leq 29$

Élevé : $SEP \geq 30$

Selon Maslach, l'épuisement professionnel se distingue de la dépression, car il tend à s'atténuer pendant les périodes de repos, comme les vacances. Il résulte souvent d'une surcharge émotionnelle ou d'un déséquilibre entre les exigences du travail et les ressources personnelles.

Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD) :

La dépersonnalisation se manifeste par une attitude de détachement émotionnel, une baisse de considération positive envers les autres (collègues, clients, etc.), pouvant se traduire par des

discours cyniques, dépréciatifs ou une indifférence marquée. Elle est évaluée via les scores des questions 5, 10, 11, 15 et 22.

Les seuils sont :

Faible : $SD \leq 5$

Modéré : $6 \leq SD \leq 11$

Élevé : $SD \geq 12$

Cette dimension reflète une distance émotionnelle croissante, souvent adoptée comme mécanisme de défense face à un stress chronique.

Accomplissement Personnel (SAP) :

L'accomplissement personnel correspond à un sentiment d'épanouissement et de satisfaction lié aux réalisations professionnelles. Il agit comme une « soupape de sécurité », permettant de contrebalancer les effets de l'épuisement et de la dépersonnalisation. Il est mesuré par les scores des questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 et 21.

Les seuils sont :

Faible : $SAP \leq 33$

Modéré : $34 \leq SAP \leq 39$

Élevé : $SAP \geq 40$

Un faible score dans cette dimension indique une perte de sentiment d'efficacité et de valeur dans son travail, aggravant le risque de burnout.

Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20

SEP =

Épuisement Professionnel	SEP < à 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22

SD =

Dépersonnalisation	SD < à 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21.

SAP =

Accomplissement Personnel	SAP < à 33	34 < SAP < 39	40 < SAP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Évaluation du degré de burnout :

Un risque élevé de burnout est signalé lorsque les scores SEP et SD sont tous deux dans la zone « élevée » ($SEP \geq 30$ et $SD \geq 12$), particulièrement si le score SAP est également faible ($SAP \leq 33$). Cette combinaison indique un déséquilibre critique, où l'épuisement et la dépersonnalisation ne sont plus compensés par un sentiment d'accomplissement.

Méthodologie du MBI :

Le MBI évalue ces dimensions à travers une échelle de fréquence allant de 0 (jamais) à 6 (chaque jour). Les répondants notent la fréquence des sentiments décrits dans chaque item, permettant de calculer un score total par dimension. Ces scores sont ensuite interprétés selon les seuils mentionnés pour déterminer le degré (faible, modéré, élevé) de chaque dimension

Implications :

Les résultats issus du MBI, comme ceux présentés dans le chapitre des résultats, permettent d'identifier les niveaux de burnout au sein d'un échantillon et d'explorer leurs facteurs associés (ex. : conditions de travail, soutien organisationnel). Ils offrent également des pistes pour des interventions visant à réduire l'épuisement, restaurer l'empathie et renforcer le sentiment d'accomplissement personnel, contribuant ainsi à améliorer le bien-être professionnel et organisationnel.

Résultats

Épuisement professionnel (SEP)

- Élevé : 100 / 208 (48.1 %)
- Modéré : 100 / 208 (48.1 %)
- Faible : 8 / 208 (3.8 %)

Interprétation :

Près d'un répondant sur deux est en état d'épuisement professionnel sévère, ce qui indique une surcharge mentale ou émotionnelle importante. L'autre moitié montre déjà des signes de fatigue régulière. Seulement 3.8 % des répondants sont dans une zone protégée. Ce résultat confirme un niveau de tension chronique généralisée.

Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)

- Élevé : 192 / 208 (92.3 %)
- Modéré : 12 / 208 (5.8 %)
- Faible : 4 / 208 (1.9 %)

Interprétation :

Plus de 9 personnes sur 10 présentent une dépersonnalisation importante, marquée par du détachement émotionnel, du cynisme ou une indifférence progressive vis-à-vis des bénéficiaires. Cela traduit un mécanisme de défense face à une surcharge émotionnelle, et c'est un des signes les plus alarmants de burnout.

Accomplissement personnel (SAP)

- Faible : 188 / 208 (90.4 %)
- Modéré : 16 / 208 (7.7 %)
- Élevé : 4 / 208 (1.9 %)

Interprétation :

La quasi-totalité des répondants (90.4 %) ne se sentent pas ou plus valorisés dans leur travail. Cela signifie une perte du sentiment d'utilité ou de compétence, un facteur invisible mais déterminant dans la perte de motivation et l'absentéisme.

Profils critiques identifiés

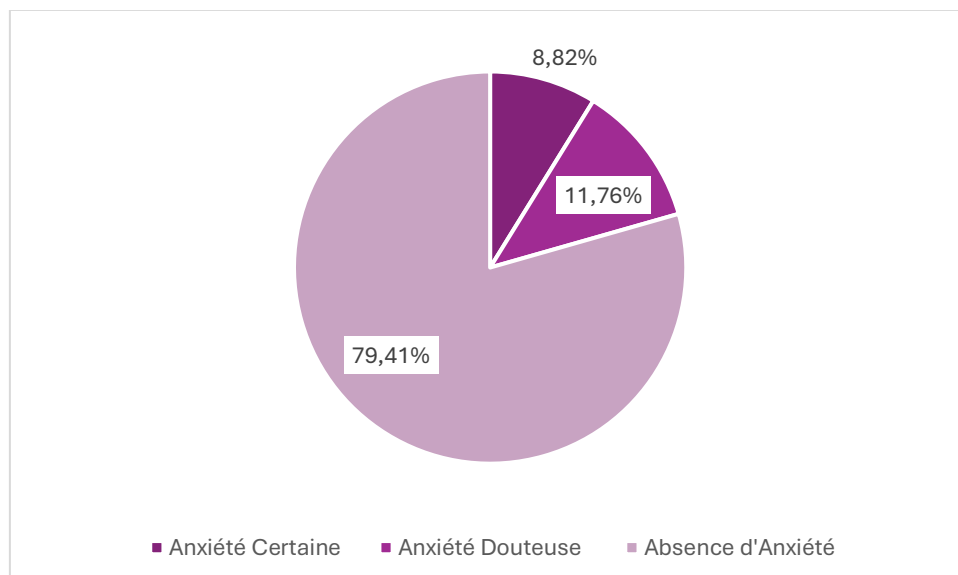
- 48.1 % des répondants sont épuisés émotionnellement
- 92.3 % ont une dépersonnalisation élevée
- 90.4 % présentent un faible sentiment d'accomplissement

Un nombre élevé de répondants cumulent **les trois dimensions critiques**. Cela dessine un **profil de burnout sévère**, avec des risques concrets de désengagement, d'arrêts maladie, de ruptures professionnelles ou de détresse psychologique.

5. Hospital Anxiety and Depression scale

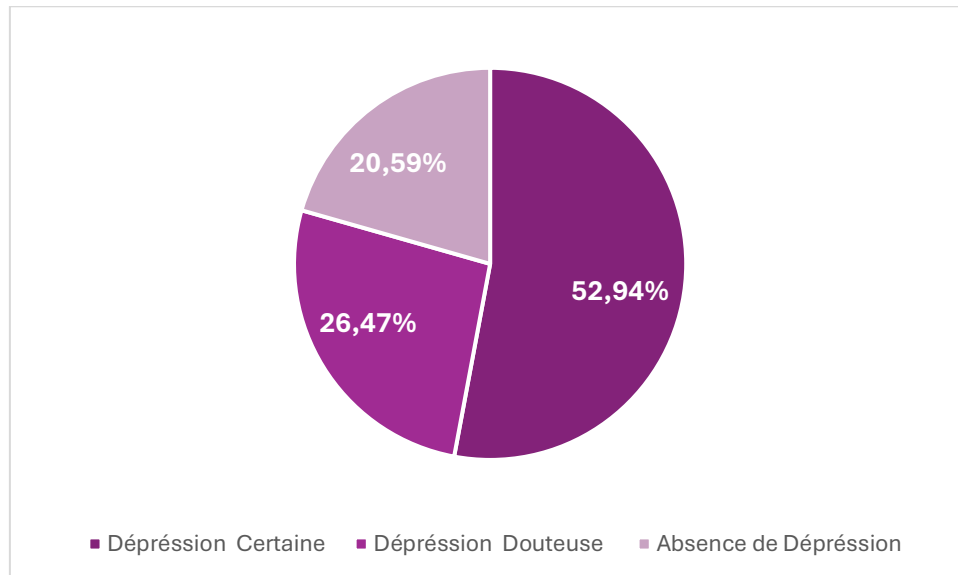
Les résultats présentés ici sont issus de l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale), un instrument largement reconnu pour dépister les troubles anxieux et dépressifs dans divers contextes cliniques et non cliniques. Composée de 14 items cotés de 0 à 3, cette échelle se structure en deux sous-échelles distinctes : sept items évaluent spécifiquement l'anxiété (total A) et sept autres ciblent la dimension dépressive (total D), avec un score maximal de 21 pour chacune. Ces scores, calculés à partir des réponses des participants, permettent d'estimer la prévalence, l'intensité et la distribution des symptômes anxieux et dépressifs, offrant ainsi une base solide pour analyser l'état psychologique général. Cette approche binaire facilite une évaluation comparative et une identification précoce des besoins d'intervention potentiels.

Les résultats issus de l'échelle HAD, appliquée à un échantillon de 136 individus, révèlent des profils variés en termes d'anxiété et de dépression. Concernant l'anxiété, une large majorité (79,41%, n=108) présente une absence de symptômes significatifs, tandis que 11,76% (n=16) sont classés comme douteux et 8,82% (n=12) comme ayant une anxiété certaine.



Pour la dépression, sur un total de 136 répondants, 52,94% (n=72) affichent une absence de symptômes, suivis par 26,47% (n=36) avec une dépression certaine et 20,59% (n=28) dans une

catégorie douteuse. Ces données indiquent une prédominance d'absence de troubles anxieux, contrastant avec une répartition plus équilibrée des niveaux de dépression, suggérant une attention particulière à ce dernier domaine.



6. Retour d'expérience antérieure des décès de patients

Une section a recueilli des informations sur l'expérience antérieure des décès de patients à l'aide de l'échelle d'impact émotionnel du décès du patient (EIPD), évaluée sur une échelle de Likert à 10 points (allant de 1, aucun impact, à 10, impact majeur) en posant la question suivante : « Pensez-vous que le décès de vos patients a un impact émotionnel/affectif sur vous ? » ; le nombre de décès survenus au cours du dernier mois et de la dernière année ; les décisions en matière de soins palliatifs ; si ces décès étaient attendus ou non ; s'ils sont survenus pendant une intervention ; s'ils concernaient des soins aigus ou chroniques liés à la COVID-19 ; et les participants ont également été invités à évaluer le soutien reçu de leur famille, de leurs collègues et de leur institution face à l'impact de ces décès. Les soignants ont également été interrogés sur les comportements compensatoires (le cas échéant) qu'ils avaient mis en place (consommation de substances, médicaments psychotropes, soutien psychologique).

L'EIPD a été créé spécialement pour les besoins de cette étude par les chercheurs. Un groupe de travail a été constitué, composé d'un psychiatre, d'un chirurgien cardiaque, d'un médecin intensiviste, d'un sociologue et d'un cardiologue. Au cours de 16 réunions, le groupe d'a examiné la littérature et s'est appuyé sur son expérience clinique pour identifier les éléments pertinents à inclure dans le questionnaire. Après avoir dégagé un consensus au sein du groupe sur la liste

finale des questions, le questionnaire a été testé auprès de 10 cardiologues de différentes spécialités. Le questionnaire a été testé pour vérifier sa lisibilité et sa compréhension. Aucune modification n'a été jugée nécessaire après les tests. Les résultats des questionnaires tests n'ont pas été inclus dans l'analyse finale.

Les variables numériques ont été exprimées sous forme de moyenne (\pm écart-type) et les résultats discrets sous forme de fréquences absolues et relatives (en %). Nous avons créé 4 groupes en fonction des valeurs de l'échelle d'impact émotionnel du décès du patient. La comparabilité des groupes a été évaluée en comparant les données démographiques de base et la durée du suivi entre les groupes. La normalité et l'hétéroscédasticité des données continues ont été évaluées à l'aide des tests de Shapiro-Wilk et de Levene, respectivement. Les résultats continus ont été comparés à l'aide des tests ANOVA, Welch ANOVA ou Kruskal-Wallis en fonction de la distribution des données. Les résultats discrets ont été comparés à l'aide du test du chi carré ou du test exact de Fisher, selon le cas. Le risque alpha a été fixé à 5 % et des tests bilatéraux ont été utilisés.

Les participants des quatre groupes sont majoritairement des femmes, sans différence significative entre les groupes ($p = 0,815$). L'âge moyen varie légèrement de 41,7 à 44,5 ans selon les groupes, mais cette différence n'est pas significative ($p = 0,419$). La situation familiale est comparable entre les groupes ($p = 0,329$), avec une majorité de personnes en couple ou vivant en famille, et une proportion plus faible de célibataires ou de familles monoparentales. La répartition du nombre d'enfants à charge est également similaire ($p = 0,931$), avec une prédominance de participants sans enfant. Tous les répondants résident en France, sans variation entre les groupes ($p > 0,999$). En revanche, la répartition géographique régionale diffère significativement selon les groupes ($p < 0,001$), certains groupes étant fortement représentés par des régions spécifiques comme le Centre-Val de Loire dans le groupe Q1, tandis que d'autres présentent une distribution plus diversifiée.

	(1 , 3] Q1		(3, 6] Q2		(6, 8] Q3		(8, 10] Q4		p-Value
Gender									
M	5	11.36%	6	10.17%	6	6.9%	7	10.29%	0.813
W	39	88.64%	53	89.83%	81	93.1%	61	89.71%	
	N = 44		N = 59		N = 87		N = 68		
Quel est votre âge?	44.5	± 12.24	41.78	± 11.44	41.92	± 11.08	44.09	± 11.68	0.419
	Range:	21.0 ; 62.0	Range:	23.0 ; 62.0	Range:	21.0 ; 62.0	Range:	21.0 ; 62.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
Situation familiale									
Couple non cohabitant	1	2.27%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.94%	0.398
Célibataire	2	4.55%	6	10.0%	12	13.64%	11	16.18%	
En couple	24	54.55%	21	35.0%	39	44.32%	29	42.65%	
En famille	16	36.36%	29	48.33%	34	38.64%	22	32.35%	
En famille monoparental	0	0.0%	3	5.0%	3	3.41%	3	4.41%	
Veuve	1	2.27%	1	1.67%	0	0.0%	1	1.47%	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
Nombre d'enfants à charge									
0	21	47.73%	21	35.0%	37	42.05%	29	42.65%	0.931
1	8	18.18%	14	23.33%	18	20.45%	12	17.65%	
2	11	25.0%	17	28.33%	22	25.0%	17	25.0%	
3	4	9.09%	7	11.67%	11	12.5%	8	11.76%	
4	0	0.0%	1	1.67%	0	0.0%	2	2.94%	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
Exercez-vous en France?									
Yes	44	100.0%	60	100.0%	88	100.0%	68	100.0%	>0.999
No	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
Dans quelle région française résidez-vous ?									
Auvergne-Rhône-Alpes	0	0.0%	5	8.33%	4	4.55%	6	8.82%	<0.001
Bourgogne-Franche-Comté	1	2.27%	3	5.0%	4	4.55%	2	2.94%	
Bretagne	1	2.27%	5	8.33%	4	4.55%	5	7.35%	
Centre-Val de Loire	28	63.64%	10	16.67%	12	13.64%	7	10.29%	
Grand Est	2	4.55%	2	3.33%	5	5.68%	2	2.94%	
Guadeloupe	1	2.27%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
Hauts-de-France	2	4.55%	2	3.33%	14	15.91%	5	7.35%	
La Réunion	1	2.27%	3	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	
Martinique	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.47%	
Normandie	0	0.0%	1	1.67%	1	1.14%	2	2.94%	
Nouvelle-Aquitaine	1	2.27%	1	1.67%	4	4.55%	11	16.18%	
Occitanie	0	0.0%	4	6.67%	5	5.68%	1	1.47%	
Pays de la Loire	4	9.09%	4	6.67%	10	11.36%	0	0.0%	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1	2.27%	8	13.33%	7	7.95%	1	1.47%	

	Q1		Q2		Q3		Q4		p-Value
Pratiquez-vous une activité sportive régulière ?									
Oui	28	63.64%	41	69.49%	31	36.9%	48	70.59%	<0.001
Non	16	36.36%	18	30.51%	53	63.1%	20	29.41%	
	N = 44		N = 59		N = 84		N = 68		
Pratiquez-vous le yoga, la méditation ou la sophrologie ?									
Oui	9	20.45%	20	33.9%	36	42.86%	27	39.71%	0.077
Non	35	79.55%	39	66.1%	48	57.14%	41	60.29%	
	N = 44		N = 59		N = 84		N = 68		
Avez-vous une pratique religieuse ?									
Je ne souhaite pas répondre	4	9.09%	4	6.78%	8	9.52%	4	5.88%	0.293
Non	32	72.73%	46	77.97%	69	82.14%	48	70.59%	
Oui	8	18.18%	9	15.25%	7	8.33%	16	23.53%	
	N = 44		N = 59		N = 84		N = 68		
Etes-vous croyant ?									
Je me questionne	12	27.27%	7	11.86%	12	14.29%	17	25.0%	0.003
Je ne souhaite pas répondre	0	0.0%	4	6.78%	8	9.52%	0	0.0%	
Non	16	36.36%	23	38.98%	45	53.57%	23	33.82%	
Oui	16	36.36%	25	42.37%	19	22.62%	28	41.18%	
	N = 44		N = 59		N = 84		N = 68		

Variable	NC N = 125	Q1 N = 44	Q2 N = 60	Q3 N = 88	Q4 N = 68	p-Value
SEP						
élevé	31 (48.44%)	8 (27.59%)	17 (51.52%)	22 (50.0%)	22 (56.41%)	0.507
faible	3 (4.69%)	1 (3.45%)	2 (6.06%)	1 (2.27%)	1 (2.56%)	
modéré	29 (45.31%)	20 (68.97%)	14 (42.42%)	21 (47.73%)	16 (41.03%)	
	N = 64	N = 29	N = 33	N = 44	N = 39	
SD						
faible	1 (1.56%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.992
modéré	1 (1.56%)	1 (3.45%)	1 (3.03%)	1 (2.27%)	0 (0.0%)	
élevé	3 (4.69%)	1 (3.45%)	2 (6.06%)	3 (6.82%)	3 (7.69%)	
	59 (92.19%)	27 (93.1%)	30 (90.91%)	40 (90.91%)	36 (92.31%)	
	N = 64	N = 29	N = 33	N = 44	N = 39	
SAP						
faible	1 (1.56%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.121
modéré	58 (90.62%)	26 (89.66%)	30 (90.91%)	43 (97.73%)	31 (79.49%)	
élevé	4 (6.25%)	1 (3.45%)	3 (9.09%)	1 (2.27%)	7 (17.95%)	
	1 (1.56%)	2 (6.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.56%)	
	N = 64	N = 29	N = 33	N = 44	N = 39	
IES-R)		10.32 (± 12.74) Range: (0.0 ; 51.0)	21.68 (± 19.74) Range: (0.0 ; 75.0)	27.36 (± 17.78) Range: (0.0 ; 75.0)	37.95 (± 21.94) Range: (4.0 ; 75.0)	<0.001
ANXIETE						
Anxiété Certaine	7 (9.86%)	2 (9.09%)	1 (2.86%)	5 (10.0%)	1 (2.94%)	0.431
Anxiété Douteuse	8 (11.27%)	5 (22.73%)	2 (5.71%)	4 (8.0%)	5 (14.71%)	
Absence d'Anxiété	56 (78.87%)	15 (68.18%)	32 (91.43%)	41 (82.0%)	28 (82.35%)	
	N = 71	N = 22	N = 35	N = 50	N = 34	
DEPRESSION						
Dépression Certaine	35 (49.3%)	11 (50.0%)	18 (51.43%)	23 (46.0%)	17 (50.0%)	0.995
Dépression Douteuse	23 (32.39%)	6 (27.27%)	11 (31.43%)	15 (30.0%)	9 (26.47%)	
Absence de Dépression	13 (18.31%)	5 (22.73%)	6 (17.14%)	12 (24.0%)	8 (23.53%)	
	N = 71	N = 22	N = 35	N = 50	N = 34	

	Q1	Q2	Q3	Q4	Pvalue
Quelle est votre durée moyenne de transport par jour (aller+retour)	39.43 ± 31.14 Range: 2.0 ; 120.0 N = 44	35.42 ± 22.81 Range: 2.0 ; 120.0 N = 60	38.85 ± 27.08 Range: 1.0 ; 120.0 N = 88	39.9 ± 30.47 Range: 1.0 ; 120.0 N = 68	0.963
Travaillez-vous à ?					
Temps Partiel	4 9.09%	6 10.0%	10 11.36%	8 11.76%	0.966
Temps Plein	40 90.91%	54 90.0%	78 88.64%	60 88.24%	
	N = 44	N = 60	N = 88	N = 68	
Quel a été votre rythme de travail au cours de l'année écoulée ?					
De jour	28 63.64%	40 66.67%	61 69.32%	49 72.06%	0.981
De nuit	4 9.09%	5 8.33%	6 6.82%	5 7.35%	
Jour et nuit en alternance	12 27.27%	15 25.0%	21 23.86%	14 20.59%	
	N = 44	N = 60	N = 88	N = 68	
Quelle est votre durée moyenne de travail par semaine (activité clinique + administrative)	37.82 ± 5.41 Range: 30.0 ; 55.0 N = 44	38.03 ± 7.34 Range: 0.0 ; 50.0 N = 60	37.17 ± 7.93 Range: 0.0 ; 50.0 N = 88	37.97 ± 5.33 Range: 28.0 ; 55.0 N = 68	0.794
Combien d'heures supplémentaires effectuez-vous , par mois en moyenne (sur la dernière année) ? :	4.5 ± 6.46 Range: 0.0 ; 24.0 N = 44	7.58 ± 11.5 Range: 0.0 ; 60.0 N = 60	8.6 ± 13.87 Range: 0.0 ; 70.0 N = 88	6.57 ± 10.77 Range: 0.0 ; 60.0 N = 68	0.56
Combien de week-ends (samedi et/ou dimanche) travaillez-vous en moyenne par mois ?	1.73 ± 3.0 Range: 0.0 ; 20.0 N = 44	1.17 ± 0.942 Range: 0.0 ; 3.0 N = 60	1.44 ± 2.27 Range: 0.0 ; 20.0 N = 88	1.12 ± 1.03 Range: 0.0 ; 4.0 N = 68	0.731
Combien de jours d'astreinte effectuez-vous en moyenne par mois (samedi et dimanche inclus) ?	0.523 ± 1.44 Range: 0.0 ; 6.0 N = 44	0.467 ± 1.49 Range: 0.0 ; 7.0 N = 60	0.466 ± 1.39 Range: 0.0 ; 7.0 N = 88	0.397 ± 1.37 Range: 0.0 ; 7.0 N = 68	0.871
Combien de gardes effectuez-vous en moyenne par mois (nuit, samedi et dimanche inclus) ?	0.932 ± 2.17 Range: 0.0 ; 7.0 N = 44	1.22 ± 3.41 Range: 0.0 ; 14.0 N = 60	0.977 ± 2.68 Range: 0.0 ; 14.0 N = 88	0.5 ± 1.5 Range: 0.0 ; 7.0 N = 68	0.804

Quelle est votre/la thématique principale de l'unité ou le service dans laquelle/lequel vous exercez?	Q1		Q2		Q3		Q4		p-Value
Accueil Parkinson	1	2.27%	0	0.0%	1	1.14%	0	0.0%	0.935
Cancerologie	0	0.0%	0	0.0%	2	2.27%	0	0.0%	
Cardiologie	7	15.91%	5	8.33%	9	10.23%	8	11.76%	
Cardiologie HC/Ambu	1	2.27%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.94%	
Cardiologie et soins intensifs de cardiologie	1	2.27%	0	0.0%	1	1.14%	1	1.47%	
Cardiologie interventionnelle	0	0.0%	2	3.33%	1	1.14%	0	0.0%	
Centre De, référence des maladies rythmique, héréditaire et prévention de la mort subite	0	0.0%	0	0.0%	3	3.41%	0	0.0%	
Centre de référence des maladies rythmiques et prévention de la mort subite	0	0.0%	1	1.67%	1	1.14%	1	1.47%	
Chirurgie cardiaque adulte	0	0.0%	0	0.0%	1	1.14%	1	1.47%	
Chirurgie medecine urgences	0	0.0%	1	1.67%	1	1.14%	1	1.47%	
Consultation de cardiologie	0	0.0%	0	0.0%	2	2.27%	1	1.47%	
E m s	2	4.55%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.47%	
EHPAD gériatrie	0	0.0%	1	1.67%	1	1.14%	1	1.47%	
Ehpad	3	6.82%	5	8.33%	3	3.41%	7	10.29%	
Encadrement de 51 équipes de nuit (chirurgie, urgences, médecine, blocs)	1	2.27%	0	0.0%	1	1.14%	0	0.0%	
Explorations non invasives de cardiologie	0	0.0%	1	1.67%	2	2.27%	0	0.0%	
Fin de vie pour les dernières fonctions	0	0.0%	1	1.67%	1	1.14%	1	1.47%	
Formateur IDE AS Ambulanciers	1	2.27%	1	1.67%	1	1.14%	0	0.0%	
Formation	1	2.27%	0	0.0%	1	1.14%	1	1.47%	
Gériatrie	0	0.0%	0	0.0%	2	2.27%	1	1.47%	
Gériatrie dans un EHPAD	1	2.27%	1	1.67%	1	1.14%	0	0.0%	
IFSI	0	0.0%	1	1.67%	1	1.14%	1	1.47%	
Infirmière dans une unité de cardiologie et nephrologie	0	0.0%	2	3.33%	1	1.14%	0	0.0%	
Insuffisance cardiaque	1	2.27%	1	1.67%	0	0.0%	1	1.47%	
Liberal	2	4.55%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.47%	
L'unité de traitement de l'insuffisance cardiaque	0	0.0%	1	1.67%	0	0.0%	1	1.47%	
Maladie cardiaque rare et prévention de la mort subite	0	0.0%	1	1.67%	1	1.14%	1	1.47%	
Médecine	0	0.0%	1	1.67%	1	1.14%	1	1.47%	
Médecine interne / maladies infectieuses	0	0.0%	0	0.0%	3	3.41%	0	0.0%	
Neurologie	1	2.27%	1	1.67%	1	1.14%	2	2.94%	
Oncologie	0	0.0%	1	1.67%	1	1.14%	1	1.47%	
Oncologie digestive	0	0.0%	0	0.0%	2	2.27%	0	0.0%	
Oncologie hématologie	0	0.0%	1	1.67%	0	0.0%	2	2.94%	
Oncologie pédiatrique	0	0.0%	1	1.67%	0	0.0%	2	2.94%	
Orl chir plastique gynécologies ophtalmo	0	0.0%	1	1.67%	0	0.0%	2	2.94%	
Personnes âgées/fins de vie	2	4.55%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.47%	
Psychiatrie	0	0.0%	1	1.67%	2	2.27%	2	2.94%	
Psychotraumatismes divers en libéral 35h GT, EMDR, ICVEHPAD	2	4.55%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.47%	
Pôle gériatrique	2	4.55%	0	0.0%	1	1.14%	0	0.0%	
Reanimation	0	0.0%	0	0.0%	3	3.41%	0	0.0%	
Réanimation	0	0.0%	1	1.67%	3	3.41%	1	1.47%	
Réanimation cardiaque	1	2.27%	0	0.0%	4	4.55%	1	1.47%	
Réanimation cardiaque adulte	0	0.0%	1	1.67%	1	1.14%	0	0.0%	
Réanimation cardio	0	0.0%	1	1.67%	1	1.14%	0	0.0%	
Réanimation chirurgicale	0	0.0%	1	1.67%	1	1.14%	0	0.0%	
Réanimation chirurgicale cardiaque	0	0.0%	0	0.0%	1	1.14%	1	1.47%	
Réanimation chirurgie Cardiaque	1	2.27%	0	0.0%	1	1.14%	0	0.0%	
Réanimation médicale	0	0.0%	0	0.0%	2	2.27%	0	0.0%	
SMR	0	0.0%	1	1.67%	0	0.0%	2	2.94%	
SMUR / URGENCES	1	2.27%	1	1.67%	1	1.14%	0	0.0%	
Service mixte en 12h : 8lits de médecine interne/infectieuse et 4lits de cardiologie	0	0.0%	2	3.33%	0	0.0%	1	1.47%	
Sics	0	0.0%	0	0.0%	1	1.14%	1	1.47%	
Smr et hôpital de jour oncologie et sp	1	2.27%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.94%	
Soins a domicile	0	0.0%	1	1.67%	0	0.0%	1	1.47%	
Soins infirmiers à domicile	1	2.27%	1	1.67%	0	0.0%	1	1.47%	
Soins intensifs cardio	0	0.0%	1	1.67%	0	0.0%	1	1.47%	
Soins intensifs cardiologie	1	2.27%	3	5.0%	1	1.14%	0	0.0%	
Soins intensifs de cardiologie	1	2.27%	2	3.33%	2	2.27%	0	0.0%	
Soins intensifs de cardiologie, bloc de cardiologie, consultation de cardiologie	0	0.0%	1	1.67%	1	1.14%	1	1.47%	
Soins palliatif	0	0.0%	1	1.67%	1	1.14%	1	1.47%	
Soins palliatifs	2	4.55%	0	0.0%	2	2.27%	1	1.47%	
Test	1	2.27%	1	1.67%	1	1.14%	0	0.0%	
Unité de traitement de l'insuffisance cardiaque	0	0.0%	1	1.67%	2	2.27%	0	0.0%	
Unitée infectieux	0	0.0%	1	1.67%	1	1.14%	1	1.47%	
Urgences	1	2.27%	0	0.0%	1	1.14%	1	1.47%	
Urgences vitales	1	2.27%	0	0.0%	2	2.27%	0	0.0%	
Usci	0	0.0%	1	1.67%	1	1.14%	1	1.47%	
cardiologie medicale	0	0.0%	1	1.67%	1	1.14%	0	0.0%	
dispositif d'annonce en cancérologie et bloc opératoire	0	0.0%	1	1.67%	0	0.0%	2	2.94%	
dururu	1	2.27%	1	1.67%	0	0.0%	1	1.47%	
unité de soins palliatifs	1	2.27%	1	1.67%	0	0.0%	1	1.47%	
usic	0	0.0%	2	3.33%	2	2.27%	0	0.0%	
Équipe mobile de soins palliatifs	1	2.27%	0	0.0%	2	2.27%	0	0.0%	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		

	Q1		Q2		Q3		Q4		p-Value
Quel est votre statut ?									
Aide-soignant	14	31.82%	13	21.67%	23	26.14%	20	29.41%	0.634
Autre, merci de préciser	4	9.09%	4	6.67%	4	4.55%	8	11.76%	
Cadre de santé	3	6.82%	5	8.33%	11	12.5%	4	5.88%	
Cadre supérieur de santé	1	2.27%	1	1.67%	1	1.14%	3	4.41%	
IADÉ	0	0.0%	1	1.67%	0	0.0%	2	2.94%	
IBODE	0	0.0%	1	1.67%	1	1.14%	1	1.47%	
IDE protocole de coopération	1	2.27%	2	3.33%	2	2.27%	4	5.88%	
IPA	1	2.27%	2	3.33%	4	4.55%	0	0.0%	
Infirmier DE	13	29.55%	22	36.67%	32	36.36%	15	22.06%	
Infirmier de coordination ou de programmation	0	0.0%	5	8.33%	4	4.55%	5	7.35%	
Kinésithérapeute	1	2.27%	2	3.33%	3	3.41%	2	2.94%	
Psychologue	5	11.36%	1	1.67%	2	2.27%	4	5.88%	
Secrétaire (AMA)	1	2.27%	1	1.67%	1	1.14%	0	0.0%	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		

	Q1		Q2		Q3		Q4		p-Value
Depuis combien d'années exercez-vous votre activité ?									
	18.68	± 12.13	14.55	± 11.94	14.74	± 9.87	18.43	± 12.43	0.081
	Range: 1.0 ; 42.0		Range: 1.0 ; 40.0		Range: 1.0 ; 40.0		Range: 1.0 ; 43.0		
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
Depuis combien d'années exercez-vous dans votre service actuel ?									
	9.41	± 8.42	8.42	± 7.64	7.4	± 5.68	9.31	± 8.13	0.678
	Range: 1.0 ; 35.0		Range: 1.0 ; 35.0		Range: 1.0 ; 24.0		Range: 1.0 ; 35.0		
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
Quel est votre lieu d'exercice principal?									
Cabinet	0	0.0%	2	3.33%	1	1.14%	2	2.94%	0.121
Cabinet libéral	1	2.27%	1	1.67%	0	0.0%	1	1.47%	
Cabinet libéral et EHPAD	2	4.55%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.47%	
Centre Hospitalier Général	13	29.55%	26	43.33%	32	36.36%	23	33.82%	
Centre Hospitalier Universitaire	11	25.0%	18	30.0%	41	46.59%	15	22.06%	
Centre Hospitalier spécialisé psychiatrie	0	0.0%	0	0.0%	2	2.27%	0	0.0%	
Centre Hospitalier spécialisé	0	0.0%	1	1.67%	0	0.0%	2	2.94%	
Clinique	1	2.27%	4	6.67%	2	2.27%	8	11.76%	
Ehpad	5	11.36%	0	0.0%	2	2.27%	5	7.35%	
Ehpad associatif non lucratif	2	4.55%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.47%	
Ephad	1	2.27%	0	0.0%	1	1.14%	0	0.0%	
Espic	1	2.27%	1	1.67%	0	0.0%	1	1.47%	
IFSI	2	4.55%	2	3.33%	3	3.41%	2	2.94%	
Institut à but non lucratif	0	0.0%	1	1.67%	0	0.0%	2	2.94%	
Libéral	2	4.55%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.47%	
Mixte (Clinique/ville)	1	2.27%	1	1.67%	1	1.14%	0	0.0%	
Mixte (Hôpital/ville)	1	2.27%	1	1.67%	0	0.0%	1	1.47%	
Préhospitalier	1	2.27%	0	0.0%	1	1.14%	1	1.47%	
Public territorial	0	0.0%	1	1.67%	1	1.14%	1	1.47%	
Actuellement retraitée	0	0.0%	1	1.67%	1	1.14%	1	1.47%	

Comment jugez-vous l'impact émotionnel des éléments suivants SUR VOUS lors du décès d'un de vos patients. -									pvalue
Durée de suivi avant le décès	4.09	± 2.53	6.2	± 2.09	7.05	± 1.75	7.29	± 1.68	<0.001
	Range:	1.0 ; 8.0	Range:	3.0 ; 10.0	Range:	2.0 ; 10.0	Range:	4.0 ; 10.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
patient et son histoire vous font écho	2.18	± 0.843	4.87	± 0.343	6.64	± 0.484	8.65	± 0.842	<0.001
	Range:	1.0 ; 3.0	Range:	4.0 ; 5.0	Range:	6.0 ; 7.0	Range:	8.0 ; 10.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
L'âge jeune de votre patient	5.55	± 3.27	5.93	± 2.43	8.05	± 1.83	8.53	± 1.66	<0.001
	Range:	1.0 ; 10.0	Range:	1.0 ; 10.0	Range:	4.0 ; 10.0	Range:	5.0 ; 10.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
L'origine cardiovasculaire du décès	2.45	± 2.08	4.33	± 1.79	4.0	± 2.46	5.18	± 2.73	<0.001
	Range:	1.0 ; 8.0	Range:	1.0 ; 7.0	Range:	1.0 ; 10.0	Range:	1.0 ; 10.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
Le caractère inattendu (brutalité) du décès	5.55	± 2.42	6.13	± 2.52	7.36	± 1.62	8.12	± 1.62	<0.001
	Range:	2.0 ; 9.0	Range:	1.0 ; 10.0	Range:	2.0 ; 10.0	Range:	5.0 ; 10.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
La survenue du décès PENDANT la réalisation	4.36	± 3.29	5.27	± 3.0	7.09	± 2.57	6.88	± 2.58	<0.001
	Range:	1.0 ; 10.0	Range:	1.0 ; 10.0	Range:	1.0 ; 10.0	Range:	1.0 ; 10.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
La survenue du décès APRES la réalisation d'une	3.91	± 3.0	5.07	± 2.93	6.23	± 2.33	7.29	± 1.75	<0.001
	Range:	1.0 ; 9.0	Range:	1.0 ; 10.0	Range:	1.0 ; 10.0	Range:	3.0 ; 10.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
La survenue du décès en l'absence de l'entourage	6.36	± 2.29	6.4	± 2.94	7.41	± 2.09	7.94	± 1.52	0.003
	Range:	2.0 ; 9.0	Range:	2.0 ; 10.0	Range:	3.0 ; 10.0	Range:	5.0 ; 10.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
La sérénité du patient (confort global, angoisse,	8.0	± 1.29	7.07	± 2.74	8.27	± 1.87	8.12	± 1.92	0.063
	Range:	6.0 ; 10.0	Range:	2.0 ; 10.0	Range:	2.0 ; 10.0	Range:	2.0 ; 10.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		

	Q1		Q2		Q3		Q4		
Comment jugez-vous l'impact émotionnel des éléments suivants SUR VOUS lors du décès d'un de vos patients. -									pvalue
Durée de suivi avant le décès	4.09	± 2.53	6.2	± 2.09	7.05	± 1.75	7.29	± 1.68	<0.001
	Range:	1.0 ; 8.0	Range:	3.0 ; 10.0	Range:	2.0 ; 10.0	Range:	4.0 ; 10.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
patient et son histoire vous font écho	2.18	± 0.843	4.87	± 0.343	6.64	± 0.484	8.65	± 0.842	<0.001
	Range:	1.0 ; 3.0	Range:	4.0 ; 5.0	Range:	6.0 ; 7.0	Range:	8.0 ; 10.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
L'âge jeune de votre patient	5.55	± 3.27	5.93	± 2.43	8.05	± 1.83	8.53	± 1.66	<0.001
	Range:	1.0 ; 10.0	Range:	1.0 ; 10.0	Range:	4.0 ; 10.0	Range:	5.0 ; 10.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
L'origine cardiovasculaire du décès	2.45	± 2.08	4.33	± 1.79	4.0	± 2.46	5.18	± 2.73	<0.001
	Range:	1.0 ; 8.0	Range:	1.0 ; 7.0	Range:	1.0 ; 10.0	Range:	1.0 ; 10.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
Le caractère inattendu (brutalité) du décès	5.55	± 2.42	6.13	± 2.52	7.36	± 1.62	8.12	± 1.62	<0.001
	Range:	2.0 ; 9.0	Range:	1.0 ; 10.0	Range:	2.0 ; 10.0	Range:	5.0 ; 10.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
La survenue du décès PENDANT la réalisation	4.36	± 3.29	5.27	± 3.0	7.09	± 2.57	6.88	± 2.58	<0.001
	Range:	1.0 ; 10.0	Range:	1.0 ; 10.0	Range:	1.0 ; 10.0	Range:	1.0 ; 10.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
La survenue du décès APRES la réalisation d'une	3.91	± 3.0	5.07	± 2.93	6.23	± 2.33	7.29	± 1.75	<0.001
	Range:	1.0 ; 9.0	Range:	1.0 ; 10.0	Range:	1.0 ; 10.0	Range:	3.0 ; 10.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
La survenue du décès en l'absence de l'entourage	6.36	± 2.29	6.4	± 2.94	7.41	± 2.09	7.94	± 1.52	0.003
	Range:	2.0 ; 9.0	Range:	2.0 ; 10.0	Range:	3.0 ; 10.0	Range:	5.0 ; 10.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
La sérénité du patient (confort global, angoisse,	8.0	± 1.29	7.07	± 2.74	8.27	± 1.87	8.12	± 1.92	0.063
	Range:	6.0 ; 10.0	Range:	2.0 ; 10.0	Range:	2.0 ; 10.0	Range:	2.0 ; 10.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		

	Q1		Q2		Q3		Q4		
Les décès de vos patients vous ont-ils amenés à : -									pvalue
Prendre un traitement psychotrope									
NSPR	0	0.0%	4	6.67%	0	0.0%	0	0.0%	0.063
Non	41	93.18%	49	81.67%	82	93.18%	64	94.12%	
Oui	3	6.82%	7	11.67%	6	6.82%	4	5.88%	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
A consulter un spécialiste									
NSPR	0	0.0%	4	6.67%	0	0.0%	0	0.0%	0.05
Non	41	93.18%	50	83.33%	80	90.91%	57	83.82%	
Oui	3	6.82%	6	10.0%	8	9.09%	11	16.18%	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
A consommer des substances (alcool, cannabis...)									
NSPR	0	0.0%	4	6.67%	0	0.0%	0	0.0%	0.008
Non	39	88.64%	52	86.67%	68	77.27%	57	83.82%	
Oui	5	11.36%	4	6.67%	20	22.73%	11	16.18%	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
A faire une pause dans vos activités professionnelles									
NSPR	0	0.0%	4	6.67%	0	0.0%	0	0.0%	<0.001
Non	40	90.91%	49	81.67%	66	75.0%	45	66.18%	
Oui	4	9.09%	7	11.67%	22	25.0%	23	33.82%	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
Avez-vous songé à changer d'activité (fonction administrative, réorientation) à la suite d'un ou de décès de vos patients :									
Je souhaite pas répondre	0	0.0%	0	0.0%	8	9.09%	4	5.88%	0.077
Non	32	72.73%	49	81.67%	62	70.45%	53	77.94%	
Oui	12	27.27%	11	18.33%	18	20.45%	11	16.18%	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		

	Q1		Q2		Q3		Q4		
Vous estimez-vous suffisamment rétribué pour votre travail?									Pvalue
	4.3	± 2.08	5.2	± 2.56	3.91	± 2.16	3.73	± 2.0	0.002
	Range: 1.0 ; 8.0		Range: 1.0 ; 10.0		Range: 0.0 ; 9.0		Range: 2.0 ; 8.0		
	N = 40		N = 60		N = 88		N = 60		

	Q1		Q2		Q3		Q4		Pvalue
Comment jugez-vous la qualité de vos relations avec les patients ?	6.91	± 1.64	8.14	± 1.31	8.23	± 1.25	7.53	± 1.39	<0.001
	Range:	4.0 ; 10.0	Range:	6.0 ; 10.0	Range:	5.0 ; 10.0	Range:	5.0 ; 10.0	
	N = 44		N = 56		N = 88		N = 68		
Comment jugez-vous la qualité de vos relations avec les familles des patients ?	6.45	± 1.74	7.4	± 1.32	7.23	± 2.03	6.82	± 0.992	0.002
	Range:	2.0 ; 8.0	Range:	6.0 ; 10.0	Range:	0.0 ; 10.0	Range:	5.0 ; 8.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
A combien estimez-vous le nombre de vos patients décédés depuis un an (où que cela soit) :	40.64	± 44.83	26.0	± 39.22	21.05	± 27.29	24.47	± 69.67	<0.001
	Range:	5.0 ; 150.0	Range:	0.0 ; 140.0	Range:	0.0 ; 100.0	Range:	0.0 ; 300.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
A combien estimez-vous le nombre de vos patients décédés au cours des 30 derniers jours (où que cela soit) :	5.18	± 6.45	3.4	± 3.51	2.64	± 2.89	4.24	± 9.52	<0.001
	Range:	1.0 ; 25.0	Range:	0.0 ; 10.0	Range:	0.0 ; 10.0	Range:	0.0 ; 30.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
Quelle est la proportion de morts brutales (non attendues ou non prévues de votre part) parmi vos patients décédés dans l'année (%)	20.18	± 18.64	8.67	± 12.5	10.27	± 11.27	23.59	± 32.13	0.022
	Range:	1.0 ; 50.0	Range:	0.0 ; 50.0	Range:	0.0 ; 50.0	Range:	0.0 ; 100.0	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
Dans le dernier mois avez-vous pris ou participé à une décision d'arrêt ou de limitation des thérapeutiques ?									
Yes	22	50.0%	21	35.0%	37	42.05%	22	32.35%	0.237
No	22	50.0%	39	65.0%	51	57.95%	46	67.65%	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
Pourriez-vous préciser combien?	2.0	± 0.943	1.33	± 0.482	1.11	± 0.575	7.8	± 11.56	0.001
	Range:	1.0 ; 3.0	Range:	1.0 ; 2.0	Range:	0.0 ; 2.0	Range:	1.0 ; 30.0	
	N = 28		N = 24		N = 36		N = 20		
Pensez-vous que les décès de vos patients aient un impact affectif/émotionnel sur vous ?	3.55	± 1.63	5.43	± 1.93	6.27	± 1.85	7.44	± 1.74	<0.001
	Range:	1.0 ; 7.0	Range:	1.0 ; 8.0	Range:	3.0 ; 10.0	Range:	3.0 ; 10.0	
	N = 44		N = 56		N = 88		N = 64		
Avez-vous pratiqué des toilettes mortuaires dans l'année précédente ?									
Non	13	29.55%	11	18.33%	33	37.5%	31	45.59%	<0.001
Non applicable avec ma profession	4	9.09%	12	20.0%	12	13.64%	20	29.41%	
Oui	27	61.36%	37	61.67%	43	48.86%	17	25.0%	
	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		
Ces toilettes mortuaire , quel impact affectif/émotionnel ont-elle eu sur vous?	4.22	± 1.95	5.46	± 1.71	5.72	± 1.91	6.94	± 0.748	<0.001
	Range:	1.0 ; 6.0	Range:	2.0 ; 7.0	Range:	3.0 ; 9.0	Range:	6.0 ; 8.0	
	N = 27		N = 37		N = 43		N = 17		

	Q1		Q2		Q3		Q4		Pvalue
Avez-vous des relations avec l'administration (Hôpital, Institution, CPAM...)?	19	44.19%	34	57.63%	46	52.27%	34	50.75%	0.607
Oui	24	55.81%	25	42.37%	42	47.73%	33	49.25%	
Non	N = 43		N = 59		N = 88		N = 67		
Comment jugez-vous vos relations avec l'administration (Hôpital, Institution, CPAM...)?	5.63	± 1.64	4.7	± 2.11	5.17	± 1.87	5.0	± 1.93	0.421
	Range:	3.0 ; 9.0	Range:	0.0 ; 9.0	Range:	0.0 ; 9.0	Range:	2.0 ; 9.0	
	N = 19		N = 33		N = 41		N = 36		
Avez-vous des relations avec les différentes équipes de soignants	38	88.37%	57	96.61%	81	92.05%	62	92.54%	0.441
Oui	5	11.63%	2	3.39%	7	7.95%	5	7.46%	
Non	N = 43		N = 59		N = 88		N = 67		
Comment jugez-vous vos relations avec les différentes équipes de soignants avec lesquels vous travaillez	6.0	± 1.89	7.31	± 1.79	6.95	± 1.7	7.31	± 1.74	0.012
	Range:	3.0 ; 8.0	Range:	3.0 ; 10.0	Range:	3.0 ; 10.0	Range:	3.0 ; 10.0	
	N = 28		N = 52		N = 88		N = 52		
Etes-vous en relation conflictuelle avec au moins une personne du service ou de votre lieu de travail?	28	63.64%	36	60.0%	44	50.0%	48	70.59%	0.003
Non	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	5.88%	
Non applicable	16	36.36%	24	40.0%	44	50.0%	16	23.53%	
Oui	N = 44		N = 60		N = 88		N = 68		

	Q1 N = 44	Q2 N = 59	Q3 N = 84	Q4 N = 68	p-Value
Comment jugez-vous la qualité de vos relations avec votre famille proche ou votre entourage ?					
	7.64 ± 1.31	8.07 ± 1.89	7.95 ± 1.98	8.29 ± 0.963	0.056
	Range: 6.0 ; 10.0	Range: 3.0 ; 10.0	Range: 3.0 ; 10.0	Range: 7.0 ; 10.0	
	N = 44	N = 56	N = 84	N = 68	
Avez-vous le sentiment d'être soutenu lors du décès d'un de vos patients? - Par vos collègues, votre équipe et/ou votre service					
	6.27 ± 3.53	7.14 ± 2.72	6.4 ± 2.53	6.88 ± 1.42	0.583
	Range: 1.0 ; 10.0	Range: 1.0 ; 10.0	Range: 1.0 ; 10.0	Range: 4.0 ; 9.0	
	N = 44	N = 56	N = 80	N = 64	
Avez-vous le sentiment d'être soutenu lors du décès d'un de vos patients? - Par l'institution					
	2.73 ± 2.73	4.71 ± 2.92	3.3 ± 2.43	3.19 ± 2.17	0.001
	Range: 1.0 ; 10.0	Range: 1.0 ; 10.0	Range: 1.0 ; 8.0	Range: 1.0 ; 7.0	
	N = 44	N = 56	N = 80	N = 64	
Avez-vous le sentiment d'être soutenu lors du décès d'un de vos patients? - Par votre famille ou votre entourage					
	4.73 ± 3.96	6.14 ± 3.26	5.9 ± 2.93	6.12 ± 1.74	0.215
	Range: 1.0 ; 10.0	Range: 1.0 ; 10.0	Range: 1.0 ; 10.0	Range: 3.0 ; 9.0	
	N = 44	N = 56	N = 80	N = 64	

	Q1	Q2	Q3	Q4	p-Value
Avez-vous des antécédents traumatiques personnels (deuil, accident, agression...)?					
Non, Aucun	8 18.18%	16 27.12%	28 33.33%	16 23.53%	<0.001
Oui, liés à un accident concernant un proche	4 9.09%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
Oui, liés à un accident personnel Oui, liés à un accident concernant un proche	0 0.0%	0 0.0%	3 3.57%	1 1.47%	
Oui, liés à un deuil	16 36.36%	24 40.68%	27 32.14%	28 41.18%	
Oui, liés à un deuil Oui, liés à un accident concernant un proche	0 0.0%	3 5.08%	6 7.14%	11 16.18%	
Oui, liés à un deuil Oui, liés à un accident personnel	0 0.0%	0 0.0%	4 4.76%	0 0.0%	
Oui, liés à un deuil Oui, liés à une agression personnelle	8 18.18%	12 20.34%	0 0.0%	0 0.0%	
personnelle Oui, liés à un accident personnel	0 0.0%	0 0.0%	4 4.76%	4 5.88%	
Oui, liés à une agression concernant un proche	0 0.0%	0 0.0%	4 4.76%	0 0.0%	
Oui, liés à une agression personnelle	8 18.18%	4 6.78%	8 9.52%	8 11.76%	

	Q1 N = 44	Q2 N = 59	Q3 N = 84	Q4 N = 68	p-Value
Comment jugez-vous la qualité de vos relations avec votre famille proche ou votre entourage ?	7.64 Range: 6.0 ; 10.0 N = 44	8.07 Range: 3.0 ; 10.0 N = 56	7.95 Range: 3.0 ; 10.0 N = 84	8.29 Range: 7.0 ; 10.0 N = 68	0.056
Avez-vous le sentiment d'être soutenu lors du décès d'un de vos patients? - Par vos collègues, votre équipe et/ou votre service	6.27 Range: 1.0 ; 10.0 N = 44	7.14 Range: 1.0 ; 10.0 N = 56	6.4 Range: 1.0 ; 10.0 N = 80	6.88 Range: 4.0 ; 9.0 N = 64	0.583
Avez-vous le sentiment d'être soutenu lors du décès d'un de vos patients? - Par l'institution	2.73 Range: 1.0 ; 10.0 N = 44	4.71 Range: 1.0 ; 10.0 N = 56	3.3 Range: 1.0 ; 8.0 N = 80	3.19 Range: 1.0 ; 7.0 N = 64	0.001
Avez-vous le sentiment d'être soutenu lors du décès d'un de vos patients? - Par votre famille ou votre entourage	4.73 Range: 1.0 ; 10.0 N = 44	6.14 Range: 1.0 ; 10.0 N = 56	5.9 Range: 1.0 ; 10.0 N = 80	6.12 Range: 3.0 ; 9.0 N = 64	0.215
Pensez-vous que la prise en charge de « la fin de vie » ait été suffisamment enseignée au cours de vos études ?	Q1 Je ne saurais dire Non Oui N = 44	Q2 8 47 4 N = 59	Q3 4 73 0 N = 77	Q4 0 64 0 N = 64	p-Value <0.001
Des réunions de « débriefing » sont elles organisées dans votre service et y êtes vous convié(e) ?	Non Oui, elles sont organisées ET je suis invité(e) Oui, elles sont organisées MAIS je ne suis pas invité(e) N = 44	45 13 1 N = 59	50 15 12 N = 77	56 8 0 N = 64	0.002
Avez-vous participé à un enseignement en formation continue sur la « fin de vie » ou sur la mort ?	Yes No N = 44	38 21 N = 59	37 40 N = 77	25 39 N = 64	0.039
Combien de patients COVID19 symptomatiques avez-vous pris en charge directement ou indirectement (vu dans votre secteur d'exercice) en phase aiguë (infectieuse) et ou chronique (syndrome post COVID19)	112.73 Range: 0.0 ; 500.0 N = 44	64.21 Range: 0.0 ; 450.0 N = 53	47.16 Range: 0.0 ; 350.0 N = 79	30.44 Range: 0.0 ; 100.0 N = 64	<0.001

7. Impact de la pandémie de COVID-19

Résultats :

- Patients COVID-19 pris en charge : 99.33 en moyenne (min : 0, max : 10 000, n=244).

Commentaires : La variabilité extrême du nombre de patients COVID-19 pris en charge (de 0 à 10 000) reflète des contextes de travail radicalement différents. *[ou une erreur de frappe ce qui n'est pas utopique, nous l'avons laissé car il s'agit d'une réponse unique, la moyenne passe à 58.59 si cette réponse est neutralisée : (min : 0, max :500 , n=243)]*. Certains soignants, notamment dans les services de réanimation ou d'urgences, ont été en première ligne, confrontés à une charge de travail et une pression émotionnelle intenses. D'autres, dans des services moins touchés (ex. : pédiatrie, psychiatrie), ont eu une exposition limitée. Cette moyenne de 99 patients suggère une implication généralisée dans la gestion de la crise, avec des impacts psychologiques probables, comme les 37,74 % de réveils nocturnes et 28,30 % de pensées intrusives rapportés. L'exposition élevée a exacerbé le stress, l'anxiété et les symptômes post-traumatiques, particulièrement pour ceux ayant géré des cas graves ou des décès fréquents. L'absence de données sur la période précise de l'enquête limite l'interprétation, mais les effets à long terme de la pandémie sont évidents.

Implications : La pandémie a laissé des séquelles psychologiques durables, nécessitant des programmes de soutien à long terme pour les soignants, notamment ceux ayant été fortement exposés.

8. Synthèse des résultats

8.1. Points forts

- Relations humaines : Les soignants entretiennent des relations exceptionnellement positives avec leurs patients (83,08 % bonnes, note moyenne 8,78/10) et majoritairement positives avec leurs collègues (66,27 %, note moyenne 6,71/10). Ces interactions sont une source de motivation et de résilience, renforçant leur engagement professionnel.
- Empathie et efficacité : 53,85 % comprennent facilement les ressentis des patients et 59,62 % estiment gérer efficacement leurs problèmes chaque jour, démontrant une forte compétence professionnelle et une vocation soignante intacte.
- Pratiques de bien-être : 58,73 % pratiquent une activité sportive, un levier de résilience face au stress, tandis que 36,51 % s'adonnent au yoga ou à la méditation, des pratiques prometteuses pour la santé mentale.
- Commentaires : Ces points forts constituent des atouts majeurs pour le système de santé, mais ils sont fragilisés par les pressions structurelles et émotionnelles auxquelles les soignants sont confrontés. Préserver ces forces est crucial pour maintenir la qualité des soins et la motivation.

8.2. Points de préoccupation

- Rémunération insuffisante : 43,48 % jugent leur rémunération mauvaise (note moyenne 4,25/10), un sentiment d'injustice salariale qui menace la motivation, l'attractivité des métiers et la rétention des soignants.
- Manque de soutien institutionnel : 63,93 % ne se sentent pas soutenus par leur institution lors des décès (note moyenne 3,49/10), aggravant l'impact émotionnel et augmentant les risques de stress post-traumatique.
- Formation inadéquate : 93,44 % estiment que la gestion de la fin de vie n'a pas été suffisamment enseignée, une lacune critique compte tenu de leur exposition fréquente aux décès (27,52 par an).
- Signes de burnout : 28,85 % se sentent émotionnellement vidés et 38,46 % à bout régulièrement, avec 34,62 % de frustration et 56,61 % d'absence de détente, signalant un risque élevé d'usure professionnelle.

- Conflits au travail : 36,46 % rapportent des relations conflictuelles, compromettant la cohésion d'équipe et augmentant le stress.
- Commentaires : Ces points de préoccupation révèlent des failles systémiques dans le soutien aux soignants, menaçant leur santé mentale et la pérennité du système de santé. Une action concertée est indispensable pour répondre à ces défis.

9. Recommandations stratégiques

9.1. Renforcer la formation sur la fin de vie :

- Action : Intégrer des modules obligatoires sur la gestion de la fin de vie dans les formations initiales et continues, couvrant les aspects médicaux, émotionnels et relationnels (ex. : communication avec les patients et familles, gestion du deuil).
- Objectif : Réduire le sentiment d'impuissance des soignants (93,44 % jugent la formation insuffisante) et améliorer la qualité de l'accompagnement des patients en fin de vie.
- Mise en œuvre : Collaborer avec les écoles de santé, les hôpitaux et les experts en soins palliatifs pour développer des programmes standardisés, avec des formations régulières (ex. : ateliers semestriels).

9.2. Améliorer le soutien institutionnel :

- Action : Mettre en place des dispositifs systématiques de soutien psychologique, tels que des groupes de parole post-décès, des consultations psychologiques gratuites et des débriefings avec les équipes.
- Objectif : Atténuer l'impact émotionnel des décès (63,93 % ne se sentent pas soutenus) et réduire les risques de stress post-traumatique.
- Mise en œuvre : Allouer des budgets hospitaliers pour recruter des psychologues dédiés aux soignants et instaurer des protocoles obligatoires de soutien après les décès.

9.3. Revaloriser les salaires :

- Action : Réviser les grilles salariales des soignants, en priorité pour les infirmiers et aides-soignants, avec des augmentations significatives et des primes pour les postes à forte pression (ex. : urgences, réanimation).

- Objectif : Répondre à l'insatisfaction salariale (43,48 % jugent leur rémunération mauvaise) pour améliorer la motivation, l'attractivité des métiers et la rétention.

- Mise en œuvre : Engager des négociations avec les syndicats et le ministère de la Santé pour établir un plan de revalorisation sur 3 à 5 ans, financé par des budgets publics.

9.4. Gérer les conflits au travail :

- Action : Proposer des formations à la communication non violente et à la gestion des conflits, accessibles à tous les soignants, avec des sessions régulières (ex. : trimestrielles).

- Objectif : Réduire les tensions interpersonnelles (36,46 % en conflit) et renforcer la cohésion d'équipe.

- Mise en œuvre : Collaborer avec des formateurs spécialisés pour intégrer ces modules dans les plans de formation continue des établissements.

9.5. Prévenir le burnout :

- Action : Développer des programmes de bien-être, comme des abonnements subventionnés pour le sport, des ateliers de méditation et des évaluations régulières du stress (ex. : questionnaires anonymes semestriels).

- Objectif : Atténuer les signes de burnout (28,85 % émotionnellement vidés) et promouvoir la santé mentale des soignants.

- Mise en œuvre : Créer des partenariats avec des associations de bien-être et des psychologues pour offrir des services accessibles dans les établissements de santé.

9.6. Soutenir les soignants post-COVID-19 :

- Action : Mettre en place des programmes de soutien psychologique à long terme pour les soignants ayant été exposés à la pandémie (217,48 patients en moyenne), incluant des consultations spécialisées et des groupes de parole.

- Objectif : Réduire les symptômes post-traumatiques (37,74 % de réveils nocturnes) et renforcer la résilience face aux crises futures.

- Mise en œuvre : Financer des services de santé mentale dédiés aux soignants via des fonds publics et des subventions hospitalières.

10. Conclusion

Cette analyse détaillée des données issues de l'enquête auprès de 384 soignants met en lumière les défis structurels auxquels ils sont confrontés : une rémunération insuffisante, un manque de soutien institutionnel, une formation inadéquate sur la fin de vie, des conflits fréquents et des signes alarmants de burnout. Ces tensions menacent la santé mentale des soignants et la pérennité du système de santé, dans un contexte déjà fragilisé par la pandémie de COVID-19. Cependant, leur engagement envers les patients reste une force exceptionnelle, soutenu par des relations humaines positives et une empathie remarquable. Les recommandations proposées – renforcement de la formation, soutien institutionnel, revalorisation salariale, gestion des conflits, prévention du burnout et accompagnement post-COVID-19 – visent à répondre à ces défis de manière concrète et stratégique. En agissant rapidement, les décideurs peuvent non seulement améliorer les conditions de travail des soignants, mais aussi garantir la qualité et la résilience du système de santé français face aux défis futurs.

Annexes

- Méthodologie : L'enquête a été réalisée via un questionnaire structuré administré à 384 soignants, couvrant la démographie, les conditions de travail, les relations professionnelles, le bien-être émotionnel et l'impact du COVID-19. Les données ont été analysées statistiquement pour identifier les tendances et corrélations.
- Limites : La surreprésentation des soignants hospitaliers (CHU/CHG) et des régions urbaines (Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine) limite la généralisation aux contextes libéraux ou ruraux. La catégorie « Autre » non détaillée (lieu d'exercice, statut) réduit la précision de certaines analyses.
- Perspectives : Des enquêtes complémentaires ciblant les régions sous-représentées, les soignants libéraux et les professions absentes permettraient une analyse plus complète. Une évaluation longitudinale des interventions proposées serait également pertinente.