

Les personnels employés du soin du secteur sanitaire et médico-social, revue de la littérature 2000-2025 des déterminants de santé

Titre court : Santé des employés médico-sociaux en France 2000-2025

Marc-Antoine Sanchez¹, Marion Lelouvier², Audrey Jaouen³, Stephane Sanchez⁴, Chrystèle Botton⁵, Marie-Noël Vercambre-Jacquot⁶, Philippe de Normandie⁷, Hélène Boscardin⁸

¹ Agence de l'innovation de défense, 60 boulevard Valin, ministère des armées, 75015 Paris

² Centre français des fonds et fondation, 75009 Paris

³ Fondation de l'Avenir, 75015 Paris

⁴ Pole Territorial Santé Publique et Performance, Hôpitaux Champagne Sud, 10003 Troyes

⁵ Fondation Malakoff Humanis Handicap, 75009 Paris

⁶ Fondation MGEN pour la santé publique, 75015 Paris

⁷ Fondation MNH, 75012 Paris

⁸ Fondation Chanel, 92200 Neuilly sur Seine

Auteur correspondant :

Marc-Antoine Sanchez

MD, PhD, MSc

60 boulevard Valin, AID, Paris 75015

Marc-antoine.sanchez@intradef.gouv.fr

Abstract

Introduction: Employees in the healthcare and medical-social sector are a predominantly female population with low socio-economic status, yet they play an essential role in supporting the elderly, the disabled and those in precarious situations, in hospitals and medical-social establishments. These professions are exposed to numerous risk factors in the workplace (physical constraints, psychosocial risks in particular). Scattered data suggest a deteriorating state of health.

The aim of this study is to carry out a systematic review to synthesize our knowledge of the work-related risk factors, working conditions and health status of healthcare and medico-social workers in France.

Methods: Based on a systematic review model, the search identified articles on the French context published between 2000 and 2025 in scientific databases and other institutional sources. The inclusion criteria were any quantitative or qualitative study or official report dealing with the occupational health of staff employed in the health and medico-social sectors.

Results: Of a total of 74 references identified, 20 were included. Musculoskeletal disorders (particularly low back pain), burnout and lack of recognition in the workplace were the main problems. Violence, often verbal and sometimes physical, comes from beneficiaries (patients, users), the organization or colleagues (harassment). Addictive behaviours (tobacco, alcohol, psychotropic drugs) have been documented as coping strategies in the face of stress.

Conclusion: Staff employed in the healthcare and medico-social sectors are exposed to multiple risks that are thought to have a significant impact on their health and the quality of their support, but data remains patchy and of variable quality. The results suggest a need for prospective studies and participatory approaches to develop targeted prevention strategies for these forgotten workers.

271 words

Key words: healthcare sector, medico-social sector, care assistants, hospital service agents, musculoskeletal disorders, psychosocial risks, violence, addictions, systematic review.

Résumé

Introduction : Les personnels employés du secteur santé et médico-social constituent une population majoritairement féminisée, peu socio-économiquement valorisée, qui joue pourtant un rôle essentiel dans l'accompagnement des personnes âgées, handicapées ou précaires, à l'hôpital ou en établissement médico-social. Ces métiers sont exposés à de nombreux facteurs de risques au travail (contraintes physiques, risques psychosociaux notamment). Des données éparses suggèrent un état de santé détérioré.

L'objectif de ce travail est de mener une revue systématique afin de synthétiser les connaissances sur les facteurs de risques au travail, les conditions d'exercice et l'état de santé de ces personnels employés du sanitaire et médico-social en France.

Méthodes : En se fondant sur un modèle revue systématique, les recherches ont recensé les articles portant sur le contexte français et publiés entre 2000 et 2025 dans des bases de données scientifiques et d'autres sources institutionnelles. Les critères d'inclusion visaient toute étude quantitative, qualitative ou rapport officiel traitant de la santé au travail des personnels employés du sanitaire et médico-social.

Résultats : Sur un total de 74 références identifiées, 20 ont été incluses. Les troubles musculosquelettiques (notamment lombalgies), le burnout et le manque de reconnaissance statutaire ressortent comme des problématiques majeures. Les violences, souvent verbales et parfois physiques, proviennent tant des bénéficiaires (patient·es, usager·ères) que de l'organisation ou des collègues (harcèlement). Les conduites addictives (tabac, alcool, psychotropes) sont documentées comme stratégies de coping face au stress.

Conclusion : Les personnels employés du sanitaire et médico-social sont exposés à des risques multiples qui affecteraient significativement leur santé et la qualité de l'accompagnement, mais les données restent parcellaires et de qualité variable. Les résultats suggèrent un besoin d'études prospectives ainsi que de la mise en place d'approches participatives pour développer des stratégies de prévention ciblées de ces oubliés du secteur.

293 mots

Mots-clés : secteur sanitaire, secteur médico-social, aides-soignant·es, agent·es de service hospitalier, TMS, RPS, violence, addictions, revue systématique.

Introduction

Le secteur de la santé, est caractérisé par une diversité des activités, des métiers et des professionnels (1). Dans ces environnements de travail complexes et variés (hôpital, établissement médico-social,...), les hiérarchies internes sont nombreuses (direction, corps médical, personnel soignant, administration), et expliquent des rapports de pouvoirs divers entre les catégories d'acteurs. Au vu des tensions du secteur en termes de ressources humaines, l'étude de la santé des professionnels y œuvrant est essentielle, pour comprendre quels en sont les déterminants, et quelles conséquences une détérioration de celle-ci pourrait avoir. Ainsi médecins, et certaines catégories de personnels paramédicaux sont relativement suivis et étudiés. A titre d'exemple, une publication récente a souligné que l'état de santé du personnel infirmier nécessitait d'être étudié. Tout d'abord parce que leur nombre diminuant, la pénurie est devenue problématique concernant l'offre de soins territoriale mais aussi parce que cela impacterait directement la qualité des soins, et donc l'état de santé des patients (2).

Une catégorie de personnels, les moins qualifiés, est constituée de celles et ceux qui font le lien entre tous, patients et personnel soignant ou administratif des établissements de santé. Parfois décrits comme « invisibles » dans la littérature (3), ces personnels de soutien sont au contact des patients, réalisent des tâches d'hygiène ne nécessitant pas de compétences médicales, se voient attribuer par délégation de tâches certains gestes infirmiers, ont un rôle en prévention primaire ou en éducation thérapeutique, assurent des tâches liées à l'hébergement, l'hôtellerie, voir à l'administration (4). Ce sont les aides-soignant-es (AS), les aides médico-psychologiques (AMP), les auxiliaires de vie, les agent-es de service hospitaliers (ASH). Ces personnels employés du sanitaire et medico-social constituent une pierre angulaire de l'ensemble du système de santé, répondant aux besoins des plus dépendants et des plus démunis : personnes âgées, personnes handicapées, malades isolés, personnes précaires. Aujourd'hui, parmi l'ensemble des personnels du secteur hospitalier, les AS sont ceux qui estiment le plus devoir sacrifier la qualité de leur travail (35%), prendre des risques pour leur santé (22%), alors que l'estime pour leur travail est vécue comme l'une des plus faible (70%) (5). Cette détérioration de la qualité de vie au travail interroge sur l'impact potentiel sur la santé des personnels et au-delà, sur la santé des patients eux même.

La Cour des Comptes a souligné dans un rapport récent un nombre d'arrêt de travail et de maladies professionnelles (ATMP) trois fois supérieur à la moyenne dans le secteur médico-social (6), en augmentation de 41% entre 2016 et 2019, impactant la qualité des soins, la santé et les trajectoires des professionnels, cela dans un contexte national de vieillissement démographique. Ce même rapport précise que la « *prévention des risques professionnels constitue par conséquent un enjeu essentiel pour l'attractivité du secteur médico-social et sa qualité de service* ». Ce chiffre alarmant l'est d'autant plus pour les AS et ASH dont le nombre de jours d'absence est le plus important du secteur hospitalier (7). La littérature donne des pistes de compréhension de cet absentéisme. Cette population est fortement féminisée (8), ce qui la soumet à plus d'inégalités et à des conditions de travail difficiles, tant d'un point de vue physique que psychique (9). De plus, elle est plus exposée aux situations de violence au travail (10,11). Ainsi, un turnover plus important et préoccupant est observé chez les personnels employés du sanitaire et médico-social ce qui *in fine* impacte la continuité des soins.

Dans ce contexte, il nous semble important de synthétiser les connaissances disponibles sur les facteurs de risques et la santé des personnels employés du secteur sanitaire/médico-social. Cela est un préalable indispensable à la priorisation des voies de prévention/promotion de la santé de ces professionnels. Les enjeux pour la santé publique sont majeurs : 1) la santé de ces professionnels est un bien en soi ; 2) leur rôle clé dans le parcours de soins des patients et aidants est connu; 3) l'importance de leurs fonctions au vu de l'évolution de la démographie médicale (délégation de tâches) et des besoins en termes de soins qui évoluent (déserts médicaux, vieillissement de la population) , ne va faire que s'accroître. L'objectif de ce travail est de synthétiser les résultats des déterminants de santé au travail, les facteurs organisationnels (sous-effectif, management) et socio-culturels (genre, précarité) connus comme étant des facteurs explicatifs de dégradation de la santé de ces professionnels, afin de dégager des axes prioritaires de recherche-action.

Méthode

Nous avons fondé le recensement des articles et rapports officiels sur le protocole PRISMA (12).

Les rapports institutionnels (Cour des comptes, agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, organisation mondiale de la santé, International Labour Organisation) ont été inclus via leurs sites officiels. Tous les termes étaient traduits en anglais pour élargir la recherche aux articles publiés dans les revues internationales (annexe 1).

Critères d'inclusion et exclusion

Nous avons utilisé les critères SPIDER (13), tous les termes étaient ceux du Medical Subject Headings (MeSH) :

- population cible (S) : « aide-soignant », « auxiliaire de vie », « aide médico-psychologiques », « agent de service hospitalier ». Seuls les études ou rapports s'intéressant à cette population exerçant en France ont été inclus dans l'analyse finale.
- Thématiques (PI) : au moins un thème parmi « facteurs de risques », « troubles musculo-squelettique (TMS)», « burnout », « violence au travail», « management », « genre », « facteur socio-culturels ».
- Type d'études (D) : quantitative observationnelle, qualitative, méthode mixte, rapports
- Évaluation (E) : Retenue si l'étude rapportait des données empiriques sur la santé au travail, la pénibilité, les expositions à des facteurs de risque/déterminants de santé.
- Durée d'inclusion : population française entre 2000 et 2025.

Les articles ne couvrant pas ces critères étaient exclus. La stratégie documentaire est détaillée en annexe 1. Les termes français ont aussi été traduits en anglais pour élargir les recherches.

Sources de données

Les bases de données utilisées étaient : Pubmed, Google Scholar, Science Direct, Cairn.info. La stratégie de recherche est décrite en Annexe 1.

Les documents et études du sujet déjà connus des auteurs ont été pris en compte.

Analyses des données

Un tableau de synthèse compile les données d'intérêt. Une analyse narrative a ensuite été réalisée pour faire émerger les grandes tendances.

Résultats

Processus de sélection

Le diagramme de flux est représenté figure 1.

Caractéristiques des études retenues

- **Recherche initiale** : 921 articles (bases + références additionnelles)
- **Déduplication** : n=0
- **Lecture titres/résumés** : exclusion de 847 : hors scope (mauvaise population cible, mauvaise thématique), pas de mention des indicateurs de résultats, pas d'utilité pour la contextualisation ou la partie méthode.
- **Lecture intégrale** : n=74, exclusion de 54 articles/rapport : pas de résultats directs pour le travail de synthèse.
- **Inclusion finale** : 20 articles

Le processus de sélection a permis de mettre en évidence quatre grandes catégories de déterminants : les facteurs organisationnels et socio-culturels, Les TMS, les RPS dont violence au travail, et les addictions. D'autres études ont volontairement été écartées si les déterminants décrit étaient moins fréquemment étudiés dans la littérature (exemple l'exposition aux agents chimiques), afin de focaliser sur les thématiques dont les programmes de prévention auraient potentiellement l'impact le plus large.

L'ensemble des études analysées sont décrites dans le tableau 1. Les études étrangères d'intérêt mais non-éligibles à notre étude sont décrites en annexe 2.

Facteurs organisationnels, socio-culturels et perception des personnels employés du sanitaire et médico-social

Les rapports institutionnels convergent sur les sous-effectifs chroniques, l'absence de carrières structurées et la dimension genrée comme des facteurs-clés de la vulnérabilité de ces personnels employés du sanitaire et médico-social. L'absence de ratio soignant-es /résident-es normalisé exacerbe la charge. La Fédération Hospitalière de France a observé des ratios à 0,24 préconisant de remonter à 0,8.

La délégation de tâches est une manière pour une catégorie de professionnels de se dégager des tâches les moins gratifiantes (moins valorisées, plus lourdes, plus sales, plus fatigantes) (2,14). Cette délégation de tâches est fonction des horaires de la journée (15). Elle concerne les AS, le personnel infirmier voire les secrétaires médicales. C.Horellou-Lafarge (2011) donne deux exemples, celui de la prise de température, passé de tâche noble, à une tâche secondaire dédiée au personnel infirmier puis aux AS, ainsi que celle de la prise de tension, maintenant réalisée par les AS. Le « sale boulot » concerne moins les médecins, mais le personnel infirmier qui peut déléguer aux AS, pouvant déléguer en partie aux ASH, qui se voient attribuer les tâches que les autres ne font pas (2).

Si la coopération au sein des équipes n'est pas bonne, et donc l'organisation défectueuse, des erreurs de pratiques du « care » sont possibles, et font peser sur les AS des risques de décompensation psychiques, de stigmatisation (16).

Les facteurs organisationnels (travail de nuit, horaires décalés, jours fériés etc.) aggravent les risques psycho-sociaux (17). Les AS sont plus soumis aux changements imprévisibles d'horaires que les autres soignants (18). De plus, AS et ASH sont les professionnels travaillant plus de 2 week-end par mois pour respectivement 15,2% et 17% d'entre eux (18). Les AS et ASH souhaitent plus que les autres changer d'horaires pour des raisons de bien-être et pour leur vie privée (13,5%) (18).

Une étude réalisée chez le personnel infirmier et AS, s'est intéressée aux liens entre TMS, burnout, facteurs psychosociaux et vigueur (investissement physique et psychique, motivation) (19). Il apparaît que le burnout est associé aux TMS (6,8%), les facteurs psychosociaux à 20,8% des burnout, les facteurs psychosociaux à 16,4% de la vigueur, qui contribue donc à diminuer le burnout.

L'évolution de la considération du personnel infirmier a permis de définir les protocoles et des actes, mais a dans le même temps contribué à effacer l'évaluation et la considération du travail invisible, qui ne fait pas l'objet d'acte. Ce travail est particulièrement important chez les AS qui pratiquent le *care* au sens de la bienveillance envers les patients. Ce travail est complémentaire au soin et donne du sens à la prise en charge mais est difficile à quantifier ou à valoriser (20). Il participe pourtant à ce que ceux qui en bénéficient retrouvent bien-être et autonomie (3), ce qui recouvre la notion de santé au sens où on l'entend aujourd'hui.

Ce *Care* est donc le cœur du métier de soignant des AS. Alors que cette profession est fortement féminisée, la répartition des tâches se retrouve genrée, les hommes aide-soignant sont souvent plus éloignés du *care* au profit de tâches plus physiques (manutention ou gestion de patients violents) (21).

TMS : prévalence et causes

La prépondérance des TMS est liée à la manutention répétitive et au sous-effectif (17). Les aides techniques (lève-personnes) font souvent défaut, ce qui intensifie la pénibilité. Parmi les AS et ASH, la survenue des TMS est particulièrement importante lorsque l'âge est supérieur à 46 ans, chez les femmes, en surcharge pondérale et en poste depuis plus de 10 ans (22). La

localisation la plus fréquente des TMS concerne le rachis (pour près de 65% des TMS déclarés dans une enquête récente (22)).

Le ratio non respecté entre patient·es et agent·es et de nombreux autres facteurs psychosociaux et organisationnels sont associés à une prévalence des TMS plus élevée (6,23).

Par la délégation de tâches, les ASH manipulent souvent les patients pour aider les AS (18), ce qui les expose également aux TMS. Tous les indicateurs d'inconfort et de pénibilité physiques à l'hôpital montrent que les scores sont les plus élevés pour les AS, ASH mais aussi le personnel infirmier (18).

Une étude réalisée parmi le personnel soignant de services de gériatrie a souligné l'impact médico-économique majeur de ces TMS. L'investissement dans les actions possibles de prévention est rapidement rentable puisqu'une diminution des accidents du travail de 60% est compensée en 3,3 années (24).

Risques psychosociaux (RPS) dont violence au travail

Si le champ des risques psychosociaux est très large, dépendant du prisme scientifique sous lequel il est étudié (épidémiologie, économie, sociologie), nous nous appuyons dans notre travail sur la définition opérationnelle proposée dans le rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé de 2011 (25) : les risques psychosociaux seront définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental.

Stress, burnout, manque de reconnaissance

Parmi le personnel soignant, les populations retrouvées les plus à risques de stress au travail selon le modèle de Karasek (i.e : forte demande psychologique et faible latitude décisionnelle) étaient les AS, ASH, le personnel médico-technique, le personnel administratif (26). Pour pallier ces risques psycho-sociaux, cette même étude suggère des voies d'amélioration prioritaires :

- Embauche de personnels (mentionnés par 26% des soignants interrogés)
- Meilleure adaptation du matériel (16%)
- Formation du personnel (13 %)

Parmi les RPS, ceux qui apparaissent particulièrement prévalents dans le secteur de la santé incluent la pression temporelle, la forte charge émotionnelle (fin de vie) et la non-reconnaissance statutaire. En maison de retraite, le travail des AS est encore plus stressant, cumulant un ensemble de facteurs aggravant : fin de vie, démence, handicap, soins palliatifs... (17).

La souffrance éthique que peuvent ressentir les AS est accentuée par 4 facteurs (27) :

- les patients notamment les résidents en EPHAD sont de plus en plus lourds physiquement et cognitivement. Les pratiques mises en œuvre pour les prendre en charge sont de plus en plus complexes (17) ;

- l'intensification du travail : la pression temporelle augmente ainsi que celle liée à la qualité des soins ;

-contraintes financières : elles limitent les recrutements ; de plus, les départs à la retraite vont accentuer les besoins en personnels qualifiés. Les établissements ont tendance à avoir recours à des personnels faisant fonction, ce qui n'est qu'une mesure compensatoire et incomplète.

-état de santé du personnel : le taux d'absentéisme, de démission ou de souhait de départ est très élevé chez les AS. Une étude québécoise montrait un souhait de départ de 25% la première année d'embauche (27). Le plus mauvais état de santé perçu parmi les professionnels de santé l'était pour les AS dans une étude réalisée en France en 2022 (28). En effet, 29% d'entre elles se considéraient en mauvaise santé contre 15 % en population d'actifs en emploi tous secteurs confondus. De plus, ces chiffres se sont détériorés depuis la dernière enquête réalisée en 2018.

Le manque de reconnaissance passe aussi par la perception d'un salaire insuffisant de la part des AS et ASH plus que pour les autres professionnels (18).

Le risque de détresse psychique est également augmenté par les facteurs organisationnels et psychosociaux (23). En période de crise particulière, comme ce fut le cas pendant l'épidémie de COVID-19, les AS peuvent avoir eu le sentiment de mal faire leur travail (29).

Une étude réalisée chez les soignant·es en EPHAD a montré que les facteurs associés à la symptomatologie de burnout étaient (30) :

- L'âge des professionnels : plus les personnels étaient jeunes plus ils étaient sujets au burnout comparé aux personnels expérimentés ;
- La difficulté de prise en charge des patients : plus les patient·es sont difficiles à manipuler physiquement (handicap, poids), plus la symptomatologie de burnout est élevée;
- Le temps de travail : la durée et le volume horaire étaient aussi des facteurs de risques.

Violences verbales / physiques

Les quelques articles retrouvés dans la revue de la bibliographie s'intéressent essentiellement à la violence externe (relation avec le public). Ils montrent que les AS, ASH déclarent 20–40 % d'agressions (verbales ou physiques), parfois liées à la pathologie cognitive des résidents. Les conséquences incluent anxiété, turnover, voire un désengagement progressif. La proportion des violences verbales est plus importante dans le secteur public, particulière pour les AS qui déclaraient avoir déjà subi des violences verbales de la part du public pour près de 46% d'entre elles (31).

Addictions et conduites à risque

Les données sur l'alcool, le tabac et les psychotropes indiquent un usage entre 15–20 % chez ces soignant·es en situation de stress, mais l'ampleur pourrait être sous-estimée (32). Les conduites addictives sont connues parmi le personnel soignant, la mission FIDES de l'APHP vise d'ailleurs à promouvoir la prévention des risques liées aux addictions. Il semble que les substances addictives sont en partie liées aux professions elles-mêmes et à leur disponibilité dans les services hospitaliers.

Concernant les AS et ASH, les résultats préliminaires d'une étude en cours semblent montrer que si la consommation de médicaments diminue pendant la grossesse, la prévalence est la plus élevée dans cette population de personnels hospitaliers pendant la grossesse (33).

Discussion

Notre premier constat est que le nombre d'études récentes portant sur la santé des personnels employés du secteur sanitaire et médico-social en France est faible et, qui plus est, de qualité hétérogène. Si nous ne pouvons pas expliquer formellement cette carence en données probantes vu les effectifs non négligeables des personnels employés concernés du sanitaire et médico-social et les enjeux de cette santé pour le système dans son ensemble, nous avons quelques hypothèses pour l'éclairer.

Tout d'abord, les données fiables et aisément mobilisables sur cette population de professionnels hétérogènes sont peu nombreuses, exigeant donc un recueil de novo via des enquêtes ou des études spécifiques. Une autre hypothèse serait que ces professionnels de santé soient moins identifiables dans les bases de données existantes, contrairement aux médecins ou aux professionnels, réalisant des actes et prescriptions donnant lieu à un remboursement, et donc à un suivi dans les bases de données nationales (SNIIRAM notamment). Cette population à la fois socialement moins favorisée et très féminisée, est moins étudiée, il y a donc un retard de connaissances en santé pour ces populations.

Notre travail montre à la fois une forte exposition aux RPS et suggère un état de santé physique et psychique des AS et ASH préoccupant, mais les études longitudinales manquent pour établir les liens causaux. Au cours du temps, ces métiers ont évolué, se sont professionnalisés et organisés. Aujourd'hui, le Conseil national professionnel aide-soignant (CNPAS) créé en 2021, représente les associations d'AS et va pouvoir défendre les intérêts des AS, tout en contribuant à améliorer l'exercice de la profession. Pour les professions d'AMP ou d'ASH tout reste à faire pour mieux les valoriser. Il est aussi important de rappeler que différents organismes comme l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ou l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), proposent d'aider les établissements à améliorer leurs performances, les conditions de travail des personnels, la prévention de l'absentéisme, la prévention des accidents de travail. Ils sont donc des interlocuteurs de choix pour la mise en place de contre-mesures ciblés sur les problèmes de santé mis en évidence dans la littérature.

Concernant la première thématique étudiée, à savoir celle sur les facteurs organisationnels, il apparaît que la place des professionnels employés du sanitaire et médico-social au sein des services hospitaliers est aussi fluctuante qu'indispensable au sein des services. Leurs missions changent en fonction des besoins et des ressources des services. L'organisation des services a donc un impact direct sur eux. La surcharge de travail, qui est l'un des principaux facteurs de risque que nous avons retrouvés dans la littérature, est en partie liée aux ratios soignant-es/patient-es très en deçà des objectifs fixés par les pouvoirs publics. Ce ratio impacte aussi directement le travail relationnel, essentiel aux soins. Cette dimension, qui est au cœur du métier d'AS revêt un aspect positif, mais ce travail peut aussi être considéré comme ingrat et difficile (16). Pénaliser ce temps de travail, par la surcharge, alimente un manque de considération et engendre une « souffrance éthique » responsable de mal être au travail (27,34), et un sentiment d'insatisfaction (35). Le temps du *Care* n'est pas effectué par d'autres, en ce sens l'impact sur la qualité des soins est direct.

En dehors des AS, la reconnaissance et la considération du travail effectué est très insuffisante, chez les ASH comme nous l'avons vu. Au-delà de problèmes organisationnels, il y a donc un questionnement sur la revalorisation globale de ces professions.

Pour faire face à ces difficultés organisationnelles et pour être capable de tenir dans le temps, une étude franco-canadienne a montré que les AS définissent un « genre professionnel » qui permet de faire face à la surcharge de travail (27). Il s'agit en fait d'un ensemble de stratégies adaptatives d'un groupe de pairs pour déjouer les contraintes imposées. Ce groupe tente de maîtriser les souffrances éthiques notamment précédemment évoquées. Ce genre professionnel renforce un silotage de la profession qui cherche à se protéger des difficultés extérieures.

Un des résultats attendus de notre travail est que les TMS ressortent comme une problématique majeure pour ces personnels employés du sanitaire/médico-social, avec des taux élevés de lombalgies, troubles cervico-brachiaux, engendrant stress chronique et burnout et in fine arrêt de travail et absentéisme. Les facteurs explicatifs des TMS sont relativement bien décrits dans la littérature, liés à la pénibilité du travail, au port de charges lourdes et inconfortables, à la dégradation de l'état de santé. Les moyens de prévention existent mais sont encore à développer dans les services pour faire des effets globaux et sur le long terme. L'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) propose des dispositifs de formation continue (Prap2S) qui sont à promouvoir dans les services pour promouvoir les aides à la manutention et prévenir ainsi les TMS (36).

Les risques psychosociaux auxquels sont exposés les personnels employés du sanitaire/médico-social sont également une problématique souvent abordée dans la littérature. De fait, ils aboutissent à des taux d'absence au travail élevé qu'on ne peut ignorer étant donné les répercussions sur l'organisation des soins. Pour prévenir les RPS, une piste consiste à encourager l'engagement et la motivation dans le travail (bien-être et vitalité) (19). Au niveau collectif, l'évaluation de l'organisation des services, des équipes, des rapports entre les différentes strates hiérarchiques des établissements est essentielle. En effet, l'adaptation des conditions de travail joue un rôle clé sur les RPS. Si nous avons vu que la prévalence du burnout est importante chez les AS, et qu'il est associé au souhait de vouloir quitter sa

profession, il a récemment été montré que cette intention était plus importante parmi les soignant-es les plus qualifiés (18). Il serait intéressant de mieux comprendre pourquoi, alors que nos résultats montrent que la population d'AS et d'ASH semble la plus en souffrance du secteur hospitalier. Une hypothèse serait que les opportunités de reclassement ou de reconversion sont moindres, ou bien que les contraintes de la vie privée ne le permettent pas (organisation de la vie privée, éloignement du domicile, enfants à charge). Cela reste à vérifier. De plus, ce résultat pourrait être confronté aux personnels employés du sanitaire et médico-social déjà partis pour valider ou pas cette hypothèse. Les catégories de RPS étant bien caractérisées et évaluées par des échelles validées (37), approfondir ce sujet est donc une piste à explorer dans le cadre de la suite de ce travail. Un facteur de risque des personnels employés du sanitaire et médico-social bien identifié dans la littérature parmi les RPS est l'exposition à la violence qu'elle provienne de la part des bénéficiaires ou qu'elle se développe en interne (harcèlement). L'effet cumulatif de ces facteurs (pénibilité physique, violence latente/insécurité) est aggravé une fois de plus, par la faible reconnaissance salariale, statutaire et sociale. Le sous-effectif et le management inadapté semblent les causes dominantes, tandis que la dimension genrée renforce la précarité et l'invisibilité (38). Les controverses portent sur la priorité d'action : revalorisation salariale, transformation organisationnelle, ou modules psychosociaux. Plusieurs auteurs suggèrent que seule une approche intégrée apportera des résultats solides.

Nous n'avons pas identifié de travaux portant spécifiquement sur les addictions de cette sous-population de personnels employés du sanitaire et médico-social, il ne nous est donc pas possible de porter un regard sur l'exposition de cette population. Notons par contraste que médecins et personnel infirmier ont fait l'objet de nombreux travaux concernant la consommation d'alcool, de psychotropes, d'anxiolytiques ou d'antalgiques.

Forces et limites

Compte tenu du peu de résultats mis en évidence, le travail réalisé est relativement exhaustif et constitue une base de réflexion pour de futurs travaux. Toutefois, des angles morts existent (exposition chimique et biologiques, impact du travail de nuit et des horaires décalés, étude sur l'équilibre vie privée et professionnelle) et la plupart des études disponibles manquent de suivi longitudinal, rendant difficile l'évaluation d'un impact durable des actions de prévention/promotion de la santé pouvant être mis en place. De plus, nous n'avons pas mis en évidence d'études s'intéressant à l'ensemble des déterminants de santé, notamment considérant à la fois les sphères privées et professionnelles. Il serait intéressant de pouvoir réaliser un modèle global pour comprendre l'impact de chacun, voire de comprendre les interactions possibles entre ces déterminants.

Recommandations clés

Organisation de l'espace de travail : les contraintes techniques ou matérielles entraînent des déplacements, des changements de lieux dans la prise en charge des résidents. Les temps de chevauchement doivent être suffisants pour un debriefing émotionnel. Ils doivent aussi permettre de retrouver un temps partagé de transmissions entre AS et personnel infirmier,

dans le but de connaître les informations médicales détenues par les AS, qui passent le plus de temps à échanger avec les patients.

Ergonomie : l'évaluation des postes de travail des personnels employés du sanitaire/médico-social permet d'identifier les situations à risques de blessures et d'accident au travail. La mise en place de lève-malade par exemple, permet de lever les patients seul (investissement en matériel, ex rail de transfert pour réduire les TMS (6)) ; les chambres doivent être pensées pour pouvoir entrer un chariot ; le raccourcissement des distances doit être pensé pour réduire les temps perdus, et augmenter le temps passé avec les patients.

Ratios soignant/résident : Toute mesure prise qui ne tient pas compte de ce ratio sera inefficace ou partiellement efficace. Un ratio correct limite la surcharge et réduit mécaniquement le risque de TMS et de burnout. Le temps dédié au Care est directement corrélé à cet indicateur.

Prévention intégrée et globalisée : associant matériel ergonomique (lits, lève-personnes) + formations (manutention, gestion agressions) + soutien psychosocial (groupes de parole)

Valorisation statutaire : revalorisations salariales prenant en compte la pénibilité, plus large accès à la VAE, reconnaissance des compétences transversales

Formation : séance régulière avec ergothérapeute pour adopter les bonnes postures au travail (éducation thérapeutique, actions de promotion de la santé)

Conclusion

La santé au travail des personnels employés du secteur sanitaire et médico-social, serait particulièrement dégradée par rapport au reste des travailleurs. Si des contre-mesures existent, elles ne sont pas suffisantes pour renverser la dynamique, d'où la nécessité d'une approche intégrée (ratios, revalorisation, management participatif) et d'une recherche-action solide (cohortes, comparaisons, études participatives). Miser sur la santé de ces personnels oubliés revient à consolider le socle du médico-social et à mieux servir les usagers vulnérables. Malgré l'existence de formations et d'actions de prévention, l'absence d'évaluation et/ou suivi longitudinal et l'hétérogénéité des approches limitent leur caractère probant.

Améliorer la qualité de vie au travail pourrait avoir un impact sur la santé des personnels oubliés, ainsi que sur la qualité de soins des patients.

Un programme global (approche systémique) pourrait être co-construit avec des représentants des professionnels (CNPAS notamment) et experts scientifiques :

-phase d'évaluation initiale : étude qualitative sur les représentations sociales du métier d'AS ; étude ergonomique (démarche ergonomique participative), cette phase permettrait appréhender l'environnement de travail des AS et ASH, pour mettre en place de recommandations spécifiques. Cette étude peut être complétée par une évaluation des risques psycho-sociaux (scores de Karasek par exemple) et par la mesure de l'état de santé pour établir un plan d'action plus ciblé;

-phase de réalisation : adaptation de l'organisation personnel infirmier-AS, adaptation du poste de travail, adaptation des plannings.

-phase d'évaluation : elle nécessite un travail préalable de définition des indicateurs, adaptés aux perspectives des acteurs impactés : patient·es, soignant·es (AS, personnel infirmier, médecins), administration.

Remerciements

Ce travail a été soutenu et financé par la Coalition fondations & Santé, réunissant le Centre Français des Fonds et Fondations, la Fondation de l’Avenir, la Fondation CHANEL, la Fondation Groupe LBP AM, la Fondation Malakoff Humanis Handicap, la Fondation MGEN, et la Fondation MNH.

L’ensemble des co-auteurs remercient ces fondations sans lesquelles ce travail n’aurait pas vu le jour.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Bibliographie

1. Nobre T. L'innovation managériale à l'hôpital . Changer les principes du management pour que rien ne change ? Rev Fr Gest. 2013;N° 235(6):113-27.
2. Horellou-Lafarge C. La santé des infirmières françaises. Rev Multidiscip Sur Empl Synd Trav. 2011;6(2):73-102.
3. de Barros F. Anne-Marie Arborio, Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital, Paris, Anthropos-Economica, coll. Sociologiques, 2001, rééd. 2012, 334 p. Corps. 2016;N° 14(1):177-80.
4. Grosjean M. Anne-Marie Arborio, Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital. 2001;436-8.
5. Pisarik J. Éclairage statistique sur les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé. adsp. mars 2020;(110).
6. Cour des comptes. Sécurité sociale 2022-Les enjeux de la maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap. 2022 p. 216-26.
7. DREES. Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions. nov 2017;(1038).
8. Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. Rev Fr Aff Soc. 2005;(1):17-33.
9. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? COVID-19 Psychiatr En Fr. 1 juin 2020;46(3, Supplement):S73-80.
10. Fafliora E, Bampalis VG, Zarlus G, Sturaitis P, Lianas D, Mantzouranis G. Workplace violence against nurses in three different Greek healthcare settings. Work Read Mass. 2015;53(3):551-60.
11. Ajuwa MEPE, Veyrier CA, Cousin Cabrolier L, Chassany O, Marcellin F, Yaya I, et al. Workplace violence against female healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 28 août 2024;14(8):e079396.
12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med. 21 juill 2009;6(7):e1000097.
13. Methley AM, Campbell S, Chew-Graham C, McNally R, Cheraghi-Sohi S. PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. BMC Health Serv Res. 21 nov 2014;14(1):579.
14. Avril C, Ramos Vacca I. Se salir les mains pour les autres. Métiers de femme et division morale du travail. Trav Genre Sociétés. 2020;n° 43(1):85-102.
15. Avril C, Ramos Vacca I. Se salir les mains pour les autres. Métiers de femme et division morale du travail. Trav Genre Sociétés. 2020;n° 43(1):85-102.
16. Esman S, Nimis JL, Molinier P. Problématiques éthiques liées à une organisation inadéquate du care entre infirmières et aides-soignantes dans un service de gériatrie. Éthique Santé. 1 mars 2009;6(1):37-42.
17. Del Alamo S. Les risques de l'exercice aide-soignant en maison de retraite. Aide-Soignante. 1 mai 2013;27(147):22-4.
18. Estryng-Behar M, Ben-Brik E, Le Nézet O, Affre A, Arbieu P, Bedel M, et al. La situation des soignants des établissements publics et privés en France en 2002: Analyse des résultats de la première partie de l'étude PRESST-NEXT. Arch Mal Prof Environ. 1 sept 2004;65(5):413-37.
19. Bernez L, Batt M, Trognon A, Rivasseau-Jonveaux T. Etude des Facteurs

- psychosociaux, du burnout, de la Vigueur et des troubles musculosquelettiques chez les soignants hospitaliers. *Psychol Trav Organ*. 1 janv 2013;19(4):336-60.
20. Boiteau K. Les soins relevant du care : faire valoir des savoirs discrets. *Aide-Soignante*. 1 juin 2013;27(148):15-7.
 21. Cerdan M. Homme aide-soignant : quelle place pour les hommes dans un monde de femmes ? *Aide-Soignante*. 1 nov 2024;38(261):10-1.
 22. Amri KL, Boulaaba S, Barraud G, Tresoor M. Étude des troubles musculosquelettiques chez les aides-soignants. 36e Congrès Natl Médecine Santé Au Trav. 1 mai 2024;85(2):102065.
 23. Pelissier C. Conditions de travail et état de santé physique et psychique du personnel non médical des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) [Internet] [Theses]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2015. Disponible sur: <https://hal.science/tel-01366424>
 24. Trontin C, Glomot L, Sabathé JP. Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). 2009;(215):29-34.
 25. Gollac M, Bodier M. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé [Internet]. 2011. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/mesurer-les-facteurs-psychosociaux-de-risque-au-travail-pour-les-maitriser>
 26. Tripodi D, Keriven-Dessomme B, Lombrail P, Bourut Lacouture M, Chabot AS, Houdebine MT, et al. Évaluation des risques professionnels perçus chez le personnel du Centre hospitalo-universitaire de Nantes. *Arch Mal Prof Environ*. 1 déc 2007;68(5):457-73.
 27. Aubry F. Transmettre un genre professionnel, l'exemple des nouvelles recrues aides-soignantes : une comparaison France-Québec. *Form Empl*. 2012;n° 119(3):47-63.
 28. Odoxa. Observatoire MNH vague 2 : « Etat de santé des soignants et des personnels hospitaliers »; Une enquête Odoxa pour la Mutualité Nationale Hospitalière (MNH) et Le Figaro Santé, avec le concours scientifique de la Chaire Santé de Sciences Po. 2022 sept.
 29. Pisu F, Rotonda C, Tarquinio C. Le mal-être des professionnels en Ehpad et en période pandémique. *Sci Soc Santé*. 1 mars 2024;42(1):17-42.
 30. Zawieja P, Benattar L. Burnout des soignants en gériatrie : prévalence et déterminants dans 185 établissements français. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 oct 2019;19(113):286-93.
 31. DREES. Le panorama des établissements de santé - 2014. 2014; Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/panorama2014_dossier1.pdf
 32. Coscas S, Rolland F, Rodriguez K, Benyamina A. Le personnel soignant et les addictions, le milieu anesthésique à risques. Un exemple de prévention : la mission FIDES (AP-HP). *Prat En Anesth Réanimation*. 1 oct 2023;27(5):321-6.
 33. Araujo M. WOCAPREG Women Caregivers and Pregnancy. 2025.
 34. Estryne-Behar M. Isolement, parcellisation du travail et qualité des soins en gériatrie. *avril 2011*;8-1. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/activites/2516>
 35. Estryne-Behar M, Milanini-Magny G, Braudo MH, Barbas S. Analyse ergonomique du travail réel en psychiatrie. Un enseignement critique du fonctionnement institutionnel. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 janv 2025;183(1):50-9.
 36. INRS. Aide et soin à la personne. Démarche d'aide au transfert : questions-réponses; prévenir les TMS [Internet]. 2025 [cité 8 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/metiers/sante-aide-personne/faq-aide-et-soin-personne.html#3e116777-35e1-484f-9c02-565a03a24bcf>
 37. INRS. Risques psychosociaux : facteurs de risque [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/facteurs-risques.html>

38. Arborio AM. Hommes et Femmes aides-soignants : deux métiers différents ? Colloq ”
Dyn Prof Dans Champs Santé” Sess ”Du Genre Prof Santé”. 2005;pp.10.