



La santé mentale des soignants Un déterminant stratégique de la qualité et de la continuité des soins

**Par Marie-Victoire Chopin,
Experte de l'Observatoire Santé Innovation de l'Institut Sapiens**

Spécial : Santé - Alerte

Note de l'Institut Sapiens – Février 2026

La santé mentale des soignants : cadrage objectif pour un système de soins soutenable

La santé mentale au travail des soignants doit désormais être appréhendée comme un déterminant majeur de la sûreté et de la soutenabilité du système de santé. Elle conditionne, de manière étroite, la continuité du service, la qualité et la sécurité des soins, l'attractivité des métiers sanitaires et médico-sociaux, ainsi que la capacité collective à faire face à des situations de tension durable ou de crise. Cette approche s'inscrit dans le prolongement des cadres publics relatifs à la qualité de vie et des conditions de travail, à la prévention des risques professionnels, ainsi qu'aux politiques de qualité et de sécurité des soins, qui convergent pour reconnaître le rôle central des organisations de travail dans la performance globale du système de santé.

La présente analyse vise à établir un socle objectivé permettant de situer les ordres de grandeur, de qualifier les déterminants structurels de la dégradation de la santé mentale des soignants, indépendamment de la séquence pandémique, et d'éclairer les conditions d'une action publique soutenable dans le temps. Elle repose sur l'hypothèse que les difficultés observées ne relèvent plus d'une accumulation de fragilités individuelles, mais traduisent un déséquilibre durable entre les exigences du travail de soin et les ressources organisationnelles, professionnelles et personnelles dont disposent celles et ceux qui l'exercent.

Les données mobilisées relèvent de registres qu'il convient de distinguer avec rigueur, afin d'éviter toute confusion d'interprétation. Certaines sont issues d'indicateurs épidémiologiques standardisés, fondés sur des outils validés et comparables, permettant d'appréhender la prévalence de troubles dépressifs ou anxieux au sein de différents groupes de population. D'autres reposent sur des indicateurs déclaratifs de perception ou d'auto-évaluation, dont l'intérêt réside dans l'analyse du ressenti au travail, tout en appelant une prudence méthodologique accrue. Enfin, des données professionnelles et sectorielles relatives au temps de travail, à l'absentéisme ou à la fidélisation des effectifs constituent des indicateurs indirects mais structurants des tensions pesant sur le système de soins.

Dans ce cadre, l'enjeu analytique central peut être formulé de la manière suivante : comment enrayer une dégradation durable de la santé mentale des soignants, qui s'inscrit désormais dans un déséquilibre structurel entre, d'une part, l'intensification continue des exigences cliniques, émotionnelles, administratives et numériques, d'autre part, des marges de manœuvre et une sécurité psychologique insuffisantes au sein d'organisations fortement hiérarchisées, et, enfin, des trajectoires de vie de plus en plus contraintes par la parentalité, les charges domestiques et les situations d'aide, au risque de compromettre, à terme, la continuité, la qualité et la soutenabilité du système de soins.

Éléments chiffrés du contexte de santé mentale en: population générale

L'établissement d'un socle chiffré relatif à la population générale constitue un préalable nécessaire pour situer les ordres de grandeur et éviter toute lecture réductrice fondée sur une normalisation indifférenciée des difficultés de santé mentale. Les données disponibles indiquent qu'en 2024, 15,6 % des adultes âgés de 18 à 79 ans ont connu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois. Les troubles anxieux concernaient, en 2021, environ 12,5 % des personnes âgées de 18 à 85 ans, avec une prévalence nettement plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Par ailleurs, la formulation couramment reprise selon laquelle une personne sur quatre connaîtra un trouble psychique au cours de sa vie constitue un repère de santé publique largement diffusé, utile pour appréhender l'ampleur du phénomène à l'échelle sociétale, bien qu'elle ne renvoie pas à une publication scientifique unique. Ces niveaux élevés témoignent d'un contexte général de fragilisation de la santé mentale dans l'ensemble de la société. Ils constituent un bruit de fond qu'il convient de prendre en compte, sans pour autant suffire à expliquer les écarts observés dans certains groupes professionnels. Leur principal intérêt réside dans le fait qu'ils permettent de situer les données relatives aux soignants et d'objectiver l'existence d'une exposition spécifique liée à l'exercice professionnel.

Différentiel observé chez les personnels hospitaliers

Les analyses disponibles mettent en évidence un différentiel significatif entre les personnels hospitaliers et les autres personnes en emploi. À partir d'outils standardisés, il apparaît que 41 % des personnels hospitaliers présentent des symptômes dépressifs, contre 33 % dans le reste de la population active. Les symptômes anxieux concernent 30 % des personnels hospitaliers, contre 25 % des autres actifs. Enfin, 26 % des personnels hospitaliers déclarent un besoin d'aide pour des difficultés psychologiques, contre 19 % parmi les autres personnes en emploi. Ces écarts, à la fois cohérents et durables, traduisent une exposition professionnelle spécifique. Ils invitent à considérer la santé mentale au travail des soignants comme un facteur systémique, susceptible d'affecter la qualité, la sécurité et la continuité des soins, plutôt que comme une problématique relevant exclusivement de la sphère individuelle.

Absentéisme et santé mentale : éléments de contexte général

Les données issues de l'analyse de l'absentéisme, bien qu'elles ne soient pas spécifiques au secteur de la santé, apportent un éclairage utile sur les mécanismes structurels à l'œuvre. Les taux d'absentéisme observés atteignent des niveaux élevés, avec une part importante de salariés ayant connu au moins une absence au cours de l'année. Surtout, les troubles psychologiques représentent une part significative de l'ensemble des arrêts de travail et une fraction importante des arrêts de longue durée. Ces éléments suggèrent que la santé mentale constitue désormais un moteur central de l'absentéisme prolongé, contribuant à renforcer les phénomènes de surcharge par substitution dans des organisations déjà fortement contraintes.

Indicateurs structurants de tension des ressources humaines en établissements de santé

Au-delà des indicateurs de santé mentale proprement dits, plusieurs données relatives aux ressources humaines éclairent les dynamiques de tension à l'œuvre. Les enquêtes disponibles établissent un temps de travail hebdomadaire moyen de l'ordre de 59 heures chez les médecins en formation, avec des dépassements fréquents du cadre légal et l'existence de situations particulièrement extrêmes. Ces éléments confèrent une dimension objectivable à l'intensification du travail médical en début de carrière. Par ailleurs, les analyses longitudinales portant sur les trajectoires professionnelles infirmières montrent qu'en moyenne un peu plus de la moitié des infirmières hospitalières sont encore en poste à l'hôpital après dix ans de carrière. Cette proportion tend à diminuer pour les cohortes entrées plus récemment, traduisant une fragilisation progressive de la fidélisation des effectifs hospitaliers. Ces évolutions ne peuvent être dissociées des conditions d'exercice et de la soutenabilité des parcours professionnels dans la durée.

Dégradation de la santé mentale au travail des soignants : déterminants structurels

Une dynamique durable au-delà des séquences exceptionnelles

Les éléments d'observation disponibles conduisent à dépasser une lecture strictement conjoncturelle de la dégradation de la santé mentale des soignants. Si les crises sanitaires ont pu jouer un rôle d'accélérateur et de révélateur, elles n'épuisent pas l'explication des phénomènes observés. Les difficultés actuelles s'inscrivent dans une tension plus ancienne et plus durable entre, d'une part, l'augmentation continue des exigences pesant sur le travail de soin et, d'autre part, la relative stabilité, voire la contraction, des ressources disponibles en termes d'effectifs, de temps, d'autonomie et de capacité d'absorption organisationnelle. Cette lecture s'inscrit dans une approche qui considère la qualité de vie et des conditions de travail comme un levier indissociable de la performance globale du système de soins et de la qualité et sécurité des prises en charge.

Il apparaît dès lors nécessaire d'identifier les déterminants structurels qui, indépendamment de toute crise aiguë, exposent durablement les soignants à un risque chronique de dégradation de leur santé mentale.

Intensification du travail et transformation de la charge réelle

L'intensification du travail ne peut être appréhendée à travers le seul prisme du volume d'activité. Elle résulte d'un effet cumulatif associant l'alourdissement des files actives, la complexification croissante des situations cliniques liées au vieillissement et aux polypathologies, l'augmentation des exigences de traçabilité, les tensions récurrentes sur les capacités d'accueil et les lits, ainsi que des réorganisations fréquentes des services. Ce continuum produit une fatigue qui excède la seule dimension physique. Il s'agit d'une fatigue cognitive, liée à la multiplication des arbitrages rapides, des interruptions et des priorisations sous contrainte, mais également d'une fatigue morale, nourrie par la difficulté croissante à répondre à l'idéal professionnel qui structure l'engagement dans le soin.

Dans ce contexte, le concept de « travail empêché » permet de qualifier avec précision le noyau dur du malaise exprimé par de nombreux soignants. Le professionnel ne se définit pas uniquement par la quantité de travail qu'il accomplit, mais par sa capacité à produire un soin conforme à ses standards professionnels, intégrant le temps relationnel, la qualité du geste, la continuité des prises en charge et la collégialité des décisions. Lorsque l'organisation rend durablement cette qualité inatteignable, le coût psychique devient particulièrement élevé. Cette dynamique rejoue les approches de la blessure morale, qui mettent en évidence une souffrance spécifique lorsque le cadre organisationnel empêche le soignant de placer le patient au cœur de son action, en contradiction avec ses valeurs professionnelles. Des travaux récents portant sur des soignants exerçant en France soulignent précisément ce décalage entre valeurs professionnelles et contraintes organisationnelles comme un déterminant central de la détresse psychique, au-delà des catégories classiques du burn-out.

Horaires atypiques et désynchronisation des temps de vie

Les organisations du travail fondées sur des horaires atypiques, incluant le travail de nuit et le travail posté, sont associées à une augmentation documentée du risque de troubles de santé mentale, notamment anxieux et dépressifs. Ces effets sont liés aux perturbations chroniques du sommeil, aux difficultés de maintien d'une vie sociale et familiale équilibrée, ainsi qu'à l'exposition accrue à certains facteurs de risques psychosociaux.

Dans les métiers du soin, cette désynchronisation est accentuée par un facteur spécifique : l'imprévisibilité. Les rappels sur repos, les glissements de planning et les difficultés de remplacement rendent incertaine la possibilité même de récupération. L'enjeu ne se limite pas à l'existence d'horaires nocturnes ou décalés, mais réside dans l'impossibilité d'anticiper le repos et, par conséquent, de maintenir une hygiène de vie minimale fondée sur un sommeil régulier, une activité physique ou un suivi médical. Un mécanisme central apparaît alors : les comportements recommandés en matière de prévention et de santé deviennent structurellement difficiles à mettre en œuvre du fait même de l'organisation du travail.

Marges de manœuvre et autonomie dans un univers à responsabilité élevée

Les approches classiques de prévention des risques psychosociaux soulignent le rôle central du déséquilibre entre les exigences du travail et les ressources disponibles, parmi lesquelles figure l'autonomie. Dans le secteur de la santé, cette tension revêt une acuité particulière. Les responsabilités y sont élevées, parfois vitales, et les décisions s'inscrivent dans un cadre de forte contrainte éthique et juridique. Lorsque cette responsabilité s'exerce dans un contexte de latitude organisationnelle limitée, marqué par des contraintes de lits, des protocoles stricts, des exigences de reporting et des injonctions parfois contradictoires, le stress tend à devenir chronique et le sentiment de maîtrise du travail se dégrade.

Cette configuration est d'autant plus délétère en début de carrière. La dépendance à l'évaluation, l'asymétrie de pouvoir au sein des équipes et la forte hiérarchisation des organisations rendent plus coûteuses l'expression des difficultés, la contestation d'un rythme de travail ou la demande d'aide. Le déficit d'autonomie agit alors comme un facteur d'autocensure et contribue à fragiliser préocurement les trajectoires professionnelles, en lien étroit avec les enjeux de sécurité psychologique.

Inflation des tâches non cliniques et fardeau administratif

La montée en charge des tâches non cliniques constitue un autre déterminant structurant de l'intensification du travail. Les estimations avancées quant à la part du temps consacrée à ces activités doivent être maniées avec prudence, tant elles varient selon les périmètres et les méthodes d'enquête. Néanmoins, plusieurs sources convergent pour souligner un ordre de grandeur élevé, certaines évaluations évoquant une proportion substantielle du temps de travail absorbée par les formulaires, les procédures, les doubles saisies et les exigences administratives. Des enquêtes professionnelles régionales mettent également en évidence un volume non négligeable d'activités réalisées en dehors du cœur du soin.

Au-delà de la question quantitative, l'enjeu est profondément identitaire. Lorsque la part non clinique du travail devient visible, persistante et perçue comme irréductible, elle alimente le sentiment de perte de sens et renforce l'expérience du travail empêché. Le déplacement progressif du centre de gravité du métier, du soin vers la gestion et la traçabilité, contribue ainsi à la dégradation de la santé mentale, indépendamment de la charge horaire stricto sensu.

Articulation des déterminants structurels

L'analyse permet de dégager une articulation causale entre plusieurs facteurs structurants. L'intensification du travail, lorsqu'elle s'accompagne d'une impossibilité de produire un soin conforme aux standards professionnels, alimente une perte de sens et une blessure morale propices à l'épuisement. Les horaires atypiques, combinés à une forte imprévisibilité, conduisent à une désynchronisation durable des temps de vie, à des troubles du sommeil et à une fragilisation des équilibres familiaux et sociaux. Enfin, la faible autonomie organisationnelle dans un univers de responsabilité élevée favorise un stress chronique, l'autocensure et la dégradation de la sécurité psychologique. Ces facteurs structurels sont encore renforcés par deux dynamiques contemporaines majeures : l'inflation des tâches non cliniques et la transformation numérique du travail de soin.

Transformation numérique du travail de soin et santé mentale : entre promesse de facilitation et complexité vécue

Le numérique en santé comme vecteur de continuité et facteur de tension organisationnelle

La transformation numérique du système de santé répond à un objectif public clairement établi : améliorer la continuité, la coordination et la qualité des prises en charge par un partage plus fluide et plus sécurisé des données de santé. Cette orientation s'inscrit dans une logique de modernisation indispensable du système de soins et repose sur des investissements d'ampleur, visant à généraliser l'usage des dossiers informatisés, des messageries sécurisées, de la prescription électronique et des services nationaux de partage de données.

Toutefois, l'expérience accumulée ces dernières années met en lumière un paradoxe désormais bien documenté. Un environnement numérique conçu pour sécuriser les parcours et rationaliser les pratiques peut, lorsqu'il se développe par empilement d'outils hétérogènes ou insuffisamment intégrés, produire des effets contre-productifs

sur le travail réel. La difficulté ne réside donc pas dans la pertinence de la stratégie numérique en tant que telle, mais dans sa traduction opérationnelle et dans sa capacité à s'insérer dans des organisations déjà fortement sollicitées.

De l'interopérabilité recherchée à la fragmentation des usages

Les programmes de transformation numérique poursuivent une logique de diffusion à grande échelle et de constitution d'une masse critique de données, condition nécessaire à la continuité des soins et à l'alimentation des services nationaux. Cette dynamique suppose une production soutenue de documents, leur structuration, leur transmission et leur contrôle, autant d'activités qui doivent être absorbées par les équipes de soins.

Dans le travail quotidien, cette ambition se traduit souvent par la coexistence de multiples interfaces, combinant dossiers patients informatisés, outils de prescription, plateformes de rendez-vous, messageries sécurisées, portails dédiés et formulaires dématérialisés. Les professionnels sont ainsi confrontés à des usages hybrides, mêlant données structurées et documents non structurés, à des redondances de saisie et à une multiplication de notifications et de messages qui fragmentent l'attention. Cette fragmentation accroît la charge cognitive liée aux interruptions et aux reprises de tâches, tout en alimentant le sentiment que le temps consacré au numérique se fait au détriment du temps clinique et relationnel.

Ce que la littérature enseigne sur les dossiers informatisés et l'épuisement professionnel :

La littérature internationale consacrée aux dossiers de santé informatisés converge sur plusieurs facteurs explicatifs du lien observé entre usage du numérique et épuisement professionnel. Parmi ceux-ci figurent le poids de la documentation, la nature cléricale de certaines tâches transférées vers les cliniciens, la complexité des interfaces, la gestion des messageries électroniques et la charge cognitive associée à la multiplication des sollicitations. Ces travaux ne concluent pas à une nocivité intrinsèque du numérique, mais soulignent le rôle déterminant de sa conception, de son ergonomie et de son intégration dans l'organisation du travail. La variable critique n'est pas l'existence d'un dossier informatisé, mais la manière dont il redistribue les tâches et les responsabilités au sein des équipes.

Un potentiel de réduction des charges de la documentation clinique via l'intelligence artificielle mais des points de vigilance

Les outils d'intelligence artificielle dédiés à la documentation clinique, notamment les dispositifs de prise de notes ambiantes, suscitent un intérêt croissant en raison de leur potentiel de réduction du fardeau administratif. Des travaux récents mettent en évidence une association entre leur usage et une diminution du temps consacré à la rédaction des notes médicales, ainsi qu'une amélioration de certains indicateurs de bien-être professionnel. Des observations issues de contextes européens rapportent des réductions significatives du temps de documentation, de l'ordre de près d'un tiers, ce qui alimente l'hypothèse d'un levier pertinent sur un déterminant central de l'épuisement lié aux tâches administratives, y compris en dehors du temps de travail formel.

Cette perspective appelle toutefois une analyse prudente. La diminution de la saisie peut s'accompagner d'un déplacement de la charge vers des activités de relecture, de validation et de contrôle, alors même que la responsabilité médico-légale demeure inchangée. La qualité apparente des contenus générés peut masquer des erreurs, des omissions ou des biais, faisant de la vigilance du clinicien une charge mentale supplémentaire. En outre, pour les professionnels en formation, la rédaction et la synthèse constituent des actes cognitifs structurants du raisonnement clinique ; leur externalisation précoce risque de fragiliser les processus d'apprentissage et de transmission des compétences. Ces éléments conduisent à considérer que l'apport de l'intelligence artificielle dépend étroitement des règles de gouvernance mises en place, de la formation des utilisateurs, des modalités de validation et de l'évaluation continue des erreurs et des effets sur le travail réel.

Numérique, intelligence artificielle et identité professionnelle

Au-delà de leurs effets organisationnels, le numérique et l'intelligence artificielle interrogent l'identité professionnelle des soignants. Celle-ci s'est historiquement construite autour de la maîtrise clinique, du jugement, du temps relationnel et de la responsabilité personnelle. Une transformation du travail qui tendrait à faire du soignant un gestionnaire de plateformes, un administrateur de preuves ou un superviseur de contenus générés peut engendrer un sentiment de déqualification subjective, indépendamment du niveau de qualification objective. Ce décalage nourrit la perte de sens et renforce l'expérience du travail empêché.

S'agissant de la relation de soin, les outils de documentation automatisée peuvent, dans certains contextes, libérer l'attention du professionnel et renforcer sa présence auprès du patient. Ils peuvent également introduire des perceptions de surveillance, altérer la spontanéité de l'échange et soulever des interrogations relatives au consentement et à la confidentialité. Les bénéfices potentiels sur la qualité de l'interaction clinique apparaissent donc conditionnés à un cadre d'usage clairement défini et partagé.

Gains liés à la robotique et à l'automatisation mais risques de rigidification

Les dispositifs de robotisation appliqués à la logistique, à la pharmacie ou au transport interne offrent des perspectives de réduction de certains irritants organisationnels. Ils comportent néanmoins un risque de rigidification des flux, dans la mesure où toute exception clinique peut être requalifiée en incident à gérer. Les équipes se trouvent alors en situation de récupération des aléas, ce qui peut accroître la charge mentale et la tension organisationnelle. Là encore, la technologie en elle-même n'est pas déterminante ; le facteur décisif réside dans le design organisationnel, c'est-à-dire dans la répartition des rôles, la gestion des exceptions et la capacité collective à absorber les dysfonctionnements.

Le Numérique peut jouer un rôle d'amplification des contextes existants

L'analyse conduit à considérer que le numérique et l'intelligence artificielle agissent rarement comme des causes uniques de dégradation ou d'amélioration de la santé mentale au travail. Ils tendent plutôt à amplifier des déterminants préexistants. Dans des organisations déjà sous tension, ils peuvent devenir des facteurs supplémentaires de fragmentation et de surcharge. À l'inverse, dans des environnements stabilisés,

disposant de marges de manœuvre et de régulations collectives, ils peuvent jouer un rôle d'amortisseur de charge. La transformation numérique apparaît ainsi comme un levier à double effet, dont l'impact dépend étroitement de son articulation avec les politiques d'organisation du travail et de prévention des risques psychosociaux.

Structuration et évolutions organisationnelles et culturelles : des facteurs de risque spécifiques

Culture professionnelle, hiérarchie et sécurité psychologique constituent des déterminants décisifs de la demande d'aide

La compréhension des mécanismes de dégradation de la santé mentale des soignants ne peut se limiter aux seuls déterminants organisationnels objectivables que sont l'intensité du travail, les contraintes horaires, les marges de manœuvre limitées ou les effets de la transformation numérique. Ces facteurs expliquent une part substantielle du surrisque observé, mais ils ne suffisent pas à rendre compte d'un trait récurrent des trajectoires professionnelles : la demande d'aide intervient souvent tardivement, parfois au stade de rupture, qu'il s'agisse d'un arrêt de longue durée, d'un conflit aigu, d'un départ de l'institution ou d'une décompensation psychique.

Ce décalage s'explique en grande partie par des mécanismes relevant de la culture professionnelle et du fonctionnement hiérarchique des organisations de soins. Il renvoie aux représentations implicites du métier, au rapport à la vulnérabilité, à la gestion de l'erreur et aux normes tacites qui structurent les collectifs de travail. La difficulté à exprimer une fragilité ou à solliciter un soutien ne relève pas d'un défaut individuel de lucidité ou de responsabilité ; elle constitue un produit du système, au sens où elle est induite par des normes, des pratiques et des cadres institutionnels largement partagés.

Une réalité organisationnelle qui s'appuie sur l'omerta et la culture de la bravoure qui induit un coût humain élevé

Les professions du soin se sont historiquement construites autour de la responsabilité, de l'expertise et de la capacité à faire face à l'urgence. Cette histoire professionnelle a forgé une culture valorisant l'endurance, la disponibilité et la continuité, dans laquelle la capacité à « tenir » est implicitement associée à la compétence et à l'engagement. Les figures de résistance sont mises en avant, tandis que les trajectoires de retrait, de reconversion ou de rupture demeurent largement invisibilisées.

Dans un contexte de tension chronique sur les effectifs, l'arrêt de travail est fréquemment vécu comme une mise en difficulté du collectif, voire comme une mise en risque pour les patients. Cette représentation confère à la demande d'aide un coût moral élevé, en particulier lorsque les équipes fonctionnent à effectifs contraints. À court terme, ce mécanisme peut apparaître fonctionnel, en ce qu'il contribue à maintenir la continuité du service. À moyen et long terme, il se révèle toutefois délétère, en favorisant des arrêts tardifs et prolongés, des départs non anticipés, des erreurs liées à l'épuisement et une perte progressive d'attractivité des métiers.

Biais cognitifs et retard de la prise de conscience

Plusieurs biais cognitifs contribuent à retarder l'objectivation de la dégradation de l'état psychique par les professionnels eux-mêmes. La normalisation de la souffrance, dans des environnements où la pénibilité est partagée, conduit à considérer l'épuisement comme une condition ordinaire du métier. La comparaison sociale s'effectue majoritairement avec les collègues les plus endurants, tandis que ceux qui se retirent ou se mettent en difficulté disparaissent du champ de référence. Le sentiment de sur-responsabilité renforce l'idée que s'arrêter revient à mettre en danger l'équipe ou les patients, inhibant les démarches de prévention précoce. Enfin, l'identité professionnelle, fondée sur la maîtrise, la compétence et la fiabilité, rend cognitivement coûteuse l'acceptation d'une vulnérabilité psychique, conduisant à des stratégies de minimisation ou de rationalisation.

Ces mécanismes éclairent un constat central : les recommandations individuelles en matière de bien-être ou de prévention sont souvent connues, mais repoussées dans le temps, non par ignorance, mais parce que l'organisation et la culture professionnelle rendent le recours à ces ressources structurellement difficile.

Hiérarchie, dépendance évaluative et sous-déclaration des difficultés

Les organisations de soins sont caractérisées par des structures hiérarchiques marquées, qui se traduisent par des relations d'autorité, de supervision et d'évaluation particulièrement saillantes en début de carrière. Dans les segments les plus exposés, notamment chez les internes, les jeunes professionnels et certains personnels précaires, la dépendance à l'évaluation et l'asymétrie de pouvoir transforment l'expression d'une difficulté en un risque symbolique et réputationnel.

Il en résulte des stratégies d'auto-censure, un report des demandes d'aide, un isolement dans la prise de décision et des comportements d'évitement visant à ne pas perturber l'équilibre du service. La question centrale n'est donc pas d'inciter formellement les professionnels à s'exprimer, mais de réduire le coût institutionnel, hiérarchique et symbolique de la parole, afin de permettre une expression plus précoce des difficultés.

Sécurité psychologique et qualité des soins

La notion de sécurité psychologique renvoie à la capacité d'une équipe à signaler un problème, poser une question, exprimer un doute ou reconnaître une erreur sans crainte de sanction, d'humiliation ou de mise à l'écart. Les travaux internationaux consacrés à ce concept montrent qu'il constitue un déterminant majeur du climat de travail, de la coopération interprofessionnelle et de la capacité des collectifs à apprendre de leurs pratiques.

Dans les environnements où la sécurité psychologique est élevée, les signaux faibles remontent plus préocurement, les charges sont davantage partagées et les erreurs donnent lieu à des apprentissages collectifs. À l'inverse, une sécurité psychologique faible favorise l'autocensure, l'hypervigilance anxieuse, la solitude décisionnelle et une exposition accrue au burn-out, avec des effets indirects sur la qualité et la sécurité des soins. Cette articulation entre qualité de vie au travail, qualité des soins et sécurité des patients rejoint les cadres conceptuels qui lient explicitement ces dimensions dans les politiques de santé.

De la culture punitive de l'erreur à une logique d'apprentissage

Dans de nombreux contextes, l'erreur demeure perçue prioritairement comme une faute individuelle, plutôt que comme un objet d'analyse collective. Dans un environnement médico-légal vécu comme incertain ou anxiogène, cette représentation favorise une hypervigilance défensive, une rigidification des pratiques et un isolement des professionnels face aux situations complexes. La confiance dans la protection institutionnelle s'en trouve fragilisée.

Une évolution vers une culture de l'apprentissage suppose de traiter la question de l'erreur comme un enjeu de gouvernance, en structurant des dispositifs de retour d'expérience orientés vers l'amélioration des pratiques, en protégeant les professionnels qui déclarent des incidents et en clarifiant les périmètres de responsabilité et de couverture assurantielle. Sans ces garanties, l'élévation du niveau de sécurité psychologique demeure difficilement atteignable.

Trauma vicariant et charge émotionnelle cumulative

Le travail de soin expose de manière répétée à des situations de souffrance, de détresse et de traumatisme indirect. Cette exposition peut conduire à un phénomène de trauma vicariant, caractérisé par une altération progressive du fonctionnement psychique liée à l'accumulation de charges émotionnelles. La prévention de ce risque repose classiquement sur deux principes complémentaires : la régulation de l'exposition et la mise en place d'activités restauratrices.

Sur le plan organisationnel, ces principes impliquent de créer les conditions du répit, par des rotations adaptées, des espaces de débriefing, des effectifs suffisants et des temps de récupération effectifs. Il apparaît en effet illusoire d'exiger des stratégies individuelles de restauration lorsque l'organisation ne permet pas matériellement leur mise en œuvre.

Le rôle central mais l'exposition spécifique de l'encadrement de proximité

Les cadres de santé et les responsables de service occupent une position charnière dans la prévention des risques psychosociaux. Ils sont à la fois acteurs de la régulation quotidienne, du repérage des situations de fragilité et du soutien aux équipes, et eux-mêmes exposés à des pressions institutionnelles, à des injonctions parfois contradictoires et à une gestion quasi permanente de situations dégradées. Les recommandations internationales en matière de santé mentale au travail soulignent l'importance des interventions organisationnelles et du rôle de l'encadrement, ce qui confère une légitimité particulière aux politiques publiques visant à structurer la formation, l'accompagnement et la protection de ces acteurs clés.

Former et soutenir l'encadrement ne relève pas d'une mesure accessoire d'accompagnement, mais d'un levier central de sécurisation du fonctionnement des organisations de soins et de prévention des ruptures individuelles et collectives.

L'enjeu des trajectoires de carrière et fidélisation

Les données disponibles sur la fidélisation des infirmières hospitalières illustrent concrètement les difficultés de soutenabilité des carrières. Les analyses longitudinales montrent qu'un peu plus de la moitié des infirmières hospitalières sont encore en poste après dix ans de carrière, avec une diminution de cette proportion dans les cohortes les plus récentes. Si ces évolutions ne peuvent être attribuées exclusivement aux

contraintes liées à la parentalité ou à l'aide, elles convergent vers un diagnostic plus large : les carrières hospitalières se heurtent à une soutenabilité temporelle, organisationnelle et familiale de plus en plus fragile.

Dans cette perspective, il apparaît rationnel de considérer les trajectoires de vie non comme des situations individuelles à gérer au cas par cas, mais comme des paramètres structurants des politiques de fidélisation et d'attractivité.

Trajectoires de vie, contraintes extra-professionnelles et soutenabilité des carrières de soin

L'analyse des déterminants de la santé mentale au travail des soignants ne peut plus se limiter au périmètre strict de l'activité professionnelle, entendue comme l'organisation du service ou de l'établissement. Dans un contexte marqué par l'intensification du travail, la persistance d'horaires atypiques et une imprévisibilité élevée, les contraintes extra-professionnelles cessent progressivement d'être des variables privées. Elles deviennent des facteurs structurants des trajectoires professionnelles, influençant directement la soutenabilité des carrières, l'absentéisme, le recours au temps partiel, les départs précoces et, plus largement, l'attractivité des métiers du soin.

Ce déplacement ne relève pas d'une évolution des dispositions individuelles, mais d'une transformation plus profonde du contrat social implicite qui sous-tendait historiquement l'organisation du travail de soin. Le modèle de disponibilité étendue, voire totale, sur lequel reposait une partie du fonctionnement hospitalier, apparaît de moins en moins compatible avec les trajectoires de vie contemporaines, en particulier dans les cohortes les plus jeunes et dans des professions désormais fortement féminisées.

La collision structurelle des temporalités de parentalité et du travail de soin

Dans les métiers caractérisés par des horaires atypiques et une forte imprévisibilité, la parentalité se trouve confrontée à une série de contraintes qui se renforcent mutuellement. Les horaires de travail, incluant soirées, nuits et week-ends, sont difficilement compatibles avec les modes de garde ordinaires. L'imprévisibilité des plannings, liée aux rappels sur repos, aux glissements de postes ou aux remplacements tardifs, rend complexe toute organisation familiale stable. À ces contraintes matérielles s'ajoute une double culpabilité, à la fois professionnelle, liée au sentiment de fragiliser l'équipe, et familiale, liée à l'indisponibilité auprès des enfants.

Ces mécanismes ont un effet direct sur la santé mentale par l'accumulation de fatigue, liée à un sommeil fragmenté et à une récupération insuffisante, et par une charge mentale chronique, alimentée par des arbitrages permanents et une gestion continue des aléas. Dans ce contexte, la parentalité ne constitue pas seulement un enjeu de conciliation entre sphères de vie, mais un facteur de désengagement contraint. Les organisations peuvent ainsi perdre des professionnels non par désaffection pour le soin, mais parce que l'architecture temporelle du travail est devenue incompatible avec une trajectoire de vie jugée soutenable.

Soignant et aidant, la spécificité du cumul entre soin professionnel et soin domestique

L'aidance représente un phénomène d'ampleur, touchant plusieurs millions de personnes et documenté comme un facteur de fragilisation durable de la santé physique et psychique lorsqu'elle est intense et insuffisamment soutenue. Pour une part non négligeable des soignants, cette situation se superpose à l'activité professionnelle, produisant une configuration spécifique dans laquelle le soin devient un continuum, sans rupture restauratrice.

Dans ces trajectoires, la sphère privée ne constitue plus un espace de récupération, la charge émotionnelle se prolonge au-delà du temps de travail et l'exposition à la dépendance et à la souffrance devient quotidienne. Les stratégies individuelles de prévention, telles que le repos, l'activité physique ou la mise à distance émotionnelle, se révèlent alors difficilement applicables, non par défaut de volonté, mais en raison de contraintes structurelles. L'aidance, dans le secteur du soin, doit ainsi être appréhendée comme un facteur de risque professionnel indirect et comme un déterminant majeur de maintien en emploi, d'absentéisme et d'arrêts de longue durée.

Le cumul des charges spécifiques des femmes

La féminisation croissante des professions de santé, particulièrement marquée dans les métiers paramédicaux mais également observable dans plusieurs spécialités médicales, accentue l'impact des contraintes extra-professionnelles. Les charges domestiques et d'aidance demeurent, en moyenne, plus fortement assumées par les femmes, ce qui se traduit par une réduction du temps de récupération et une exposition accrue à l'épuisement lorsque ces charges s'additionnent à des contraintes professionnelles élevées.

Un mécanisme spécifique mérite d'être souligné : dans de nombreux cas, l'aide apportée dans la sphère privée n'est pas seulement une obligation familiale, mais s'inscrit dans une continuité de compétences professionnelles. Cette proximité entre rôle social et métier peut conduire à un effacement des frontières, l'entourage sollicitant davantage celles et ceux dont le soin constitue déjà le cœur de l'activité professionnelle. Ce cumul, souvent invisible dans les politiques de ressources humaines, contribue à une usure accélérée de certains segments de la main-d'œuvre soignante.

La nécessité de passer de la reconnaissance à l'action opérationnelle

La prise en compte des trajectoires de vie appelle une traduction concrète dans les pratiques organisationnelles. La prévisibilité des plannings constitue à cet égard un facteur protecteur majeur de la santé mentale et un levier central de l'organisation familiale. Elle doit être appréhendée comme un objectif managérial à part entière. De même, l'intégration de dispositifs dédiés aux soignants aidants dans les politiques de ressources humaines, incluant un repérage discret, des aménagements temporaires et une articulation avec les dispositifs publics existants, apparaît déterminante pour prévenir les ruptures de parcours.

Enfin, l'intégration d'une approche attentive aux inégalités de genre, sans stigmatisation ni renvoi de responsabilité aux individus, constitue une condition de cohérence des politiques de prévention. À défaut, les tensions structurelles tendent à se recomposer sous la forme d'une usure accélérée des segments les plus sollicités du système de soins.

Recommandations – Vers une prévention structurelle de la santé mentale au travail des soignants

Principe directeur : d'une logique de réparation à une logique de prévention

Le diagnostic objectivé conduit à privilégier une inflexion claire vers une prévention structurelle. Dès lors que les déterminants majeurs de la dégradation de la santé mentale des soignants relèvent de l'organisation du travail – intensité, horaires, autonomie, sécurité psychologique, fardeau administratif et numérique – les réponses fondées principalement sur des dispositifs individuels apparaissent insuffisantes. Une action publique crédible repose sur un ensemble cohérent de leviers, combinés et pilotés dans la durée, dont l'efficacité tient précisément à leur articulation.

Prévention primaire : agir sur l'intensité, l'imprévisibilité et la récupération

La prévention primaire constitue le premier axe d'intervention. Elle vise à agir sur les facteurs causaux les plus robustes, en particulier l'intensification du travail, l'imprévisibilité des rythmes et l'insuffisance de récupération. Dans cette perspective, la mise en place de règles d'alerte au niveau des services apparaît déterminante. Ces règles doivent permettre de déclencher des mesures correctrices lorsque certains seuils sont atteints, notamment en matière de patients/soignant, de postes vacants ou d'absences simultanées.

La stabilisation des plannings, la limitation des rappels sur repos et des glissements non anticipés, ainsi que la vérification de l'effectivité réelle des temps de repos s'inscrivent dans la même logique de prévention, au croisement de la santé mentale des professionnels et de la sécurité des soins.

Le pilotage de ces mesures suppose un suivi régulier à partir d'indicateurs précis, parmi lesquels figurent le taux de rappels sur repos / agent / mois, la proportion de plannings publiés \geq J-15, les heures supplémentaires / ETP, le taux de vacance de postes / turnover, ainsi que l'absentéisme, appréhendé à la fois dans son niveau global et dans sa composante d'« arrêts longs », en lien avec le constat selon lequel un arrêt long sur quatre est lié aux troubles psychologiques.

Dépistage précoce et accès à l'aide : lever les freins à la demande de soutien

Le deuxième axe concerne le dépistage précoce et l'accès à l'aide. L'objectif est de réduire le retard à la demande de soutien, largement documenté, en rendant l'entrée dans le soin simple, rapide et non stigmatisante. À cette fin, la mise en place d'un point d'entrée unique connu de tous y compris nuit/week-end constitue un prérequis opérationnel. Ce dispositif doit s'accompagner d'une culture de demande d'aide dès les signaux faibles, permettant aux professionnels de solliciter un appui sans attendre une situation de rupture.

L'accès doit être organisé hors hiérarchie, avec des garanties explicites de confidentialité et des délais maîtrisés. L'efficacité de ces dispositifs repose sur un suivi

précis, incluant le délai médian d'obtention d'un RDV, le taux de recours (anonymisé), la part des demandes issues des jeunes professionnels et le taux de récidive des arrêts longs, qui constitue un indicateur indirect de la qualité de l'accompagnement et du retour au travail.

Formation et encadrement : professionnaliser le management de la santé mentale

Le troisième axe porte sur la formation et la professionnalisation du management de la santé mentale au travail. Les managers de proximité occupent une position charnière, à la fois comme régulateurs des charges et comme relais de la culture organisationnelle. Leur formation doit intégrer explicitement le repérage des signaux faibles, la conduite d'entretiens, la prévention du trauma vicariant, incluant les débriefings et les rotations, ainsi que la gestion non punitive de l'erreur.

Ces compétences doivent être complétées, dès la formation initiale, par des enseignements relatifs aux RPS, à la sécurité psychologique, à la coopération interprofessionnelle et à l'hygiène numérique. Le suivi de cet axe repose notamment sur le taux de managers formés, l'existence de rituels collectifs structurés et la mesure de climat, incluant des items relatifs à la sécurité psychologique.

Sécurité psychologique et culture de l'erreur : rendre la parole possible sans coût de carrière

Le quatrième axe concerne explicitement la sécurité psychologique et la culture de l'erreur. L'instauration de temps réguliers, protégés et non évaluatifs, dédiés aux retours d'expérience et à la discussion de situations complexes, participe à la création d'un environnement dans lequel la parole est possible sans crainte de sanction.

Cette orientation doit être formalisée par une charte locale de non-sanction pour les remontées d'alerte de bonne foi, ainsi que par une clarification assurantielle et une protection institutionnelle explicite, sans lesquelles la sécurité psychologique demeure théorique. Les indicateurs associés incluent le taux de participation aux REX, le nombre de signalements qualité – dont l'interprétation doit rester prudente, une hausse pouvant traduire une amélioration de la culture – ainsi que la mesure de la sécurité psychologique à partir d'outils internes.

Numérique et intelligence artificielle : sobriété, sécurité et impact sur le travail réel

Le cinquième axe concerne le numérique et l'intelligence artificielle. Il s'agit de faire du numérique un amortisseur de charge et non un facteur d'aggravation. Une doctrine de sobriété et de sécurité suppose de limiter la multiplicité des outils, d'éviter la double saisie et de rationaliser les parcours numériques. L'ergonomie doit être considérée comme une exigence de sécurité à part entière.

L'introduction d'outils d'IA, notamment de documentation, doit être encadrée par des règles claires de validation, de traçabilité et de formation, avec une attention particulière portée à la préservation des fonctions d'apprentissage chez les professionnels en formation. Le pilotage de cet axe repose sur des indicateurs tels que le temps moyen de documentation par acte/consultation, le nombre d'outils/plateformes obligatoires par parcours et la charge de messagerie/inbox.

Trajectoires de vie : parentalité et aidance comme paramètres de fidélisation

Le sixième axe vise à intégrer les trajectoires de vie dans les politiques de ressources humaines. La parentalité et l'aidance doivent être reconnues comme des paramètres structurants de la soutenabilité des carrières. La prévisibilité des plannings, la sécurisation des parcours de temps partiel choisi et la prise en compte des situations d'aidance constituent des leviers directs de fidélisation.

Les indicateurs associés incluent la part des sorties d'effectifs dans les 5 premières années, le recours au temps partiel choisi vs subi et la stabilité des plannings.

Gouvernance et pilotage : inscrire la prévention dans la durée

La gouvernance de l'ensemble du dispositif conditionne sa crédibilité. Elle suppose la désignation d'un responsable de programme clairement identifié, la contractualisation d'objectifs QVCT/qualité et une évaluation annuelle permettant d'apprécier les effets des mesures engagées sur la continuité, la qualité et l'attractivité du système de soins.

Conclusion

La santé mentale au travail des soignants s'impose désormais comme un déterminant structurant de la continuité, de la qualité et de la sécurité des soins, mais également de l'attractivité et de la soutenabilité du système de santé dans son ensemble. Les données disponibles, convergentes et robustes, montrent que la situation observée ne relève ni d'une fragilité individuelle diffuse ni d'une séquence conjoncturelle isolée, mais d'un déséquilibre durable entre des exigences professionnelles en augmentation continue et des ressources organisationnelles, temporelles et symboliques devenues insuffisantes.

L'analyse met en évidence des déterminants structurels clairement identifiables. L'intensification du travail, la désynchronisation des temps de vie liée aux horaires atypiques et à l'imprévisibilité, la faiblesse des marges de manœuvre dans des organisations fortement hiérarchisées, ainsi que l'inflation des tâches administratives et numériques, concourent à une dégradation progressive du sens du travail et à une fragilisation psychique durable. À ces facteurs s'ajoutent des mécanismes culturels puissants, tels que l'omerta, la valorisation implicite de la bravoure et la difficulté à exprimer la vulnérabilité, qui retardent la demande d'aide et favorisent des trajectoires de rupture.

Les transformations contemporaines du travail médical, en particulier la numérisation et le recours croissant à l'intelligence artificielle, constituent à cet égard un enjeu ambivalent. Elles portent une promesse réelle d'amélioration de la coordination et d'allègement de certaines charges, mais peuvent également, en l'absence de sobriété, d'ergonomie et de gouvernance explicite, accroître la fragmentation du travail, la charge cognitive et le sentiment de déqualification subjective. Leur impact sur l'identité professionnelle et sur la relation de soin doit, à ce titre, être pleinement intégré dans l'analyse et dans les choix de politique publique.

Par ailleurs, les trajectoires de vie des professionnels – parentalité, charges domestiques, situations d’aidance – ne peuvent plus être considérées comme des variables externes au fonctionnement des organisations de soins.

Dans un contexte d’horaires atypiques et de pénurie de personnel, elles constituent des déterminants directs de la soutenabilité des carrières, de l’absentéisme et de la fidélisation, avec des effets différenciés selon le genre et l’âge. Leur prise en compte relève d’une approche rationnelle de gestion des ressources humaines, et non d’un registre accessoire ou socialement périphérique.

Les recommandations formulées s’inscrivent dans cette lecture systémique. Elles privilégient une action combinée sur l’organisation du travail, la prévention primaire, la sécurité psychologique, la formation managériale, la doctrine numérique et la prise en compte des trajectoires de vie, adossée à des indicateurs de suivi précis et à une gouvernance clairement identifiée. Leur cohérence repose sur un principe central : la santé mentale des soignants constitue une condition de possibilité du système de soins, et non un objectif distinct ou secondaire.

À défaut d’une inflexion structurée, le risque est celui d’une dynamique auto-entretenue associant absentéisme, surcharge, départs précoces et dégradation progressive de la qualité et de la sécurité des soins, avec un coût humain, organisationnel et financier croissant. À l’inverse, une politique de prévention articulée, fondée sur des données objectivées et intégrée aux politiques de qualité et de performance, offre une trajectoire crédible de stabilisation et de résilience.

Dans cette perspective, la santé mentale au travail des soignants ne relève plus d’un registre compassionnel ou correctif. Elle s’inscrit pleinement dans le champ de la sûreté sanitaire et de la responsabilité collective de l’État, au cœur des conditions de fonctionnement durable du système de santé.