

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MEDECINE SPECIALISEE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement par

Dana-Iuliana MACOVEI

le 14 octobre 2013

**EVALUATION DES CONTRAINTES PSYCHOSOCIALES DE
L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL PERÇUES SUITE A UNE
DEMARCHE PLURIDISCIPLINAIRE DE PREVENTION DES RPS AU
CHU DE TOULOUSE**

Directeur de thèse : Dr Monique MARPINARD

JURY

Président	M. le Professeur. SOULAT
Assesseur	M. le Professeur BROCHARD
Assesseur	M. le Professeur DRUET-CABANAC
Assesseur	Mme. le Docteur ESQUIROL
Membres	Mme. le Docteur VERDUN-ESQUER M. le Docteur RINALDO
Membre invité	Mme. le Docteur MARPINARD

Unité de recherche : UMR INSERM – UPS 1027, Faculté de Médecine Purpan



Remerciements

A notre Maître et président de thèse :

Monsieur le Docteur SOULAT

Professeur des Universités, Praticien hospitalier

Médecine du travail

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse. Nous espérons que ce travail est à la hauteur de vos attentes. Veuillez accepter notre respectueuse reconnaissance et le témoignage de notre profond respect.

A notre jury de thèse :

Monsieur le Professeur BROCHARD

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Médecine du travail

Monsieur le Professeur DRUET-CABANEC

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Médecine du travail

Madame le Docteur Y. ESQUIROL

Maître de Conférences, Praticien Hospitalier

Médecine du travail

Madame le Docteur VERDUN- ESQUER

Maître de Conférences, Praticien Hospitalier

Médecine du travail

Monsieur le Docteur RINALDO

Assistant hospitalo - universitaire

Médecine du travail

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail en nous faisant l'honneur de siéger à ce jury. Nous tenons à vous exprimer notre gratitude et notre profond respect.

Madame le Docteur M. MARPINARD

Médecine du travail

Toujours disponible tu m'as soutenu dans toutes les étapes de cette thèse. J'ai apprécié ta rigueur et tes compétences. Merci de tout cœur pour ton aide précieuse et ta gentillesse. Tes conseils m'ont toujours aidé, les critiques ont toujours été constructives et ta bonne humeur m'a toujours encouragé. A travers ce travail reçois l'expression de ma reconnaissance et de mon amitié.

Madame le Docteur A. MANDIL – MORET

Médecin du travail

Merci Alice pour m'avoir aidé à découvrir et à appréhender les différents aspects de la médecine du travail en milieu hospitalier. Les 2 semestres passés ensemble ont été très riches et c'était un réel plaisir de t'avoir comme maître de stage. C'est un peu grâce à toi que j'ai aimé la MTPH. Surtout merci de m'avoir soutenu pendant ces 6 derniers mois. Reçois l'expression de ma reconnaissance et de mon amitié.

Madame Sandrine BALLESTER

Docteur en psychologie de la santé; Psychologue clinicienne

Je vous remercie pour votre aide au long de l'élaboration de cette thèse. Recevez, à travers ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

A Mihai

Merci pour ton soutien et ta patience pendant cette année si difficile pour nous deux. Sans ton aide si précieux et ta compréhension, cette thèse n'aurait pas pu être réalisée.

Avec tout mon amour. A notre bonheur et à l'avenir...

A mes parents

Merci pour votre confiance et votre soutien à chaque étape de mes longues études, à chaque étape de ma vie, malgré les kilomètres qui nous séparent. Votre affection au quotidien m'est très précieuse. A travers ce travail recevez l'expression de toute ma reconnaissance. Grâce à vous j'ai pu réaliser mes rêves. Je vous aime très fort.

A France et à Gérard

Mes amis, mes conseillers et mes parents français ! Merci pour votre aide, votre confiance et vos encouragements pendant mes années d'études. A travers cette thèse recevez l'expression de tout mon amour et ma reconnaissance.

A ma sœur Anca

Merci de ton soutien chaleureux et de ton affection.

A Cristina

Merci pour tes encouragements. A tous les bons moments partagés depuis plus de 15 ans et à tous ceux qui viendront...

A mes maîtres de stage

Merci de m'avoir confortée dans mon choix pour cette spécialité.

Un remerciement spécial aux **Docteur MOURA ROUANE** et **Dr LE GUEVEL** – le travail avec vous a été un réel plaisir un échange professionnel et humain d'une grande qualité. Merci pour tous vos conseils et votre aide dans mon cursus d'internat !

A tout le service de santé au travail du CHU de Toulouse

Merci pour votre soutien et votre aide pendant mon dernier stage d'interne! Recevez à travers ce travail l'expression de ma reconnaissance !

Table des matières

I. Pourquoi parler des Risques psycho sociaux?.....	10
1. Définitions des risques psychosociaux et du stress.....	11
1.1. Le stress une manifestation des risques psychosociaux.....	12
1.2. Facteurs des risques psychosociaux.....	13
1.2.1 Les violences professionnelles	13
1.2.2. Les autres facteurs des RPS.....	14
2. Un risque à part entière.....	14
2.1. La théorie du syndrome général d'adaptation.....	15
2.2. Le modèle théorique du stress, coping et adaptation.....	16
2.3. Le modèle de Karasek et Theorell.....	16
2.4. Le modèle de Siegrist	18
3. Transformation des conditions de travail.....	19
4. Des coûts multiples, des conséquences globales.....	22
5. Un cadre réglementaire.....	24
II. La crise des professions de santé.....	28
1. L'évolution de la nouvelle gouvernance hospitalière.....	28
2. Revue bibliographique.....	30
2.1. Etat des lieux des RPS dans le monde hospitalier.....	30
2.2. La relation entre les RPS et l'état de santé des soignants.....	32
2.2.1. La relation entre les RPS et l'apparition des TMS.....	33
2.2.2. La relation entre les RPS et le développement de pathologies cardiovasculaires.....	34
2.2.3. La relation entre les RPS et l'apparition des symptômes dépressifs.....	36
2.3. La relation entre les RPS et la qualité de soins.....	37
2.4. Les violences au travail, facteur de RPS pour les soignants.....	38
2.5. Démarches de prévention des RPS en milieu de soins.....	39
2.5.1. Modèle de Magnet Hospital.....	39
2.5.2. Amélioration du coping.....	40
2.5.3. Changements dans l'organisation du travail.....	42
2.5.4. L'ergonomie participative, outil de prévention des RPS.....	43
2.5.5. Les démarches participatives d'amélioration de la qualité de vie au travail.....	45

III. Mise en place de la démarche de prévention RPS.....	47
1. Présentation de l'Hôpital de Toulouse.....	47
1.1. Organisation.....	47
1.2. Les ressources humaines	49
1.3. Le service de Santé au Travail du CHU.....	50
2. La démarche de prévention des risques psychosociaux au CHU de Toulouse.....	51
2.1. Méthodologie.....	51
2.2. Élaboration des questionnaires.....	53
2.2.1. L'évaluation médicale par le questionnaire d'hétéro-évaluation.....	53
2.2.2. L'évaluation de la santé psychique/ état psychologique via le questionnaire d'auto-évaluation.....	54
a) Questionnaire de Siegrist.....	55
b) Echelle MBI (burnout) – la mesure d'épuisement professionnel.....	56
c) Echelle de satisfaction de vie (ESV).....	57
d) Echelle de satisfaction de vie professionnelle (ESVP).....	57
e) Echelle HADS –Hospital Anxiety and Depression Scale	57
f) Echelle de présentéisme	58
2.3. Entretiens collectifs	59
2.3.1. AMC.....	59
2.3.2. Gériatrie Le Busca.....	60
2.3.3. L'ophtalmologie Centre de la rétine.....	61
2.4. L'analyse ergonomique.....	61
2.4.1. Analyse ergonomique de l'AMC.....	63
2.4.2. Analyse ergonomique du service de gériatrie Le Busca.....	66
2.4.3. Analyse ergonomique du service Centre de la rétine pôle ophtalmologie.....	68
2.5. Restitution pluridisciplinaire et plan d'action.....	69
IV. Résultats : L'évaluation « avant » et « après » l'engagement d'actions au niveau de l'organisation du travail (données appariées T1-T2).....	71
1. Court rappel de la méthodologie.....	71
1.1. Objectif.....	71
1.2. Déroulement des passations.....	72
1.3. Consentement, anonymat et secret médical.....	72
1.4. Difficultés de recrutement rencontrées et difficultés de suivi semi-longitudinal conditionnant l'appariement T1→T2.....	73

1.5. Effectifs répondant à la condition d'appariement.....	74
2. Résultats.....	74
2.1. Répartition des agents par caractéristiques différentielles personnelles et médicales sur les deux temps d'évaluation.....	74
2.2. Le modèle « déséquilibre effort-récompenses » de Siegrist	75
2.2.1. La modélisation de Siegrist et modalités de calculs.....	75
2.2.2. Moyennes et écart-types de 23 items du questionnaire de Siegrist, ordonnés par dimensions, renseignés par les agents pour les deux temps d'évaluation.....	75
2.2.3. Scores moyens dimensionnels et sous-dimensionnels observés pour les agents sur les deux temps d'évaluation.....	76
2.2.4. Relations entre les composantes psychosociales du modèle de Siegrist et certaines caractéristiques sociodémographiques et de santé.....	79
a) Relations observées lors du T1.....	79
b) Relations observées lors du T2.....	80
2.2.5. Fréquences d'exposition aux facteurs de risques psychosociaux du modèle de Siegrist au T1 et T2.....	82
a) Proportion des agents exposés à un « déséquilibre efforts-récompenses ».....	82
b) Proportion des agents exposés à un « surinvestissement au travail ».....	83
c) Prévalence des expositions pathogènes du modèle de Siegrist par secteur d'exercice.....	84
d) Prévalence des expositions pathogènes du modèle de Siegrist par caractéristiques sociodémographiques et de santé	85
2.2.6. Conclusion – Exploitation du Siegrist.....	86
2.3. Le MBI : mesure du syndrome d'épuisement professionnel (burnout).....	86
2.3.1. Fréquence des réponses des agents pour chacun de 22 items du MBI en T1 et en T2.....	87
2.3.2. Scores moyens d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel observés pour l'ensemble des agents en T1 et en T2.....	87
2.3.3. Relations entre les dimensions définissant le syndrome d'épuisement professionnel et les composantes psychosociales du travail, les caractéristiques sociodémographiques et de santé.....	89
a) Relations observées lors du T1.....	89
b) Relations observées lors du T2.....	90
2.3.4. Niveaux d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel observés pour l'ensemble des agents lors de deux temps d'évaluation.....	91
2.3.5. Prévalence du syndrome d'épuisement professionnel : stades de gravité observés lors des deux temps d'évaluation.....	93
2.3.6. Conclusions – exploitation du M.B.I.	95
2.4. Echelle HADS : mesure de l'anxiété et de la dépression.....	96
2.4.1. Scores moyens d'anxiété et de dépression observés pour les deux temps d'évaluation.....	96

a) Scores moyens observés pour l'ensemble des agents	96
b) Scores moyens observés par « profession » et par « secteur d'exercice ».....	97
2.4.2. Relations entre l'anxiété, la dépression et les composantes psychosociales du travail, les composantes de l'épuisement professionnel, les caractéristiques sociodémographiques et de santé.....	100
a) Relations observées lors du T1.....	100
b) Relations observées lors du T2.....	101
2.4.3. Prévalence et intensité de la symptomatologie anxieuse et dépressive observées pour l'ensemble des agents lors des deux temps d'évaluation.....	102
2.4.4. Prévalence et intensité de la symptomatologie anxieuse et dépressive observées par secteur d'exercice pour les deux temps d'évaluation.....	103
2.4.5. Conclusion – Exploitation de l'échelle HADS.....	104
2.5. Echelle ESVP-5 : mesure de la satisfaction de vie professionnelle composante du bien-être subjectif au travail.....	105
2.5.1. Score moyen des agents observé pour chaque temps d'évaluation.....	105
2.5.2. Relations entre la satisfaction de vie professionnelle et les composantes psychosociales du travail, les composantes de l'épuisement professionnel, l'anxiété, la dépression, les caractéristiques sociodémographiques et de santé.....	106
a) Relations observées lors du T1.....	106
b) Relations observées lors du T2.....	107
2.5.3. Conclusion – exploitation de l'échelle ESVP.....	107
V. Discussions	109
1. Contexte dans lequel s'insère ce travail d'évaluation préliminaire.....	109
2. Points forts de cette étude.....	111
2.1. L'originalité de la démarche.....	111
2.2. Utilisation des outils ayant une validité reconnue.....	111
2.3. Intérêt des entretiens collectifs.....	113
2.4. Résultats préliminaires encourageants.....	114
3. Réserves et limites interprétatives de la présente étude.....	116
Conclusion et perspectives.....	119
Bibliographie.....	120
Abréviations.....	133
Annexe 1	134
Annexe 2	135

Annexe 3	137
Annexe 4	146
Annexe 5	150
Annexe 6	152
Annexe 7	154
Annexe 8	156
Annexe 9	159
Annexe 10	160
Annexe 11	162
Annexe 12	163
Annexe 13.....	164
Annexe 14.....	165
Annexe 15	166
Annexe 16.....	167
Annexe 17.....	170
Annexe 18.....	171
Annexe 19 :	172
Annexe 20.....	173
Annexe 21.....	174
Annexe 22.....	175
Annexe 23.....	176

I. Pourquoi parler des Risques psycho sociaux?

Depuis 5 ans, en France et en Europe, les risques psychosociaux sont au cœur de l'actualité médiatique et politique. Au-delà d'un phénomène actuellement fortement médiatisé, la souffrance au travail constitue un véritable fait social. Des liens sont avérés et de plus en plus reconnus entre les conditions socio-économiques actuelles et l'apparition de pathologies liées au travail¹. La mondialisation de l'économie liée, entre autres, au développement des technologies de l'information et de la communication, a provoqué de nombreux impacts sur le travail. La concurrence entre les entreprises est devenue accrue. La performance (organisationnelle et individuelle) devient la règle générale dans le monde du travail. Par ailleurs, les emplois se font plus précaires (contrat à durée déterminée, recours au travail temporaire). L'environnement de travail ainsi que le contrat entre l'employeur et l'employé ont subi une mutation radicale. L'intensité des rythmes de travail est en augmentation depuis les dix dernières années, pour l'ensemble des secteurs d'activité, à un niveau rarement atteint depuis la seconde moitié du XXe siècle.

Dans ces conditions, le lien entre la santé et travail devient une préoccupation croissante dans l'ensemble des pays industrialisés. Il est de plus en plus reconnu que les conditions de travail et les expositions professionnelles induisent des risques psychosociaux², qui sont source d'inégalités sociales en santé³. La récente explosion de ces RPS serait encouragée par un contexte économique défavorable. Le poids de leurs conséquences pose des problématiques importantes et très complexes, nécessitant une évaluation approfondie pour renforcer des démarches de prévention efficaces.

Pour le Ministère du Travail, les RPS recouvrent des risques notamment professionnels « qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés ». Le stress¹, principal facteur de RPS, affecte 20 % des salariés européens selon l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles (INRS)⁴. Il serait également responsable de la souffrance psychique ou mal être constatée chez les salariés dans études récentes.

Quand la présence d'un problème professionnel est indéniable, les RPS qui lui correspondent sont difficiles à cerner. Leur origine est multifactorielle et l'attribution d'une cause plutôt professionnelle que privée est complexe. Cette situation apparaît surtout parce que les critères d'évaluation des RPS sont récents et encore mal définis par manque de connaissance des mécanismes impliqués.

Malgré l'absence des troubles psychiques du tableau de maladies professionnelles, la souffrance psychique prend part croissante dans les pathologies signalées par les médecins du travail qui participent depuis 2006 au programme de surveillance des Maladies à Caractère Professionnel (MCP). En 2008, elle est la 2^{ème} pathologie la plus fréquente après les affections de l'appareil locomoteur⁵. Les maladies développées en lien avec les facteurs de risque psychosociaux peuvent être reconnues comme maladies professionnelles en passant par la voie de CRRMP (le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles) qui a pour mission de montrer le lien éventuel de causabilité entre une pathologie et une activité professionnelle. En 2011, parmi les 196 demandes de reconnaissances des pathologies psychiques, 94 ont été reconnues en maladies professionnelles⁶.

1. Définitions des risques psychosociaux et du stress

Selon le rapport Eurogip de janvier 2010, les RPS ont été combattus avant d'être définis⁷.

Les RPS recouvrent des risques professionnels qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés: stress, harcèlement, épuisement professionnel, violence au travail...

Les RPS peuvent entraîner des pathologies professionnelles telles que des dépressions, des maladies psychosomatiques, des troubles du sommeil, mais aussi générer des troubles musculo-squelettiques, des maladies cardio-vasculaires, voire entraîner des accidents du travail. On peut parler de troubles psychosociaux lorsqu'un ou plusieurs déséquilibres sont constatés chez les salariés qui se traduisent par les manifestations suivantes: stress, mal être, inquiétude.

Le risque est la probabilité d'exposition d'un salarié à un danger susceptible de créer un dommage plus ou moins grave.

Dans le rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail de 2010 Michel Gollac propose une définition des RPS : « 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. La notion de fonctionnement mental est relative aussi bien à des phénomènes cognitifs qu'à des phénomènes psychiques d'une autre nature, si tant est que la séparation ait un sens »⁸.

Une autre définition des risques psychosociaux proposée par l'ANACT et l'INSTNF serait:

- une exposition à des contraintes liées à la relation de l'individu à son travail et/ou à la relation aux autres,
- susceptible d'affecter de manière défavorable la santé au sens large ou le bien-être (troubles psychosociaux),
- car ne pouvant pas (ou plus) être régulées,
- et perçues comme pouvant mettre en péril des équilibres professionnels et/ou personnels.

1.1. Le stress une manifestation des risques psychosociaux

D'après l'agence européenne pour la Sécurité et la Santé au travail, le stress survient *« lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement professionnel et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité »*. On distingue 3 notions :

- les contraintes de travail (les causes)
- l'état de tension ou état de stress généré par la perception d'un déséquilibre entre les contraintes et ressources
- les conséquences ou les effets du stress sur la santé des salariés et sur leur productivité (les troubles psychosociaux).

Le stress augmente constamment depuis son apparition à la fin du 21^{ème} siècle. Il est une des manifestations les plus fréquentes des RPS: 20 % des salariés européens estiment leur santé affecté par un stress au travail⁴. Il n'épargne aucun secteur d'activité. Il est aussi le RPS le plus important², à la fois cause et la conséquence des autres RPS. Son dépistage, sa prise en charge et sa prévention sont essentiels.

Les stress proviendraient principalement de l'interaction entre un individu et son environnement professionnel⁹. Différents éléments peuvent être mis en évidence :

- des facteurs extrinsèques liés à l'exécution des tâches sous l'influence des exigences professionnelles et liés aux aspects organisationnels - latitude décisionnelle (modèle de Karasek)
- des facteurs intrinsèques : liés aux différentes facettes de la personnalité du travailleur et à la notion de récompense (modèle de Siegrist)
- l'influence protectrice du soutien social au travers des relations de travail

L'adaptabilité de chacun face au stress dépend aussi de facteurs individuels : la perception du stress, l'évaluation de ses capacités à y faire face, sa tendance à externaliser ou internaliser la cause du stress (ou « locus contrôle ») et ses stratégies d'adaptation (ou « coping »)².

1.2. Facteurs des risques psychosociaux

1.2.1 Les violences professionnelles

Les violences au travail constituent une autre facette des relations sociales au travail. Ce concept se distingue des précédents car constituant des aspects extrêmes des relations sociales¹⁰.

Les études épidémiologiques récentes décrivent l'émergence des violences professionnelles dans certains secteurs d'activité^{11, 12}. Parmi les salariés, 8-15% se disent directement exposés, et près d'un tiers en serait témoin¹³. Elles sont fortement associées à un mal être et elles doivent être intégrées dans les études épidémiologiques futures.

Les violences internes

Elles correspondent aux agressions physiques ou verbales (insultes, brimades, intimidations) et aux conflits exacerbés entre collègues ou avec les responsables hiérarchiques. Elles incluent les situations de harcèlement moral et sexuel.

Les violences externes

Elles sont exercées contre une personne sur son lieu de travail par des personnes extérieures à l'entreprise et qui mettent en péril sa santé, sa sécurité ou son bien-être. Elles comprennent l'incivilité (manque de respect), l'agressivité physique ou verbale (volonté de blesser) et l'agression (volonté de « détruire »). Les facteurs de risque sont : le travail isolé ; la manipulation d'argent liquide ou d'objets précieux ; l'exercice de fonctions d'inspection, contrôle et exécution ; le travail dans le secteur des services de soins, des conseils ou de l'éducation ; l'emploi au contact de populations difficiles.

Des études transversales ont révélé des associations de la violence psychologique au travail avec le syndrome anxio-dépressif, les troubles du sommeil et la prise de psychotropes¹⁰. Cependant, les études prospectives manquent encore, sur la thématique des violences au travail.

1.2.2. Les autres facteurs des RPS

Les modifications organisationnelles se définissent comme les changements dans l'organisation du travail et qui comprennent plusieurs dimensions :

- les modifications des horaires : impacts sur le travail, sur l'adéquation santé-travail, sur l'adéquation vie au travail-vie hors travail
- les restructurations et regroupements de services dans des grandes structures avec des impacts sur les collectifs de travail
- les bonnes pratiques, procédures, vigilance, traçabilité

La justice organisationnelle, et son corollaire l'injustice, qui comprend trois composantes : la justice distributive (justice dans la distribution des ressources), la justice procédurale (la justice dans les procédures et mécanisme utilisés pour obtenir des résultats), la justice relationnelle qui se définit par l'équité et la justice par lesquelles les personnes sont traitées sur le lieu de travail en termes de relations sociales (respect, politesse...). Les études suggèrent qu'il existe un lien significatif entre l'injustice et les maladies cardiovasculaires¹⁰.

La qualité du leadership se focalise sur les comportements managériaux en termes d'intégrité, de motivation, d'intégration et d'auto-centrage. Dans la littérature, les effets protecteurs d'une bonne qualité du leadership sur l'incidence de maladies cardiovasculaires a été démontré dans un échantillon de salariés de la région de Stockholm¹⁴.

Le temps de travail prolongé est un concept apparu initialement au Japon à la fin des années 1970 avec les phénomènes du Karoshi (décès ou incapacité permanente par excès de travail). Il se définit par des heures de travail excessives ; les études ont mis en évidence le rôle d'un temps de travail prolongé sur les troubles du sommeil, la fonction cognitive, la dépression et les cardiopathies ischémiques¹⁵.

2. Un risque à part entière

La notion de risques psychosociaux au travail désigne des risques pour la santé créés par le travail à travers des mécanismes sociaux et psychiques. Largement utilisée, elle n'a pas pour autant une acception claire et univoque par les différents partenaires sociaux⁸.

La notion de risque comprend deux éléments. La probabilité qu'un événement engendre des conséquences négatives et, la sévérité de ces conséquences. Le concept de risque fait donc référence au lien entre l'exposition aux dangers du travail et les dégâts que cette exposition est susceptible d'engendrer⁸. On a tendance à désigner ainsi des « situations mêlant dans une grande confusion causes et conséquences : stress, harcèlement moral, violence, souffrance, suicide, dépression, troubles musculo-squelettiques, etc. »².

Le mot « psychosociaux » prend deux significations bien différentes⁸. D'un côté, il est relatif au dommage, c'est-à-dire que les risques psychosociaux sont ceux qui se concrétisent par des troubles psychologiques. D'un autre côté, les causes du danger sont psychosociales, en effet, le danger peut être créé par l'interaction d'une situation sociale (organisation, statut, condition économique) avec le psychisme d'une personne⁸.

Pour essayer de mieux comprendre les mécanismes qui sont à l'origine de l'apparition des risques psychosociaux, plusieurs grands modèles de référence ont été développés à travers des approches de type épidémiologique. Ces modèles visent à décrire l'organisation du travail telle que la perçoivent les travailleurs⁸. Elles représentent également un bon outil pour étudier l'analyse entre le travail et la santé.

2.1. La théorie du syndrome général d'adaptation

Le stress peut être considéré comme la réponse de l'organisme à toute demande qui lui est faite, dans une finalité d'adaptation. Il s'agit d'un ensemble de symptômes non spécifiques qui apparaissent quelle que soit la nature de l'agression. Le stress correspond à des manifestations organiques non spécifiques en réponse à une agression physique. L'ensemble de ces réponses non spécifiques est provoqué par un agent agressif physique entraînant des réponses stéréotypées¹⁶.

Selye (1956) a élaboré un modèle théorique le "Syndrome Général d'Adaptation" (SGA) qui précise qu'à la suite d'un stress, l'organisme a pour objectif de rétablir « l'homéostasie »¹⁷. Le "Syndrome Général d'Adaptation" se décompose en trois stades. Le premier stade est la réaction d'alarme qui survient après le stress. C'est la phase de mobilisation des ressources hormonales. La seconde phase est la phase de résistance qui correspond à une période de compensation avec une recharge des moyens de défense. La troisième phase est la phase d'épuisement lorsque les ressources biologiques et psychologiques ne sont pas suffisantes. Si, l'agression persiste en durée et en intensité, l'organisme perd ses ressources adaptatives et les conséquences sont négatives¹⁶.

2.2. Le modèle théorique du stress, coping et adaptation

Le stress peut être vu comme une relation dynamique, un processus par lequel des événements menaçants provoquent des comportements d'ajustement.

Pour Lazarus, il y a un stress quand une situation a été évaluée par le sujet comme impliquant et comme excédant ses ressources adaptatives¹⁵. Par conséquent le stress dépend autant de la situation environnementale que des ressources pour y faire face. Le modèle développé par Lazarus et Folkman (1984) met en évidence trois types de variables intervenant dans l'évaluation de stress: les prédicteurs, les médiateurs, les effets à court et à long termes¹⁸.

Ceci souligne que le stress psychologique est déterminé par la perception individuelle de la relation spécifique avec l'environnement. Cette perception résulte de facteurs personnels et de facteurs contextuels ou environnementaux. La conclusion est que seulement les prédicteurs ne suffisent pas à expliquer les conséquences sur la santé des individus. D'où la nécessité de déterminer la réaction face aux demandes environnementales et de décrire comment ces demandes peuvent affecter les processus d'adaptation de l'individu à long terme.

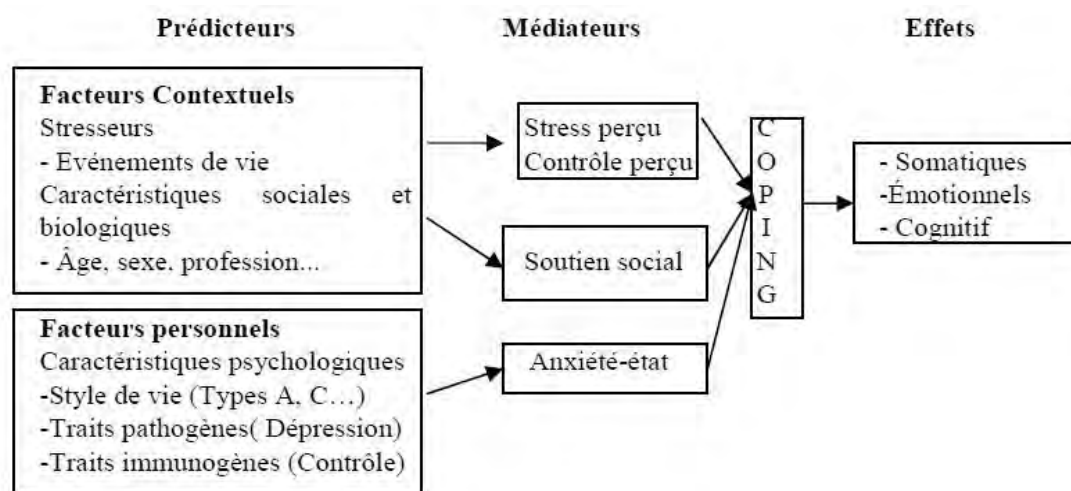


Figure 1 : Schématisation du modèle de Lazarus et Folkman, 1984¹⁸

2.3. Le modèle de Karasek et Theorell

Le modèle repose sur le constat qu'une situation de travail caractérisée par une combinaison des demandes psychologiques élevées et d'une autonomie décisionnelle faible, augmente le risque de développer un problème de santé psychique et mentale^{19, 20}.

Pour simplifier, ce modèle relie trois composantes :

- les exigences du travail (quantité, complexité, contrainte de temps)
- le degré d'autonomie (les « marges de manœuvre » - possibilité de choisir les modes opératoires, de modifier les objectifs ou les moyens, la capacité à peser sur les décisions, la créativité dans le travail),
- le soutien social (soutien technique et émotionnel sur lequel le salarié peut compter de la part de son encadrement et de ses collègues).

Aucune de ces composantes ne suffit, seule, à expliquer le stress au travail. C'est la combinaison d'un fort niveau d'exigence et d'un faible niveau d'autonomie qui engendre le stress. Le manque de soutien de la part de la hiérarchie et des collègues renforce significativement cet effet.

L'hypothèse est qu'un niveau élevé de latitude de décision (être créatif, utiliser et développer ses habiletés) ou de contrôle permet de réduire les effets négatifs des demandes de l'environnement sur la santé. L'association forte demande, faible contrôle absence de soutien (« tension de travail » ou « job strain ») représente la situation la plus délétère pour l'individu en terme de risque pour sa santé²⁰.

Au Québec 25 % de femmes et 21 % des hommes étaient exposés à cette situation en 1998²¹. En France l'enquête SUMMER de 2003 estime que la prévalence du « job strain » est de 20 % chez les hommes et 28 % chez les femmes^{22,23}. Ce modèle a été associé à la dépression, à la détresse psychologique, à l'épuisement professionnel et à la consommation importante des psychotropes¹⁹.

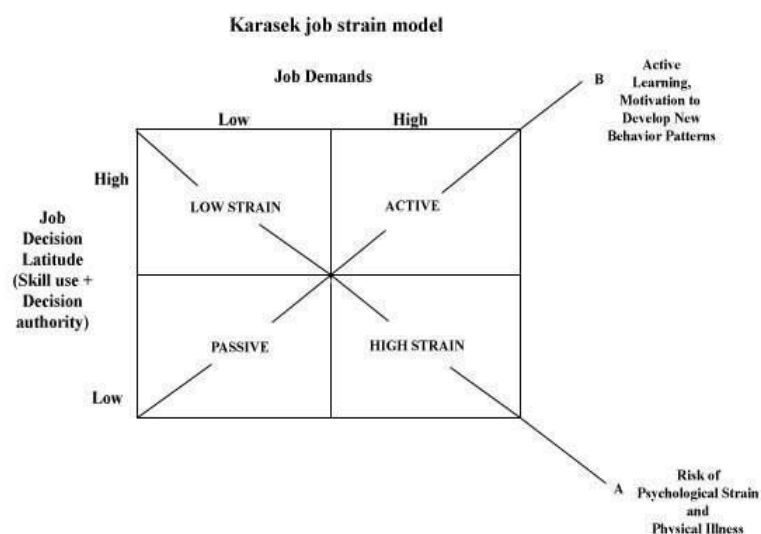


Figure2 : Schématisation du modèle de Karasek

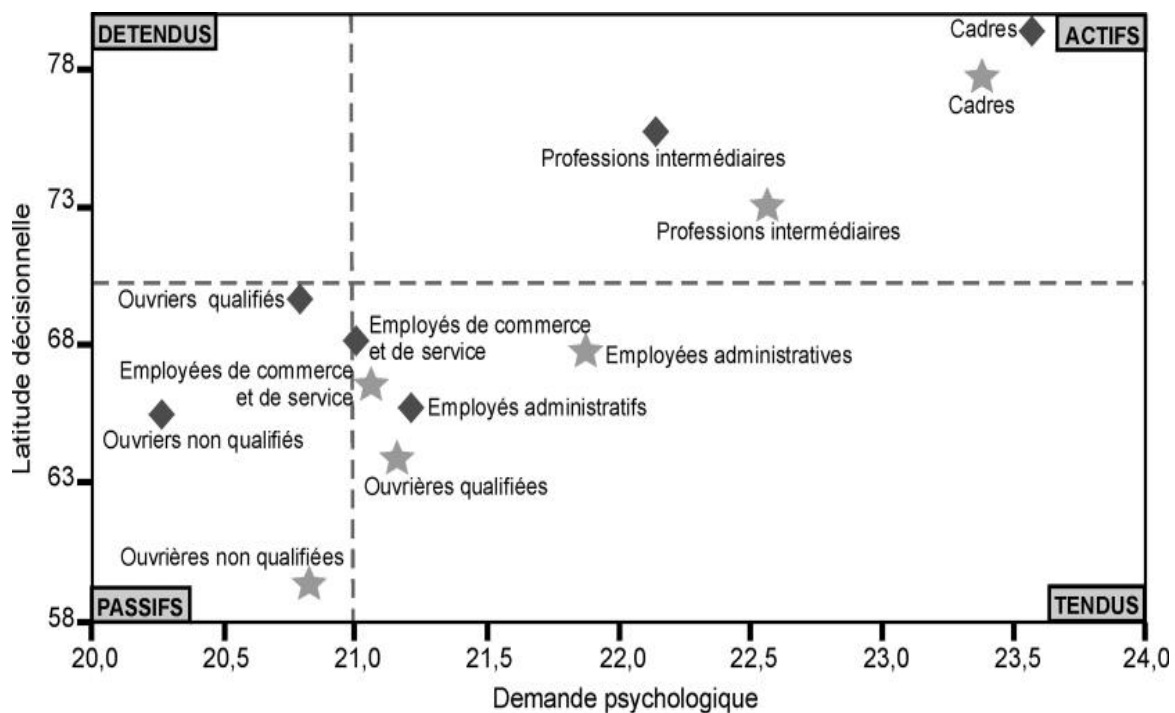


Figure3 : Score de demande psychologique et de latitude décisionnelle par sexe et catégorie socioprofessionnelle (source enquête SUMMER 2003, Dares-Dgt) ²³

2.4. Le modèle de Siegrist

Il s'agit d'un modèle bidimensionnel qui repose sur l'équilibre entre les efforts consentis par l'individu pour son travail et les récompenses attendues en retour. Le modèle repose sur l'hypothèse qu'une situation de travail caractérisée par une combinaison d'efforts élevés et des faibles récompenses s'accompagne de réactions pathologiques sur le plan émotionnel et physiologique. Les faibles reconnaissances peuvent être d'ordre économique (salaire insuffisant), social (manque d'estime et de respect) ou organisationnel (insécurité de l'emploi et des faibles perspectives de promotion) ¹⁹.

L'existence de tels déséquilibre peut en outre résulter de situations très diverses. Johannes SIEGRIST, au *Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail* ²⁴ en liste trois :

- « Il peut en effet arriver que certains individus n'aient pas le choix et soient contraints de travailler pour vivre, même s'ils ne sont pas parvenus à un bon équilibre entre les efforts consentis et les récompenses obtenues. Ces individus n'ont pas la possibilité de changer de travail, ce qui les pousse à accepter des conditions dégradées.

- D'autres font le choix stratégique d'accepter des conditions difficiles, en vue d'une évolution de carrière particulièrement favorable, dans les prochaines années. C'est un choix risqué, qui peut déboucher sur un succès mais peut également conduire à l'échec.
- Enfin, certains individus se surinvestissent, consciemment ou inconsciemment dans leur travail, se rendant alors coupables d'*overcommitment*. »²⁴

Alors que « l'autonomie décisionnelle » est la partie centrale dans le modèle de Karasek, Siegrist utilise dans son modèle le concept de la « réciprocité sociale », la possibilité d'avoir accès aux avantages légitimes auxquels on est en droit de s'attendre, compte tenu de l'effort fourni au travail. Les études ont montré que 10-40 % de travailleurs sont exposés à un certain niveau de « déséquilibre effort /reconnaissance » surtout les employés appartenant à des groupes socio-économiques défavorisés¹⁹.

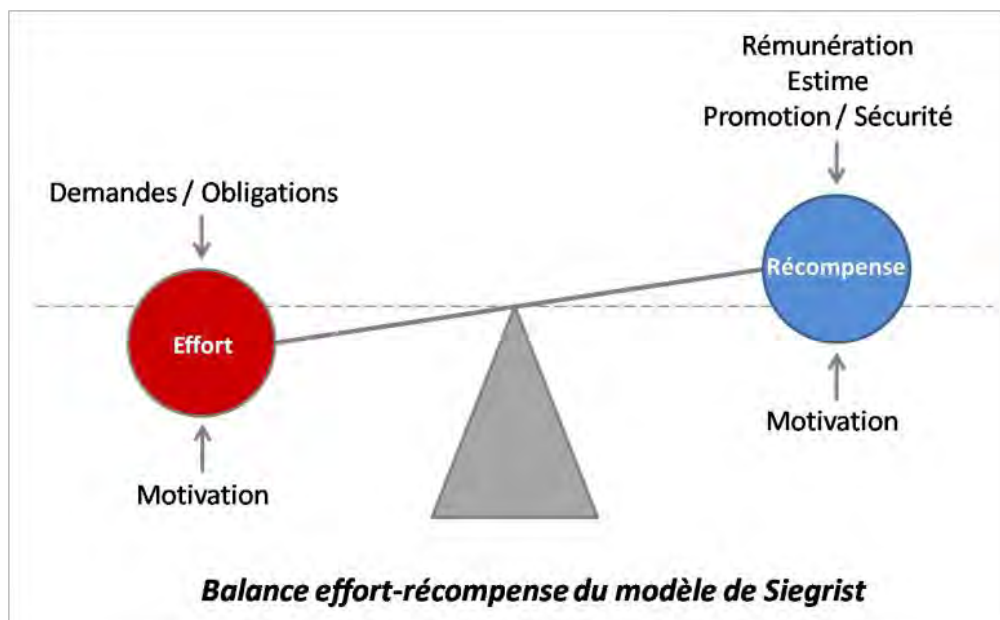


Figure 4 : Schématisation du modèle de Siegrist

3. Transformation des conditions de travail

Depuis ces dernières années on remarque une évolution des conditions, de réalisation et du contenu du travail conduisant à une transformation durable du travail :

- des évolutions macro-économiques et financières en faveur des logiques à court terme (bataille des délais/coût, concurrence accrue, chasse aux temps morts) ;
- une intensification / densification généralisée du travail (urgences, 35 h/semaine) ;

- un affaiblissement des collectifs de travail avec un éloignement de l'encadrement de proximité vis-à-vis du terrain ;
- un changement de la nature du travail avec le développement des prestations de service (relation client, patient, usager) ;
- des évolutions technologiques qui favorisent l'intensification du travail et un travail de moins en moins visible (mails, télécommunications).

Dans la littérature, plusieurs auteurs^{25, 26,27}, ont dressé le diagnostic des évolutions contemporaines du travail. Un monde à la recherche de toujours plus de flexibilité, poussé par le désir de performance²⁸, un monde où les positions de chacun dans l'entreprise sont bousculées, où la réalisation du travail nécessite la mobilisation de la subjectivité du sujet et où la réalisation du soi est parfois interrompue²⁹.

Au niveau des *évolutions socio-économiques*, le développement du capitalisme financier, la dématérialisation et la mondialisation des échanges ont des conséquences importantes sur les contextes professionnels. La mondialisation a donné naissance à la sous-traitance et à la délocalisation, la compétitivité a envahi les marchés et a entraîné la division et la concurrence entre les différentes catégories des salariés : travailleurs statutaires des grandes organisations et salariés sous-traitants, entre les travailleurs permanents et les travailleurs temporaires. La compétitivité devient un outil de légitimité sociale et politique de cette mise en concurrence des travailleurs³⁰. En même temps, la compétitivité pousse les entreprises à continuellement créer des nouveaux projets. Cela veut dire en effet, la nécessité d'une flexibilité et d'adaptabilité des organisations et surtout des salariés³¹.

Du point de vue des *évolutions techniques*, l'automatisation a modifié les organisations du travail, limitée aux activités les plus stables dans le déroulement de la production. Elle n'a pas substitué toutefois l'activité humaine qui conçoit, paramètre et répare³¹. Elle a renforcé la division entre les emplois les moins qualifiés et concernés par l'automatisation qui peuvent disparaître ou être sous-traités voire délocalisés et les emplois les plus qualifiés, essentiels aux processus de production.

Du point de vue des *évolutions socio organisationnelles*, on note plusieurs innovations³¹. Les organisations ont développé une flexibilité des salariés en les rendant polyvalents. Cela a conduit à une individualisation du temps du travail, et à la dissolution de tout espoir de constituer un collectif de travail dans la durée³⁰. En dehors de l'entreprise c'est

l'emploi qui est devenu flexible et donc précaire³¹. Pour répondre à toutes ces nouvelles exigences, L'homme est devenu une variable d'ajustement.

Ensuite, *les politiques de qualité* ont constitué une innovation pour l'organisation et les salariés³¹. Elles impliquent des prescriptions supplémentaires et des contraintes très fortes pour les travailleurs pour arriver à délivrer des produits et des activités de qualité satisfaisante. L'autonomie n'est plus seulement une ressource pour travailler. Elle devient un moyen pour répondre à l'exigence de qualité dans le travail et elle est dirigée par l'obligation de résultats. L'organisation du travail par projet modifie les modes de coordination et coopération. Les salariés deviennent de plus en plus responsabilisés ce qui constitue un enjeu psychologique conséquent.

Les *nouvelles méthodes de management* misent sur la concurrence des individus à travers la rémunération et l'évaluation. Elles ont renforcé l'isolement des travailleurs tandis que l'information et l'automatisation déployaient de nouveaux moyens de contrôle et de pression individuels.

Ces évolutions sont des réalités et ont des effets sur la gestion quotidienne des organisations. La mondialisation et la compétitivité existent et représentent les règles de base dans le monde de travail du 21^{ème} siècle. Ces réalités ne doivent pour autant empêcher de raisonner sur les moyens de construire la santé au travail.

Il est clair que les entreprises privées sont davantage exposées à ces formes d'évolution. Toutefois et même si les salariés de la fonction publique sont considérés à l'abri de ces évolutions économiques et managériales, protégés par la sécurité de l'emploi et privilégiés car disposant des nombreux avantages, la situation de ces salariés peut se rapprocher de celle des salariés du privé. On retrouve les mêmes pénibilités dans les 2 secteurs privé et public. Ces pénibilités sont néanmoins souvent accentuées par la dévalorisation dont souffrent les agents du service public dans leur fonction.

A partir de ces évolutions, l'intensification du travail a lourdement pesé sur la transformation des conditions du travail. Celles-ci ont connu de nombreux changements qui se justifient justement, par la nécessité d'adapter l'organisation du travail aux nouvelles organisations socio-économiques.

4. Des coûts multiples, des conséquences globales

Tous ces changements ont été souvent analysés au regard des bénéfices économiques qu'elles procurent aux entreprises dans un marché mondialisé¹⁹. En contrepartie plusieurs études ont montré qu'elles engendrent aussi des effets néfastes sur la santé psychologique des travailleurs (dépression, épuisement professionnel, détresse psychologique importante ou même suicide)¹⁹. Ces effets entraînent des coûts économiques et sociaux importants et supportés par l'ensemble des collectivités – liés à l'utilisation des services de santé, indemnités pour des incapacités permanentes, une augmentation continue de l'absentéisme, difficultés de réinsertion professionnelle, , désengagement progressif du marché du travail, conditions de vie souvent précaires³².

Les RPS ne répondant pas à une définition précise, il est d'autant plus difficile de les évaluer de manière chiffrée. Il est pourtant possible de trouver quelques estimations de l'ampleur du phénomène (basées sur le nombre de jours de travail perdus ou, pour la plupart, sur le ressenti des travailleurs) et de ses conséquences pour la société, notamment dans les enquêtes sur les conditions de travail réalisées par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail et les publications de l'EU-OSHA⁷.

En Europe, 28 % des travailleurs seraient “exposés à au moins un facteur susceptible d'affecter de manière défavorable leur bien-être mental”, soit 56millions de travailleurs⁷.

Les groupes des salariés les plus touchés⁷ :

- par le stress : les hommes (23 % contre 20 % des femmes) et les travailleurs entre 40 et 54 ans ;
- par la violence physique : les femmes (2,1 % contre 1,7 % des hommes pour la violence de la part de collègues) et les travailleurs de 25 à 39 ans ;
- par le harcèlement moral et sexuel : les femmes (6,2 % contre 4,3 % des hommes pour le harcèlement et 3 % contre 0,8 % des hommes pour le harcèlement sexuel) et les plus jeunes travailleurs.

Problèmes de stress, de dépression et d'anxiété liés au travail par gravité en UE (Eurostat, 1999)	
<i>Nombre de problèmes de stress liés au travail</i>	<i>Nombre de jours /mois perdus pour cause de problèmes de stress liés au travail</i>
309 687	< 1jour
59 190	1 a 3 jours
40 422	4 a 6 jours
43 825	7 a 13 jours
87 291	7 a 13 jours
93 377	14 a 29 jours
91 295	1 a 3 mois
4 995	> 3 mois

Tableau 1 : Problèmes des RPS liés au travail par gravité en UE⁷

Pourcentage de travailleurs rapportant des problèmes pouvant être liés à des risques psychosociaux (% oui) dans quelques pays européens (Source Eurofound, Fourth European Working Conditions Survey, 2007)												
Question	BE	DK	DE	ES	FR	IT	NL	AT	PT	FI	SE	UK
Menace de violence physique ?	8,3	5	4,5	4,7	6,9	1,4	12,2	4,6	4,4	12,5	9,7	10,9
Violence physique de la part de collègues ?	3,4	3,1	0,5	1	2,8	0,8	6,3	1,8	0,7	1,5	4	3,6
Violence physique de la part d'autres personnes ?	5,2	2,4	3,5	3,7	7,1	1	6,6	2,6	3,7	7,1	3,2	7,2
Intimidation/ Harcèlement	8,5	7,3	4,1	2,8	7,7	2,3	12	5	3,6	17,2	3,4	5,4
Intentions sexuelles non souhaitées ?	1,9	2,8	1,1	0,7	1,5	0,9	1,4	1,8	1,8	2,1	2,5	3,6
Stress	21	26,7	16	21,4	18,3	27,1	16,2	21	27,6	25,4	37,7	11,8
Anxiété	6,6	2	1,5	8,4	10,8	12,6	2,6	1,3	13,6	6,6	16,6	6,1
Irritabilité	12,1	14,4	5,4	11,4	11,4	15	9,6	8,5	16	14,8	14,7	6,2

Tableau 2 : % des travailleurs ayant des problèmes de santé liés à des RPS en UE⁷

Selon le rapport de l'Agence européenne, 50 à 60 % des journées de travail perdues ont un lien avec le stress au travail. En 2002, la Commission européenne a rapporté que le coût annuel du stress lié au travail dans l'UE-15 était de 20milliards d'euros⁷.

En France une étude de l'INRS³³ de 2000 réactualisée en 2007 a évalué les coûts pour la société engendré par le RPS entre 2-3 milliards d'euros.

L'ampleur du problème et ses conséquences non négligeables sur la santé et l'économie ont conduit à la nécessité de mettre en place des mesures de prévention, tant au niveau de l'Union européenne dans sa globalité, que dans les États membres.



Figure 5 : Conséquences des RPS

5. Un cadre réglementaire

Face au réel danger des RPS pour la société et l'économie mondiale, plusieurs législations ont été adoptées pour donner aux employeurs « le devoir d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects reliés au travail ».

Dès 1967, la Communauté européenne s'est intéressée à la santé et à la sécurité des travailleurs. L'article 23 de l'acte unique européen du 17 février 1986 entré en vigueur en juillet 1987, introduit dans le traité de Rome un nouvel article 118 A 1 : *«Les Etats membres s'attachent à promouvoir l'amélioration, notamment du milieu de travail, pour protéger la sécurité et la santé des travailleurs et se fixent pour objectifs l'harmonisation, dans le progrès, des conditions existantes dans ce domaine.....»*³⁴.

Quelques **directives** communautaires traitent des RPS⁷. La directive 89/391/CEE énonce des obligations pour les employeurs qui n'excluent pas les RPS : ceux-ci sont compris implicitement dans l'obligation d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs dans tous les aspects liés à leur travail. Son article 6 précise que le travail doit être adapté à celui qui l'exécute et que les travailleurs doivent être consultés pour l'introduction et la planification des nouvelles technologies. La directive 2000/78/CE sur l'égalité de traitement en matière d'emploi et de

travail énonce un cadre général pour assurer le respect de l'égalité entre les personnes et la non-discrimination en matière d'emploi et de travail. Dans le cadre de cette directive, le harcèlement au travail est considéré comme une discrimination. La *directive 2006/54/CE* sur l'égalité de traitement entre les femmes et les hommes en matière d'emploi et de travail a pour objet de simplifier et d'améliorer la législation communautaire sur l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière d'emploi et de travail en en faisant un seul document. Cette directive définit le harcèlement et le harcèlement sexuel, qui sont considérés ici aussi comme une discrimination. Les RPS sont également visés par la *directive écran 87/391/CEE*, qui précise que les postes de travail doivent être analysés en tenant compte notamment du stress mental et l'article 13 de la *directive temps de travail 93/104/CE* qui prescrit d'éviter le travail monotone⁷.

En 2009, le Parlement européen a adopté une résolution sur la santé mentale comprenant une partie dans laquelle il encourage la Commission européenne, les États membres et les employeurs à entreprendre certaines actions dans le domaine de la santé mentale au travail

L'**Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (SST)** mène également des actions dans le domaine des RPS. En 2002, elle a lancé la campagne européenne « Travailler sans stress ». A cette occasion, elle a publié un rapport contenant des exemples de bonnes pratiques en matière de prévention des RPS, récompensées lors d'une conférence à Bilbao³⁵.

Plusieurs accords européens ont été mise en place pour la prévention des RPS :

L'accord-cadre sur le stress - En 2004, les partenaires sociaux européens ont signé un accord-cadre autonome sur le stress lié au travail. Cet accord a pour objectifs de sensibiliser les employeurs, les travailleurs et leurs représentants aux problèmes de stress au travail et de fournir un cadre d'action en matière d'identification, de prévention et de gestion des problèmes dans ce domaine⁷.

L'accord-cadre européen sur le harcèlement et la violence - Dans l'accord-cadre sur le stress, les partenaires sociaux annonçaient leur intention de traiter le problème du harcèlement et de la violence de manière séparée. Cela a été faite en 2007, avec la signature d'un accord-cadre européen sur le harcèlement et la violence au travail, dans lequel les partenaires sociaux européens ont ensemble condamné le phénomène et reconnu ses conséquences néfastes sur les aspects économiques et sociaux⁷.

La législation française suit dans le même sens les actions européennes visant une prévention efficace des RPS. Plusieurs directives, lois, accords ont été mise en place progressivement à partir des années '90.

La directive sociale, *directive cadre européenne du 12 juin 1989* couvre de façon globale la santé et la sécurité au travail. Son titre à lui seul l'objet et l'objectif de la SST : « Directive concernant la mise en œuvre des mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail ». Cette directive parle d'une obligation d'évaluation des risques et hiérarchisation des mesures de prévention.

La notion de document unique est introduite par le décret *du 5 novembre 2001*³⁶. Tout responsable d'établissement se doit d'évaluer les risques, de réaliser un inventaire y compris les risques psychosociaux. Il est obligé de consigner les résultats de l'Evaluation des risques professionnels dans un document unique d'évaluation des risques.

L'inscription du harcèlement moral au Code du travail et ses implications pénales par *la loi de modernisation sociale de 2002*³⁷ (17/01/2002 ; Article L. 122.49 à 51), ont permis de faire reconnaître un type de risque professionnel autre que ceux de nature hygiène et sécurité. On assiste également à un renforcement et une extension de la responsabilité de l'employeur dans la prévention de la santé non seulement physique mais aussi mentale (article L. 230-2 du code du travail). Le harcèlement moral a constitué pendant un temps la seule notion disponible pour désigner divers facteurs et formes de souffrance au travail ceci de manière parfois abusive. La jurisprudence est riche aujourd'hui sur les questions du harcèlement moral. Cependant ce phénomène ne constitue que l'un de nombreux types de situations à risque pour la santé morale.

L'accord national interprofessionnel sur la prévention du stress est signé le 2 juillet 2008³⁸, et étendu à toutes les entreprises en avril 2009³⁹. Cet accord pose les principes suivants :

« L'identification des situations de stress doit passer par l'interrogation de certains indicateurs dans les situations de travail :

- l'organisation et les processus de travail
- les conditions et l'environnement de travail
- la communication
- les facteurs subjectifs »

Dès lors qu'un problème de stress au travail est identifié, une action doit être entreprise pour le prévenir, l'éliminer ou à défaut, le réduire. La responsabilité de déterminer les mesures de prévention incombe à l'employeur et les instances représentatives du personnel doivent être associées à la mise en œuvre des mesures. Le rôle central du médecin du travail et du CHSCT sont réaffirmés, mais il est également prévu que l'entreprise puisse faire appel lorsque nécessaire, à un expert externe³⁸.

Le plan d'urgence de prévention des RPS d'octobre 2009 et les directives du ministère du Travail de janvier 2010 imposent aux organisations de plus de 1000 salariés la signature d'accords sociaux en matière de prévention des RPS. Un contrôle, par le ministère du Travail, de l'avancée des démarches de négociation sociale de toutes ces entreprises sont effectués par le biais d'un portail internet spécifique où chacune reporte ses résultats. Cela donne lieu à un classement national des entreprises dont une première publication a été faite en février 2010.

Depuis maintenant plus d'une vingtaine d'années, les risques psychosociaux constituent un des risques majeurs pour la santé physique et mentale des salariés et le bon fonctionnement des entreprises. Les conséquences globales sont évidentes, des coûts économiques et sociaux multiples (absentéisme important, arrêts maladies, difficultés d'insertion des individus atteints des RPS etc.). La législation européenne évolue dans le même sens, en essayant de tracer des règles claires concernant la protection des salariés et en encourageant les mesures de prévention des RPS dans toutes les entreprises.

Plusieurs modèles psychologiques ont été développés pour essayer d'expliquer les problématiques complexes liées aux phénomènes de souffrance au travail. À travers ces modèles, plusieurs causes, de nature personnelles ou professionnelles, ont été évoquées pour chercher l'origine des RPS : le syndrome général d'adaptation décrit les 3 stades de réponse de l'organisme d'un individu au stress, le modèle de Lazarus met en évidence l'influence de l'environnement ainsi que des ressources d'un individu dans le déclenchement d'une situation de stress, le modèle de Karasek combine 3 éléments pour expliquer le stress au travail : les exigences du travail, l'autonomie et le soutien social, Siegrist repose son modèle sur l'équilibre entre l'effort consenti par l'individu pour son travail et les récompenses attendues en retour.

Ces modèles peuvent représenter un point de départ pour les acteurs de prévention du milieu professionnel dans le but de développer des démarches de prévention primaire. Ces actions pourront éviter les situations graves qui risquent de mettre en danger la santé des salariés et l'avenir des entreprises. Bien sûr la problématique est complexe et tous les membres de la société doivent y adhérer.

II. La crise des professions de santé

Comme décrit dans le chapitre précédent les causes susceptibles de déclencher des RPS sont multiples et applicables à tous les secteurs d'activité. Le personnel hospitalier représente un des métiers le plus à risque, l'organisation du travail dans le secteur de la santé étant obligé de répondre à des exigences d'égalité d'accès et de continuité de soins⁴⁰.

Chez le personnel soignant tous les facteurs identifiés du RPS sont présents, (la perte de l'outil de production – chômage, précarité ; l'évolution des métiers – disparition et transformation des métiers et émergence de nouveaux métiers, les évolutions technologiques, les restructurations en structures de grandes taille ; la dynamique de changement et ses modes d'accompagnement ; les évolutions managériales ; le poids de l'économie – rationalisation, optimisation, productivité) et toutes les catégories socioprofessionnelles sont concernées.

1. L'évolution de la nouvelle gouvernance hospitalière

La nouvelle gouvernance hospitalière a joué un rôle décisif dans l'émergence des RPS chez les personnels de santé. Parmi les lois qui ont changé profondément la manière d'exercer les métiers des soins :

- la loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale (l'organisation du passage progressif à la tarification à l'activité de l'ensemble des établissements de santé publics et privés)⁴¹ ;
- 2004 loi Douste – Blazy Réforme du parcours de soins avec l'introduction du médecin traitant, instauration du dossier médical personnel (DMP) et d'une procédure d'accréditation des médecins, mise en place de nouvelles instances nationales de pilotage (Haute Autorité de Santé, missions régionales de santé)⁴² ;
- 2005 la nouvelle gouvernance - Mise en place d'une nouvelle organisation hospitalière (création des pôles d'activité cliniques et médico-techniques, modification de la composition et de l'attribution du conseil d'administration, installation d'un conseil exécutif...) ⁴³ ;
- 21 juillet 2009 Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST, dite Loi Bachelot) - Création des Agences régionales de santé (ARS) et réforme de la gouvernance hospitalière (renforcement du rôle du directeur, remplacements du conseil exécutif par un directoire et

du conseil d'administration par un conseil de surveillance...), mise en place des communautés hospitalières de territoire⁴⁴.

Quatorze missions du service public ont été définies (**Annexe 1**), ayant comme conséquence le changement profond des pratiques professionnelles des équipes médicales et paramédicales :

- Augmentation du turnover des malades
- Sélection des actes
- Dérive des modalités des prises en charge
- Conflits d'éthique pour les soignants et au sein des équipes
- Difficultés de transmettre aux nouveaux
- Difficultés de maintenir ou/et de créer des collectifs
- Fuites de compétences dans toutes les catégories professionnelles.

En dehors de la législation en perpétuel mouvement, d'autres facteurs peuvent être à l'origine de l'émergence des RPS dans les hôpitaux. Dans son livre, Jean de Kervasdoué⁴⁵ en prenant en compte différentes études réalisés par DRESS, CNAM, DGI ou INSEE évoque plusieurs causes: les disparités géographiques, la féminisation du travail médical influençant sur la durée du travail, les transformations techniques (informatisation) dans le milieu hospitalier, le vieillissement de la population soignante, l'organisation du travail en général.

Le séminaire HAS de 2010 sur « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé » évoque plusieurs facteurs responsables de la dégradation des conditions de travail et suggèrent quelques pistes d'actions. Y. Clot explique la complexité de la problématique, la cohabitation dans les établissements des soins de l'efficacité et de la rentabilité ce qui mène les personnels soignants à une situation de non reconnaissance dans leur activité (page 8). P. Lombrail, souligne le fait que les hôpitaux vivent une densification du travail (p. 13). Il explique également que l'augmentation de la technicité, la réduction du temps du travail, les exigences sécuritaires et les contraintes budgétaires ont modifiés profondément la qualité du travail des soignants⁴⁶.

Une conséquence logique face aux changements et à la nécessité d'adapter en continu les pratiques professionnelles : un « malaise » dans les hôpitaux et cliniques, une dégradation des conditions de travail et des retentissements sur la santé des soignants. Cette problématique n'est pas retrouvée seulement en France. Beaucoup des pays industrialisés sont confrontés à des phénomènes d'usure professionnelle, stress ou épisodes dépressifs dans le secteur médical.

2. Revue bibliographique

Dans un contexte politique et économique instable, l'émergence des RPS est devenue une réalité dans le secteur médical. Les enquêtes et études deviennent une nécessité pour essayer d'avoir une image plus claire de la souffrance au travail des soignants et identifier dans la mesure du possible les causes qui en sont responsables.

2.1. Etat des lieux des RPS dans le monde hospitalier

Mal être au travail, épuisement professionnel ou bien troubles comportementaux sont des caractéristiques que nous pouvons retrouver chez beaucoup des soignants. D'origine externe ou interne aux établissements des soins, ces signaux plus ou moins perceptibles attestent l'existence des risques psychosociaux. Plusieurs études descriptives se sont intéressées à l'incidence des RPS dans les hôpitaux, et ont essayé de trouver des outils fiables pour procéder à des diagnostics pertinents et ensuite proposer des mesures de prévention.

L'enquête Sumer, lancée et gérée conjointement par l'Inspection médicale du travail et le Dares en 2003 réalise un état de lieux des expositions des salariés aux principaux facteurs des risques psychosociaux en France⁴⁷. Pour cette évaluation, un auto-questionnaire a été distribué contenant des items du Karasek mais aussi des questions sur l'état de santé, les arrêts de travail, les accidents de travail, les comportements hostiles subis au travail. Parmi les répondants 2400 étaient des personnels soignants. Plusieurs éléments ont été retenus lors de cette enquête : les soignants subissent une forte demande psychologique, les soignants disposent d'une latitude décisionnelle un peu inférieure à la moyenne des salariés, un tiers des soignants est soumis à une situation de « job-strain » susceptible de porter atteinte à leur santé. Les résultats ont montré également des problèmes d'effectifs qui sont jugés insuffisants par rapport à la charge de travail, des horaires de travail contraignants pour la vie privée, des pénibilités physiques associés souvent à un manque de moyens et à un travail en urgence, un contact avec le public qui peut créer des tensions⁴⁷.

L'enquête COTAES « Conditions et organisation du travail des actifs dans les établissements de santé »⁴⁸ réalisée en 2003 par la DREES auprès d'un échantillon de 5.000 salariés des établissements de santé (publics ou privés) permet de dresser un panorama des conditions de travail perçues par les actifs hospitaliers, de faire des comparaisons de situations de travail avec d'autres secteurs et de positionner le secteur sanitaire par rapport à l'ensemble des secteurs de l'économie. Les variables organisationnelles analysées concernent : la mobilité durant les trois dernières années, la fonction exercée, la responsabilité hiérarchique, le contact

avec le public, les transmissions des consignes, l'utilisation de l'informatique, le rythme de travail, le règlement des incidents et des tensions, l'organisation du collectif de travail, les horaires, les gardes, la réduction du temps de travail. Les soignants estiment que l'exécution de leur travail requiert des efforts d'attention toujours plus exigeants. La nécessité d'appliquer strictement les consignes pour faire correctement son travail s'est accentuée. Ce sentiment est renforcé en raison de l'utilisation croissante de l'informatique, de l'impression d'une technicité croissante des tâches à effectuer.

L'enquête sur les Changements organisationnels et l'informatisation (COI) de 2006, initialement conçue pour couvrir les secteurs marchands, a été étendue à la fonction Publique de l'Etat et aux hôpitaux, afin d'observer les changements organisationnels et l'informatisation dans ces secteurs et les conséquences sur le personnel⁴⁹. Les champs et méthodologie étant différentes par rapport à l'enquête COTAES, une analyse évolutive n'a pas été possible. Les personnels ont été interrogés sur leur rythmes et horaires de travail, le collectif, l'entraide, la responsabilité, l'informatique ce qui a permis d'apporter un éclairage sur l'organisation du travail. Les résultats relèvent d'une bonne entraide entre les collègues et une cohésion du collectif de travail malgré un dépassement fréquent des horaires de travail, les contraintes de rythme, et une qualité de travail considérée non satisfaisante⁴⁹.

Le vieillissement des européennes est une certitude qui va perturber la façon d'exercer les professions soignantes. L'étude NEXT (Presst en France, Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des soignants au travail) ⁵⁰ s'est intéressé aux circonstances et conséquences qui entourent les départs prématurés de la profession soignante. 5 régions de la France ont été ciblées pour participer à cette étude longitudinale, avec un total de 56 établissements de santé retenus. Le questionnaire établi couvrait des éléments de la vie professionnelle et de la vie privé ainsi que des items concernant les opportunités de carrière des soignants et des items sur la santé physique et mentale. Un pourcentage de plus de 50 % des répondants ont exprimé clairement leur souhait d'abandonner la profession définitivement. Le burnout a été clairement associé à l'envie de quitter la profession, ainsi qu'à une mauvaise santé physique voir psychique. Les caractéristiques du travail influencent aussi la décision de partir du milieu des soins (manque de temps, manque de variabilité de taches, mauvaise communication avec les autres acteurs de santé voir harcèlement dans certaines situations). Les résultats préliminaires de cette étude ont mise en évidence le fait que malgré l'attachement à leur profession, les soignants français seront prêts à quitter leur profession à cause des différents dysfonctionnements organisationnels ou d'un état de santé dégradé⁵⁰.

L'enquête Sesmat conduite entre 2007-2008 s'intéresse à l'épuisement professionnel des médecins et pharmaciens tous secteurs confondus⁵¹. Un questionnaire a été élaboré reprenant le modèle de l'étude Press Next et en ajoutant des items spécifiques pour les praticiens. Le questionnaire de Copenhague (CBI) a permis de mesurer un syndrome d'épuisement professionnel élevé chez presque 40 % des anesthésistes et d'environ 42 % chez les pharmaciens. Le score de santé perçue était moyen ou médiocre pour plus de 50 % des praticiens avec un tiers déclarant souffrir des troubles psychologiques.

En Allemagne, l'intérêt s'est concentré sur le vécu au travail dans plusieurs services de gériatrie dans une étude publiée en 2010 par une équipe de l'Université de Fribourg.⁵² Les auteurs ont étudié les situations de travail qui peuvent déclencher des RPS pour le personnel soignant. La version allemande du questionnaire sur les RPS de Copenhague (Copenhague Psychosocial Questionnaire) a été utilisée, comprenant des items sur l'environnement psychosocial de travail : demandes, influences et développement, relations interpersonnelles et support social, insécurité au travail, satisfaction globale au travail, échelle de burnout (MBI). Le questionnaire a été distribué dans 36 unités d'hospitalisation gériatriques avec un taux de réponse de 33 %. La conclusion des auteurs après analyses finale et comparaison avec d'autres unités hospitalières a montré le fait que le personnel soignant en gériatrie est soumis au stress et a un risque important de développer du burnout mais, néanmoins moins important par rapport aux hôpitaux de profil général ou urgences

2.2. La relation entre les RPS et l'état de santé des soignants

Depuis maintenant plus d'une dizaine d'années, les RPS constituent un des risques majeurs pour la santé physique et mentale des salariés et le bon fonctionnement des entreprises, y compris les hôpitaux. Dans la littérature beaucoup d'études sont disponibles explorant ce versant, RPS vs santé des individus.

Des auteurs italiens⁵³ se sont intéressés à l'apparition des problèmes dermatologiques, surtout eczéma des mains, et l'exposition aux facteurs des RPS. 1744 des soignants ont été inclus dans cette étude longitudinale. Le questionnaire utilisé pour l'évaluation du stress au travail a été le Karasek ainsi que les échelles Goldberg pour l'évaluation de l'anxiété et dépression. Un questionnaire clinique a recueilli les données sur les problèmes dermatologiques en prenant en compte les antécédents d'atopie, l'utilisation des gants en latex et d'autres facteurs possibles des biais statistiques. Les résultats ont clairement montré que le stress au

travail joue un rôle déterminant dans l'apparition des eczémas des mains chez le personnel soignant.

D'autres chercheurs ont essayé de chercher un lien entre le stress et l'apparition des anomalies immunologiques ou inflammatoires⁵⁴. 101 infirmières travaillant dans des services de chirurgie, anesthésie et réanimation ont été suivies pendant 3 ans. L'évaluation des RPS a compris plusieurs items concernant la satisfaction au travail, l'échelle de stress perçu, le support social au travail etc. Des prélèvements sanguins ont été effectués le matin avant le début de la journée de travail dans le but d'analyser les populations des lymphocytes T, B et cellules NK. Les résultats sont en faveur d'une association entre l'exposition chronique au stress et l'apparition d'un phénotype immunologique à risque.

La relation entre les RPS et la sensation de fatigue des infirmières a été étudiée dans une publication américaine⁵⁵, ayant comme but de démontrer la nécessité de mettre en place des mesures de prévention efficaces pour le bien-être au travail des infirmières. 1006 infirmières ont rempli le questionnaire « Satisfaction au travail » (« Job Content Questionnaire »). Plusieurs items ont été rajoutés sur l'autorité décisionnelle, les demandes psychologiques liées au travail ou le support social. 2 questionnaires sur la fatigue ont été utilisés : FRSQ (« the fatigue related symptoms questionnaire ») et FAS (« the fatigue scale »). Les résultats ont été concluants, tous les RPS étant significativement corrélés aux dimensions de la fatigue.

2.2.1. La relation entre les RPS et l'apparition des TMS

La relation entre les RPS et l'émergence des troubles musculo squelettiques (TMS) a fait l'objet des plusieurs recherches. Une étude suédoise⁵⁶ a mis en évidence la relation entre le stress constant au travail, les demandes importantes vs le manque de contrôle, le travail monotone, le manque de support social, l'absence des aménagements ergonomiques des postes de travail et les TMS dans une population de 267 soignants. Les TMS les plus souvent évoqués ont été les lombalgies et cervicalgies (43-55%). Dans un hôpital chinois 282 infirmières ont fait partie d'une étude⁵⁷ visant à mettre en évidence l'existence des TMS en relation avec le stress au travail. Le Questionnaire Nordique pour des symptômes musculo squelettiques adapté et un autre questionnaire ciblé sur les conditions de travail, l'organisation du travail et les diverses dimensions des RPS ont été les 2 outils utilisés. Les résultats montrent, comme dans l'étude précédemment citée, que les lombalgies sont les symptômes le plus fréquemment rapportés. L'analyse statistique a permis de mettre en évidence la relation entre le stress au travail, les tâches sans intérêt, le manque de support social au travail et l'apparition des TMS.

L'étude internationale CUPID a mis en évidence des résultats intéressants dans plusieurs des pays participants. En Australie⁵⁸, 1111 infirmières ont été incluses dans l'étude. Les outils utilisés ont été un questionnaire recueillant des données sociodémographiques, des facteurs de RPS au travail, et des caractéristiques de santé, et le questionnaire nordique sur les TMS (« Nordic Questionnaire of musculoskeletal complaints »). Les résultats ont été en faveur d'une forte relation entre le manque de support social, l'insécurité au travail, le stress au travail et l'apparition des scapulalgies et cervicalgies. Dans le cadre de la même étude, CUPID, 585 infirmières italiennes et 195 infirmières brésiliennes ont été sélectionnées pour y participer. L'insatisfaction au travail corrélée avec le risque de développer les TMS a été statistiquement significative seulement pour la cohorte d'Italie⁵⁹.

L'étude ORSOSA⁶⁰ réalisé en France s'est intéressée à l'apparition des TMS du membre supérieur en lien avec l'organisation du travail. Les données sur la présence et caractéristiques des TMS ont été recueillies avec un auto questionnaire modifié suivant le modèle du questionnaire nordique (« general standardized nordic questionnaire »). Le questionnaire « Nursing Work Index Extended Organisation » (NWI –EO) a recueilli les informations sur l'organisation du travail des infirmières et le questionnaire de Siegrist a été choisi pour l'évaluation des RPS (ERI). Les éléments du NWI-EO tant qu'une mauvaise communication dans l'équipe, interruptions fréquents dans le travail, non reconnaissance du travail ou manque du support social ainsi qu'un score élevé au questionnaire ERI, ont été associés avec une incidence importante des TMS du membre supérieur.

Une relation associative a été recherchée entre le syndrome de burnout des infirmières et l'émergence des TMS⁶¹. Le syndrome de burnout a été évalué en utilisant la version polonaise de l'échelle de Maslach et les données sur les TMS ont été recueillies en utilisant une version modifiée du questionnaire nordique pour les symptômes musculo squelettiques. Plusieurs items sur l'organisation du travail et le vécu au travail des infirmières ont été rajoutés aux outils utilisés dans cette étude. L'association entre les fortes demandes au travail, la présence des TMS et des scores MBI élevés a été statistiquement significative.

2.2.2. La relation entre les RPS et le développement de pathologies cardiovasculaires

L'origine des pathologies cardiovasculaire est complexe et dépendante des plusieurs facteurs personnels et environnementales, y compris les facteurs psychosociaux.

La relation entre le stress au travail et le développement des pathologies cardiaques a fait le sujet d'une revue bibliographique réalisé par une équipe allemande en 2012⁶². 26

publications ont été incluses dans l'étude, 17 articles ayant utilisé « job strain » model. Dans la moitié de ces cohortes les sujets ayant un score élevé de stress au travail présentaient également un risque plus élevé de développer des pathologies cardiovasculaires. L'ERI était utilisé dans 4 articles, toutes les publications trouvant des relations statistiquement significatives entre le stress au travail et l'apparition des maladies cardiovasculaires.

Plusieurs études essayant de mettre en évidence le lien entre les RPS et différentes pathologies cardiovasculaire sont incluses dans une autre revue bibliographique de 2011⁶³. Les auteurs ont trouvé des articles relevant une association évidente entre les RPS (évalués soit par le questionnaire de Karasek soit par le questionnaire de Siegrist) et l'hypertension artérielle ou encore l'ischémie myocardique.

La cohorte danoise des infirmières suivie pendant plusieurs années, confère un exemple concret de l'influence des RPS sur le développement des pathologies cardiovasculaires⁶⁴. 12 116 infirmière femmes ont été incluses dans cette étude. En 1993 les IDE ont rempli un questionnaire complexe comprenant plusieurs items sur les caractéristiques sociodémographiques, le mode de vie et les antécédents cardiovasculaire personnels ou familiaux ainsi que des items sur la perception de la pression au travail. Les IDE avaient un âge moyen de 51 ans. Pendant les 15 ans de suivi 580 cas d'événements ischémiques aigus sont survenus parmi les participantes. L'analyse statistique, après l'élimination des différents facteurs de confusions, s'est avéré significative pour l'association entre la perception d'une pression au travail importante et la survenue d'un événement ischémique aigue seulement pour les jeunes infirmières (âge <51 ans au début de l'étude).

L'étude ORSOSA⁶⁵ publié en 2010 analyse la relation entre la pression artérielle et les facteurs de risques liés à l'organisation du travail chez des personnels soignants hospitaliers. Il s'agit d'une étude de cohorte conduite dans 7 CHU français. Les données personnelles ont été recueillies avec un auto questionnaire comprenant des items sur le poids, taille et le mode de vie. Les caractéristiques de l'environnement de travail ont été recensées avec le questionnaire NWI – EO (the nursing work index –extended organization). Seule la population féminine a été analysée. Des valeurs élevées de la pression systolique ainsi que diastolique ont été retrouvées chez les personnes ayant décrit des problèmes relationnels dans leurs équipes de travail. Cette relation était indépendante des facteurs d'âge, IMC ou autres conditions de travail (comme le travail de nuit).

2.2.3. La relation entre les RPS et l'apparition des symptômes dépressifs

Beaucoup des études s'intéressant à l'état de santé physique des soignants, conséquence des RPS, sont retrouvées dans la littérature. Beaucoup moins important est le nombre des articles retrouvés s'intéressant à la santé psychiatriques des soignants en relation avec les RPS.

En 2000, une étude britannique⁶⁶ a lancé une enquête ciblée sur l'état de santé psychiatrique du personnel hospitalier, toutes catégories confondues (médecins, infirmières, personnel administratif). Le questionnaire général de santé a été utilisé (general health questionnaire). Les personnes ayant un score élevé à ce questionnaire ont passé des entretiens individuels à la recherche des symptômes d'anxiété et de dépression. Certains items ont été utilisés lors de ces entretiens à la recherche de facteurs de stress au travail ou en dehors du travail. Les analyses statistiques ont mis en évidence une relation significative entre l'existence du stress (au travail et en dehors) et l'apparition des symptômes anxieux ou dépressifs.

Une population exclusivement féminine de 243 personnes (infirmières, AS, sage femmes) a été incluse dans une étude danoise⁶⁷ ayant comme but l'analyse de l'état de santé mentale des soignants. Le questionnaire psychosocial de Copenhague a été utilisé pour l'évaluation des RPS ; un auto questionnaire a recueilli les caractéristiques sociodémographique et un troisième auto questionnaire a analysé l'état de santé mentale des participantes. Les résultats ont été en faveur d'un lien statistiquement significatif entre les importantes demandes au travail, la mauvaise organisation du travail et un état de santé mental, déclaré précaire, des soignants.

Dans le cadre de l'étude ORSOSA⁶⁸, une branche importante à explorer a été la recherche des symptômes dépressifs en lien avec les RPS. Les questionnaires utilisés pour cette étude, comme déjà précisé antérieurement, ont été le questionnaire de Siegrist (ERI) et le NWI-EO. Pour le recueil de données sur la santé mental des participantes, l'outil choisi a été CES- D (Centre for epidemiologic studies depression scale). Il s'agit d'un auto questionnaire comprenant une échelle de 20 symptômes dépressifs, rapportés au cours de la dernière semaine. L'étude portait sur une population d'IDE et d'AS. Les scores de dépression ont été plus nombreux dans la population des AS en lien surtout avec le manque de support social au sein de l'équipe de travail.

2.3. La relation entre les RPS et la qualité de soins

Une étude réalisée aux Etats-Unis⁶⁹ en 2011 s'est intéressée à la relation entre les conditions de travail des infirmières et la satisfaction des patients pris en charge dans les hôpitaux inclus dans l'étude. Les infirmières ont été sélectionnées à partir des registres de 4 états différents. 36 % des 95 499 infirmières identifiées ont accepté de participer à l'étude. Les questionnaires utilisés ont été variés : items concernant le burnout (MBI), questions ciblées sur l'environnement de travail, le service d'exercice, la satisfaction globale au travail. Pour évaluer la satisfaction des patients, un questionnaire comprenant 26 items a été utilisé. Pour l'analyse finale les auteurs ont choisi 2 mesures essentielles : le pourcentage des patients qui ont noté la qualité des soins reçus à l'hôpital à 9 ou 10 / 10 sur une EVA et le pourcentage des patients qui recommandaient cet hôpital pour la qualité des soins. Les résultats ont démontré le fait que les infirmières travaillant dans les services de soins sont soumises à un stress et risque de burnout plus important. En même temps 41 % des infirmières ne sont pas satisfaites de leurs conditions de travail. En croisant avec la satisfaction des patients il existe une relation évidente entre le pourcentage des infirmières souffrant de burnout dans un hôpital et le pourcentage des patients non satisfaits par la qualité des soins dans le même hôpital.

Le mode de vie de soignants s'est avéré très important dans la prise en charge des patients dans une étude réalisée parallèlement en Suède et Pologne⁷⁰. Un questionnaire a été distribué chez le personnel d'un hôpital polonais et un autre suédois pendant la même période de temps, comprenant items sur l'état de santé ainsi que sur la pratique d'une activité physique régulière, l'alimentation, l'état de stress des soignants. Les conclusions de cette étude soulignent la nécessité de mettre en place certaines mesures dans l'hôpital polonais : l'organisation des formations sur les modalités de prise en charge du stress, introduction d'une pause déjeuner obligatoire, pauses régulières pendant le temps du travail, introduction des formations sur un mode de vie sain (promotion du sport et de la consommation des fruits et légumes). Toutes ces mesures pourront, selon les auteurs, améliorer les arrêts maladies, le turnover important du personnel et la prise en charge globale des patients. Les résultats de l'hôpital suédois ont été satisfaisants.

2.4. Les violences au travail, facteur de RPS pour les soignants

Les violences et les agressions subies au travail par le personnel soignant représentent une problématique d'actualité dans le monde hospitalier. Beaucoup d'études ont trouvés des niveaux importants de violence au sein du personnel hospitalier^{71, 72, 73}. Une étude australienne⁷⁴ a ciblé une structure hospitalière particulière, une unité des soins pour les détenus, en montrant une incidence importante d'abus verbal et physique (208 incidents pendant une période de 3 ans). La majorité des victimes ont été des infirmières and 23 % des incidents ont nécessité assistance médicale. Dans les conclusions les auteurs mettent en évidence la nécessité de prendre de mesures de prévention adaptées et de renforcer le système de sécurité pour le bien être du personnel soignant. Un autre service de soins à risque concernant les violences sur le lieu de travail, les soins gériatriques, a été identifié par une étude allemande publiée en 2013⁷⁵. L'étude rétrospective s'est déroulée dans 39 unités hospitalières des différents profils. Les résultats ont mis en évidence une incidence des violences physiques de 63 % dans les services gériatriques un taux beaucoup plus élevé que dans d'autres services de soins. Un autre résultat intéressant de cette étude montre que les jeunes sont une population plus exposés aux risques des violences que les soignants expérimentés. 1/3 de la population étudiée est soumise au stress par ce risque et se sent en insécurité sur le lieu de travail.

L'Observatoire des violences en milieu de santé, a été rendu destinataire en 2012 de 11344 signalements d'atteintes aux biens et aux personnes, effectués par 352 établissements sanitaires et médico-sociaux⁷⁶. Les événements signalés sont classés en deux catégories : les atteintes aux personnes et les atteintes aux biens. Ainsi en 2012, 71% signalements concernaient des atteintes aux personnes et 29% des atteintes aux biens. Toutes atteintes confondues, les services les plus impactés ont été la psychiatrie avec le quart des incidents déclarés, les urgences et les services accueillant des personnes âgées. Les signalements d'atteintes aux personnes déclarées en 2012 se répartissent en proportion quasiment égale entre les agressions physiques (48,5 %) et les agressions verbales (46%). En 2012, la direction générale de l'offre de soins a lancé en lien avec les agences régionales de santé, un appel à candidatures pour l'accompagnement de projets sur l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux dans les établissements de santé. Les établissements retenus vont ainsi pouvoir bénéficier d'un accompagnement financier sur trois ans. Parmi les 11 projets sélectionnés, 3 comprennent des propositions relatives au sentiment d'insécurité au travail et à la prévention des phénomènes de violence⁷⁶ :

- Le CH de Montluçon : La démarche proposée par l'établissement consiste à mettre en place un accompagnement des équipes, assurer un suivi trimestriel des personnels victimes, comparer les résultats avec ceux de l'ONVS, communiquer les statistiques aux instances représentatives du personnel et des patients (CHSCT) et mettre en place des actions de formation du personnel afin de réduire les risques.
- Le CH de Niort : Dans le plan d'actions présenté par l'établissement pour répondre au projet de prévention des risques psychosociaux, une action précise concerne plus spécifiquement la formation du personnel afin de développer les compétences des agents en matière de communication non-violente et de gestion de l'agressivité.
- Le CHU de Rouen : Concernant le point sur les violences en milieu hospitalier, le plan de prévention comportait plusieurs actions : réalisation d'un bilan sur 3 ans de la politique de prévention de l'insécurité et de la violence, sensibilisation du personnel sur la CAT en cas d'incivilités ou de violences, amélioration de l'identification des zones à risques, étude sur le besoin de renforcer la présence des équipes de médiation sûreté, renforcement de la coopération entre le CHU et les services de police. Le projet présenté comporte également une analyse quantitative et qualitative des événements indésirables graves liés aux faits de violence.

2.5. Démarches de prévention des RPS en milieu de soins

2.5.1. Modèle de Magnet Hospital

La définition de « magnet hospital » ou hôpital attractif est assez complexe. Il s'agit d'un hôpital où les soins infirmiers sont à la hauteur de demandes de patients grâce à certaines conditions qui doivent être remplies : un niveau élevé de satisfaction au travail pour les infirmières et des taux de turnover bas, non significatifs. Une autre caractéristique des hôpitaux attractifs est l'implication des infirmières dans le recueil de données sur l'état de santé des patients et dans la conduite à tenir concernant la prise en charge des patients.

Aux Etats Unis le modèle de « magnet hospitals » a été introduit depuis plusieurs années dans le but d'améliorer l'absentéisme du personnel soignants et le turnover dans les services des soins^{77, 78,79}. L'efficacité de ce modèle a été prouvée par une étude comparative⁸⁰ entre 12 hôpitaux américains, une partie organisée selon le modèle de « magnet hospital », une autre ayant une organisation d'hôpital « normal ». Le questionnaire a été distribué à 401 infirmières travaillant dans les hôpitaux attractifs et 744 infirmières travaillant dans des hôpitaux conventionnels. Des différences importantes entre hôpitaux attractifs et autres ont été

retrouvées sur des items concernant l'exposition aux risques, les demandes émotionnelles, les conflits, les relations avec le management, la communication, l'équilibre entre la vie privée-vie professionnelle. La satisfaction au travail était plus élevée et les niveaux de burnout étaient très bas dans les hôpitaux attractifs.

Dans le cadre du séminaire HAS⁴⁶ de 2010 (page29), S. Stordeur a présenté un projet innovant « Les hôpitaux attractifs en Belgique ». Il s'agissait d'une étude pilote réalisée en Belgique dans un contexte international de pénurie d'infirmières, ayant comme modèle le concept américain de « magnet hospital ». L'hôpital attractif belge doit être défini autour de 3 axes communs : le sens de la mission, le support organisationnel aux personnes et l'ouverture vers l'extérieur. 12 établissements pilotes ont participé à cette étude. Le sens de la mission a été trouvé par tous les participants. Il varie d'un hôpital à l'autre mais les grands lignes sont les mêmes, éviter de multiplier le nombre des niveaux hiérarchiques, place centrale donné aux patients, respect mutuel entre les disciplines, prises de décisions partagés, dirigeants ayant des qualités de leaderships particulières, promotion des activités de recherche médicales et infirmières. Le support organisationnel est concentré autour de l'équilibre entre famille et travail : aménagement des horaires, création des crèches dans les établissements, création des lits en pédiatrie pour les enfants du personnel. L'ouverture vers l'extérieur est ciblée vers la création des plateaux virtuels transversaux entre différents services : chirurgie, services de soins à domicile, soignants locaux.

2.5.2. Amélioration du coping

Dans les services psychiatriques les soignants sont soumis à un stress important. Plusieurs études ont attesté cette situation en révélant des niveaux d'épuisement professionnel importants^{81, 82} pour l'ensemble du personnel. En termes de prévention, un article britannique⁸³ décrit les actions mise en place pour améliorer le « coping » d'une vingtaine d'infirmières travaillant dans un service de psychiatrie. Le programme était constitué des plusieurs séances d'information sur les différentes pathologies psychiatriques, et les moyens de prise en charges de ses patients bien particuliers. Cette intervention a permis une réduction des 3 dimensions de l'échelle MBI. Un autre moyen de prévention a visé plutôt l'apprentissage des techniques de relaxations ou travail sur des restructurations cognitives pour le personnel avec l'aide d'un psychologue⁸⁴. La population prise en charge psychologiquement n'était pas uniquement le personnel soignant mais aussi les managers. Des aides pratique à l'élaboration des plannings

sont proposé dans une étude pilote italien, voire de proposition pour rendre plus efficace le travail avec des résultats satisfaisants⁸⁵.

Une intervention pilote dans 2 services gériatriques différents a été menée en Suède⁸⁶. Dans le premier groupe un programme structuré, avec un psychologue, comprenant des échanges et training psychologique 2 heures/ j avant et après le changement des équipes, sur une durée de 20 semaines a été mise en place. Le 2^{ème} groupe a été suivi passivement par le même psychologue. Des prélèvements sanguins ont été effectués au terme de l'intervention et ont montré une baisse de l'hormone de stress dans le 1^{er} groupe, le 2^{ème} groupe n'enregistrant pas des modifications significatives.

Plusieurs interventions de prévention du stress au travail sont analysées dans un article scandinave⁸⁷. Les auteurs essayent de classer les différentes méthodologies utilisés sur les milieux de travail par l'efficacité obtenue. 4 types d'interventions ont été identifiées à partir de 48 études expérimentales : cognitive comportementale, techniques de relaxation, programmes multimodaux et interventions sur l'organisation du travail. Quelques études visant le milieu hospitalier sont citées dans cette revue^{88, 89, 90, 91}, utilisant en tant qu'outils de prévention surtout des méthodes cognitives comportementales ou des techniques de relaxation, avec des résultats moyens sur la gestion du stress des soignants. Suite à l'analyse statistique, les auteurs concluent à une efficacité plus importante pour les interventions cognitive-comportementales en comparaison avec les autres méthodes utilisées.

La souffrance des cadres infirmières a fait l'objet d'une étude réalisée au CHU d'Angers⁹². Les chercheurs se sont intéressés à une évaluation de la souffrance des cadres infirmières avec une recherche des causes, pour ensuite faire des propositions concrètes d'amélioration. Un auto questionnaire comprenant des items liés à la santé mentale, vécu au travail et caractéristiques socio-professionnelles a été distribué à 97 cadre infirmières. 1/3 des répondantes présentaient une souffrance psychique. La cause principalement évoquée était une différence entre l'idéal de son métier et la réalité du terrain. Les auteurs évoquent la nécessité de la mise en place d'une démarche de prévention collective (soutien psychologique) qui pourrait améliorer les conditions de travail des cadres.

2.5.3. Changements dans l'organisation du travail

En Australie, le turnover important des infirmières a fait l'objet d'une intervention visant 2 hôpitaux publics⁹³. Après l'évaluation de l'exposition aux facteurs de RPS, un programme de changement d'organisation a été mis en place. Le développement d'outils efficaces pour l'organisation des plannings des infirmières, l'augmentation du nombre des IDE dans les services concernés, l'augmentation des financements pour leur formation continue, l'introduction des cours d'informations sur les pathologies des patients hospitalisés dans les services concernés ont fait partie des mesures de prévention proposées et mises en place dans les hôpitaux. Les taux de turnover et d'absentéisme ont été obtenus des registres RH. Les résultats ont été satisfaisants, avec une diminution du taux de turnover significative entre 2008 et 2010.

Un programme destiné à améliorer la communication au sein des équipes soignantes a été essayé pour réduire le stress des soignants et en même temps pour réduire l'absentéisme générateur des coûts pour l'institution. Des sessions de communications ont été mises en place pendant une durée de 6 mois. Les résultats de cette étude ont été satisfaisants améliorant l'absentéisme et l'ambiance dans l'équipe⁹⁴.

Une enquête transversale menée au CHU de Nantes en 2005 a réalisé une évaluation des risques professionnels perçus chez les soignants⁹⁵. Le questionnaire utilisé pour cette étude comprenait 56 items avec une approche des facteurs psychosociaux (grille de Karasek et autres co-facteurs d'analyse : environnement de travail, ergonomie du poste de travail, risques toxiques, mode de vie, et questions ouvertes sur les 3 principaux risques perçus par les soignants). Les résultats de cette étude ont mis en évidence le fait que les IDE, les aides-soignantes et les cadres étaient des catégories socio-professionnelles à risque. Cette étude a permis de mettre en place un plan de prévention primaire (formation initiale, formation continue, information du personnel, référents acteurs-formateurs dans les pôles à risque), de prévention secondaire (consultations pluridisciplinaires pour la prise en charge de TMS ou RPS) et des actions en prévention tertiaire.

Les services de réanimation ont été analysés dans une étude réalisée par le CHU de Brest. L'enquête qualitative et quantitative a permis par la suite l'implémentation de quelques mesures d'amélioration dans le service concerné. L'auto-questionnaire choisi avait déjà été testé auprès du personnel du CHU. Il comprenait des informations sur la fonction, l'âge, l'ancienneté, les traitements, les modes de vie ; Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), items de Karasek et d'autres items relevant du RPS. Plusieurs entretiens individuels et quelques

entretiens collectifs ont été organisés dans le service ainsi que des journées d'observation de l'environnement du travail. Les résultats statistiques étaient en faveur de la présence de troubles anxieux et dépressifs pour une partie importante de la population étudiée. 72 % du personnel était en « job strain ». Les mesures prises dans le service ont concerné surtout l'organisation du travail. L'actualisation des fiches de poste, un renforcement du personnel soignant et un travail sur la communication dans l'équipe ont fait partie des mesures à court terme. Au long cours, le temps de doublure des nouveaux arrivés a été allongé⁹⁶.

Les changements organisationnels sont des facteurs des RPS. Cette problématique est étudiée dans une enquête menée au CHU de Marseille, à l'occasion du transfert de 237 agents d'un site à un autre⁹⁷. Un entretien, avec un psychologue de travail, portant surtout sur le vécu des sujets vis-à-vis de l'annonce du transfert, de déroulement du déménagement, de l'accueil dans les nouveaux locaux etc. a été proposé aux agents transférés sélectionnés par tirage au sort. Les analyses des entretiens mettent en évidence des difficultés liées aux défauts de communication, aux changements d'organisation, à une surcharge de travail, et un risque développement de burnout chez les soignants transférés. Aux vues de ces résultats les auteurs suggèrent la nécessité de mettre en place des mesures de prévention pour accompagner les soignants lors des changements majeurs d'organisation de travail ce qui permettrait une amélioration du vécu du personnel concernés par ces changements.

Le stress au travail des médecins urgentistes est une réalité. Une équipe de l'hôpital de Strasbourg a réalisé une étude sur 15 urgentistes, en essayant de trouver une relation entre les sécrétions de cortisol en réponse au sorties Smur conjointement à l'évaluation subjective du stress des médecins. 46 % des urgentistes ont déclaré avoir été stressés et cela a pu être objectivé aussi par des mesures de cortisol. Sur la base de ces résultats des mesures de prévention du stress au travail au niveau organisationnel ainsi qu'au niveau individuel ont été proposés⁹⁸.

2.5.4. L'ergonomie participative, outil de prévention des RPS

L'ergonomie participative comprend la réalisation d'une formation ergonomique à des groupes composés de personnes provenant de divers services et de divers niveaux (salariés d'une entreprise) dans le but d'inciter les salariés de contribuer à l'étude, d'accepter facilement les éventuels changements et éventuellement de pérenniser l'action ou favoriser la participation à d'autres projets de transformation.

Suite aux résultats de l'étude Presst Next, un hôpital de Paris s'est engagé dans une démarche d'ergonomie participative pour améliorer les conditions de travail de soignants⁹⁹.

Cette démarche comprenait plusieurs étapes laborieuses : des jours de cours sur les connaissances ergonomiques concernant les charges physiques, mentales, psychiques et émotionnelles, les horaires et les rythmes biologiques et l'environnement physique. Une étape d'observation du travail par les soignants eux-mêmes et d'autres soignants de métier et services différents avec, en même temps, un recueil de données à partir des notions acquises en cours ont été réalisés. La réunion d'échange a permis de révéler plusieurs problématiques du service et ensuite une liste de propositions a été élaboré : aménagements des locaux, redéfinition des tâches, changements de l'organisation de travail (binômes médecin-infirmiers) etc. Cette étude pilote a servi ensuite pour développer des projets similaires dans d'autres services hospitaliers.

Un autre modèle d'intervention ergonomique dans le but d'améliorer les conditions de travail est présenté dans un article publié en 2013 sur un service d'urgences. A la suite de 2 enquêtes importantes, Press-Next et Sesmat attestant que le syndrome de burnout a une incidence plus importante dans les structures d'urgences les auteurs de cette étude décrivent un modèle de recherche action, avec la participation de tous les métiers concernés¹⁰⁰. Une formation de 2 jours sur les bases de l'ergonomie a été réalisée dans le service concerné, suivie d'une période d'observation. A la fin des journées d'observation les ergonomes ont essayé de relever les dysfonctionnements observés par le personnel participant. Les données ont été analysées en groupe pluridisciplinaire afin d'élaborer des propositions d'amélioration organisationnelles ainsi qu'architecturales ou techniques. Cette étude a représenté un bon moyen de préciser les besoins et de montrer la motivation importante des soignants pour mettre en place les mesures nécessaires en vue d'un bien-être au travail, une diminution du burnout et une meilleure gestion des exigences émotionnelles.

Une étude utilisant 2 approches complémentaires : statistique sur de grands groupes et ergonomique du travail réel cherche à clarifier les sources de la souffrance au travail des soignants dans les services de gériatrie et d'élaborer également des pistes d'action¹⁰¹. L'analyse statistique a utilisé en effet le questionnaire Press Next et a permis de mettre en évidence, pour les services gériatriques, un pourcentage très élevé de l'insatisfaction au travail, une incidence importante des TMS, une intention d'abandon de métier de plus en plus fréquente. Malgré une amélioration des conditions de travail dans les pays scandinaves, la situation en France reste critique. Les observations des journées de travail à visée ergonomique ont été réalisées par les professionnels de santé après formation spécifiques et par des ergonomes. Les propositions d'amélioration ont été concentrées sur l'organisation du travail (stabilisation des affectations pour au moins un an, encouragement du « réel » partage des informations, mise en place d'un

débriefing émotionnel) mais aussi sur une réorganisation de l'espace de travail et une mise à disposition de matériel adapté (pour les manutentions par exemple). Des investissements ont pu être programmés et une évaluation à distance est préconisée dans l'avenir.

2.5.5. Les démarches participatives d'amélioration de la qualité de vie au travail

Le développement d'une intervention participative dans le but d'améliorer l'environnement de travail et la santé mentale des soignants a fait l'objet d'une série de publications canadiennes. Le premier article décrit les préliminaires et la méthodologie appliquée¹⁰², le deuxième article est, en effet, une évaluation à 1 an¹⁰³ et le troisième une évaluation à 3 ans après la prise en charge des mesures de prévention proposées¹⁰⁴. Avant le début de l'étude une phase préliminaire a permis l'identification de l'hôpital cible. Ensuite une analyse des risques a été menée en comparant l'hôpital choisi pour l'étude à une population de référence avec des caractéristiques appropriées. Le questionnaire utilisé contenait des items du Karasek, des items validés au plan international pour une évaluation de l'état psychiatrique des participants, des items de MBI Copenhague, des items évaluant la qualité du sommeil, et des items sur l'état général de santé des soignants. L'observation sur le terrain a permis de mieux comprendre les différentes problématiques dans 11 de 14 services analysées soit 20 heures/service. En complément, 5 entretiens individuels avec des personnes importantes pour le fonctionnement des différents services ont été conduites. Dans cette première phase de l'étude le taux de participation était de 73 %. Un rapport a été transmis au management de l'hôpital, avec les résultats statistiques des questionnaires et le recueil des données d'observation sur le terrain et propositions d'amélioration des conditions de travail (changement dans l'ergonomie du milieu et des équipements de travail, méthodes d'amélioration de la communication au sein des équipes, formations pouvant être proposés aux soignants etc.). La première évaluation a eu lieu à 12 mois après le début de la mise en place des mesures de prévention. Le taux de participation pour cette évaluation a été de 45 %. Les résultats ont mis en évidence une amélioration des troubles du sommeil et des scores MBI et Karasek, mais une détérioration significative de la latitude décisionnelle. La deuxième évaluation s'est déroulée 3 ans après le début des changements. L'amélioration des facteurs RPS a été statistiquement significative pour 5/9 facteurs : demandes psychologiques, qualité du travail, demandes physiques et émotionnelles, déséquilibre effort récompenses. Tous les indicateurs de santé ont été améliorés.

Lors du séminaire HAS de 2010, G. Nallet cadre de santé et J. Ceccaldi, hématologue, ont présenté une démarche participative dans le but d'améliorer la qualité de vie au travail des

soignants dans les services d'hémo-cancérologie⁴⁶ (page24). L'étude s'est déroulée au Canceropôle du Grand Ouest et a porté sur les infirmières et aides-soignantes. Les instruments de mesure ont été les caractéristiques sociodémographiques, les conditions du fonctionnement des services d'exercices et la qualité de vie au travail. Les résultats ont été en faveur d'un manque de reconnaissance retentissant sur la qualité de vie. La démarche participative adoptée est un modèle de management promouvant une éthique de communication, intégrant la culture de la reconnaissance de soi et de l'autre et favorisant les échanges. Quatre points importants doivent être respectés : favoriser l'expression de tous les acteurs de soins, partager les valeurs fondamentales communes, faciliter la pratique quotidienne, favoriser les formations internes et proposer des espaces des paroles dans une dynamique interprofessionnelle.

L'identification des risques psychosociaux au travail et les modalités de les prévenir ne sont pas simple à formuler. Des nombreuses études citées ci-dessus ont démontré les effets nuisibles à la santé des certaines situations de travail et ont permis de produire des connaissances sur les relations entre certains phénomènes sociaux et psychologiques et leurs effets sur la santé, le personnel de soins étant particulièrement concerné.

Les importants changements législatifs, économiques et sociaux de la dernière décennie ont impactés le monde du travail. Les hôpitaux en tant qu'entreprises ne semblent pas être protégés par ce phénomène. Quelques essais d'amélioration de cette situation se sont montrés efficaces mais, en citant Y. Clot « il ne faut pas s'imaginer que la question pourra être résolue rapidement simplement en appliquant de nouvelles procédures ou en inventant de nouvelles techniques. Le mal est profond. L'organisation d'un débat sérieux et bien réglé sur ces problèmes est urgente »⁴⁶.

Les services de santé au travail sont de plus en plus préoccupés par l'importance des problèmes de santé physique et mentale au travail, avec un nombre croissant de demandes de reconnaissances des TMS, de pathologies cardiovasculaires voire de situations d'épuisement professionnel et de dépression.

Dans ce contexte il est apparu important de développer un outil permettant d'évaluer la présence et la gravité des risques psychosociaux dans les services hospitaliers de soins et de pouvoir ensuite proposer des mesures d'amélioration appropriés.

III. Mise en place de la démarche de prévention RPS

1. Présentation de l'Hôpital de Toulouse

Les Hôpitaux de Toulouse, est un établissement public de santé ayant obtenu de la Haute Autorité de Santé (HAS) sa certification en 2009.

Le 4^{ème} CHU de France est reparti sur plusieurs sites géographiques :

- Purpan
- Hotel – Dieu (siège administratif).
- Rangueil
- La Grave
- Larrey
- La Fontaine Salée

Les 9 établissements de l'hôpital ont une capacité d'accueil de 2834 lits et fonctionnent 24h/24 et 7 jours /7. Ils ont une vocation prioritaire de soins médicaux et chirurgicaux à destination de la population proche, un rôle d'éducation des patients en matière de santé publique et d'éducation sanitaire. Par son statut de centre universitaire, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse participe à l'enseignement et à la formation des praticiens et des professionnels de santé et s'implique dans la recherche clinique.

1.1 Organisation¹⁰⁵ (figure 6)

Les instances de décision

- Le Conseil d'Administration dont la présidence est assurée par le maire de Toulouse ou son représentant.
- Le Conseil Exécutif : paritaire et médico administratif, il regroupe les représentants de la Commission Médicale d'Etablissement, du corps de direction et de la Faculté. Il est présidé par le Directeur Général.

Les instances consultatives

- La Commission Médicale d'Etablissement est centrée sur la politique médicale de l'établissement et participe à l'élaboration du plan stratégique des projets médicaux et d'établissement.
- Le Comité Technique d'Etablissement est associé au fonctionnement de l'établissement car ses représentants participent au Conseil d'Administration.

- La commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico Technique est compétente sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que l'évaluation des pratiques professionnelles.
- Le Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail s'occupe des problèmes concernant la sécurité des patients ainsi que celle des personnels. Il donne des avis sur les procédures de gestion des risques, l'analyse et le suivi des indicateurs de résultats.

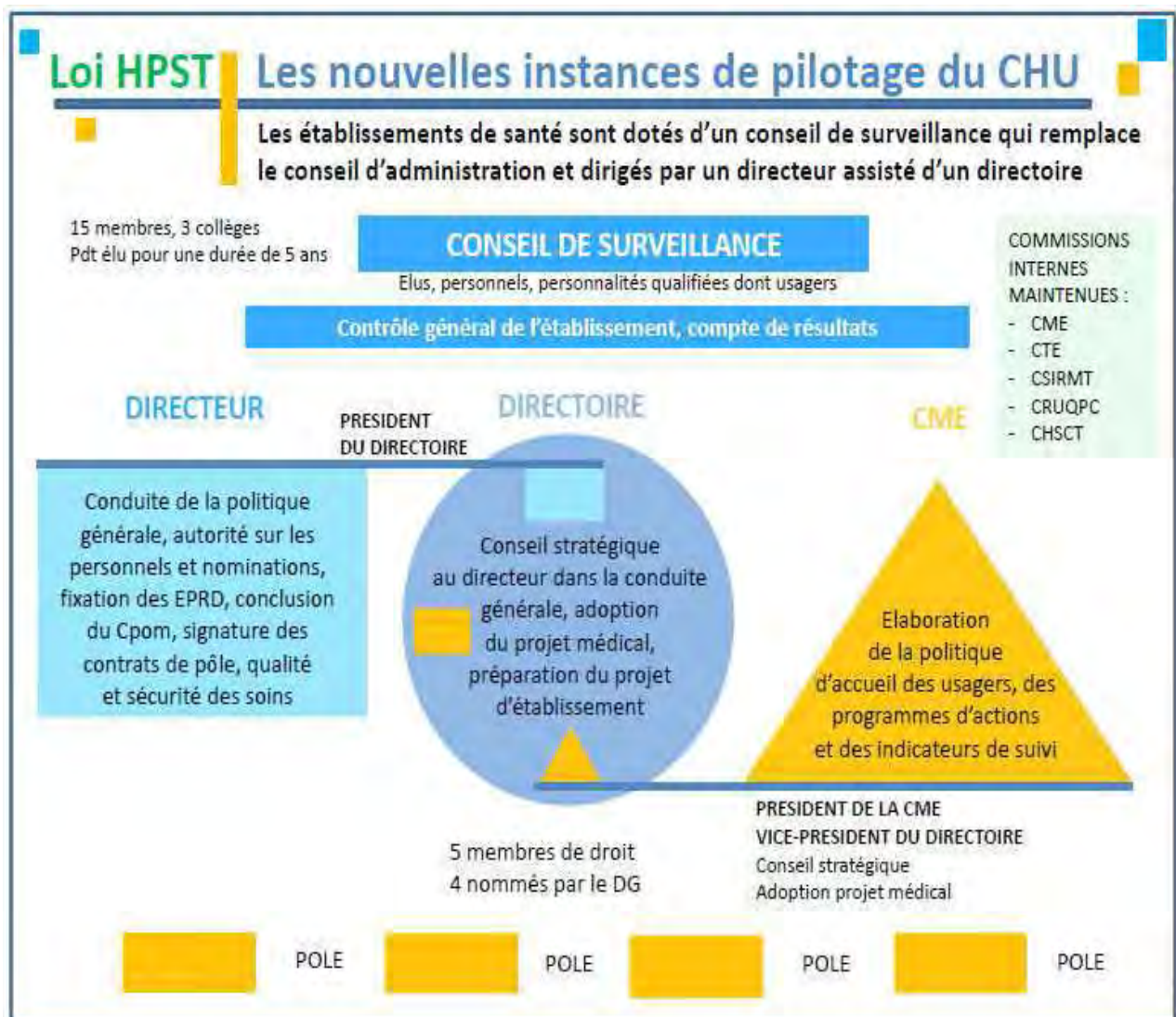


Figure 6 : Les instances du CHU (source : site internet du CHU)

	Personnes physiques	ETP
Administration	809	793,38
Logistique	1 622	1 585,72
Médico-techniques	1 618	1 524,63
Soins	6 742	6 453,72
Total	10 791	10 357,45

Figure 8 : effectifs des personnels hospitaliers en 2010 (source : Chiffres clés 2010)

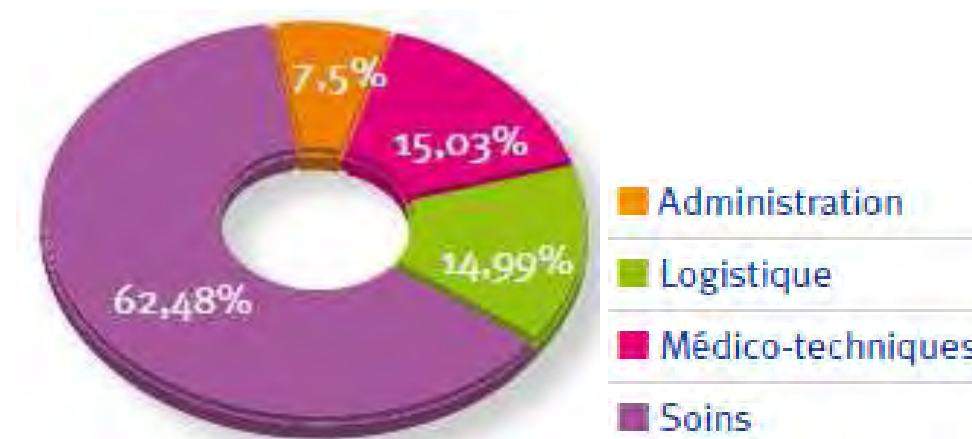


Figure 9 : répartition des effectifs des personnels hospitaliers en 2010 (source CHU : Chiffres clés 2010)

1.3. Le service de Santé au Travail du CHU

Le service de santé au travail est un service autonome qui dépend du pôle Santé-Société-Réadaptation, celui-ci incluant 8 autres disciplines. Il est basé sur deux sites principaux géographiques : l'un sur l'hôpital de Rangueil, et l'autre sur l'hôpital Purpan. Les personnels sont pris en charge sur Rangueil ou sur Purpan en fonction de leur site de rattachement.

Le service ne comprend pas d'intervenants en prévention des risques professionnels, tels que définis dans les services interentreprises ou autonomes. Les IDE en santé au travail participent activement à la réalisation de l'évaluation des risques professionnels sur le CHU en collaboration avec l'ingénieur en hygiène et sécurité et une pharmacienne responsable de l'évaluation des risques. Le SST est en lien avec la psychologue et les assistantes sociales du personnel, le CHSCT, le Comité de lutte contre les infections nosocomiales et l'ingénieur en Hygiène et Sécurité du travail et en Radioprotection.

2. La démarche de prévention des risques psychosociaux au CHU de Toulouse

La prévention des risques psychosociaux représente un des axes prioritaires pour le service de santé au travail. Suite à la participation à plusieurs enquêtes nationales et régionales (SUMER, ORSOSA, CLACT – la prise en compte de la violence à l’hôpital ou encore l’enquête VISAT – pour vieillissement santé, travail) la nécessité d’élaborer une méthode de dépistage des RPS suivie d’actions correctives pouvant être utilisé dans le CHU semblait évidente.

Une analyse de l’ensemble du personnel CHU (14 000 agents) n’était pas possible. Il fallait donc essayer de construire cette démarche en s’appuyant sur des unités de petite taille, disponibles pour nous faciliter l’accès dans leur service, des unités où il y avait déjà quelques indicateurs d’alerte par rapport à l’existence des facteurs des RPS (cas individuels de souffrance au travail recueillis lors des visites médicales, données RH – absentéisme ou turnover important etc.). Finalement les services ciblés pour cette étude pilote ont été choisis en par les partenaires sociaux (CHSCT).

- Pôle urgences – service d’accueil médico chirurgical (AMC)
- Pôle ophtalmologie – centre de la rétine
- Pôle gériatrie – services Le Busca

2.1. Méthodologie

La méthode imaginée par le service de santé de travail du CHU de Toulouse est une méthode de prévention active, alliant démarche pluridisciplinaire et recherche de solutions simultanément par les personnels du collectif de travail eux-mêmes et par les observateurs extérieurs.

Après le choix de 3 unités de travail, un groupe de pilotage a été constitué pour le suivi de la démarche formé de : directeur des ressources humaines, de représentants du CHSCT, psychologue du travail, assistantes sociale, médecins du travail. Un ergonome extérieur au CHU a participé à ce projet.

Les étapes de la démarche, présentées de façon synthétique sont : (figure 10)

- Elaboration d’un auto-questionnaire destiné aux agents participants à ce projet représentant un outil pour faire une évaluation des facteurs de RPS perçus par les sujets dans leur service
- Elaboration d’un questionnaire clinique ciblé sur l’état de santé des agents, à la recherche des pathologies ou symptômes en lien avec le travail ; une partie mode de vie a été ajoutée à ce questionnaire à la recherche de comportements addictifs ou anomalies du mode de

vie des agents en lien avec les conditions du travail. Le questionnaire clinique était rempli par un examinateur lors d'un court entretien individuel avec chaque agent

- Analyse par entretiens collectifs par branche professionnelle des facteurs qui favorisent la souffrance au travail et élaboration de pistes d'amélioration ; les entretiens collectifs ont été conduits par le médecin du travail ou le psychologue ou le binôme médecin-psychologue
- Analyse du travail réel par des ergonomes et/ou psychologues du travail avec propositions complémentaires ou correctives (par entretiens et observation sur le terrain)
- Réunions pluridisciplinaires de synthèse avec mise en commun des analyses et propositions d'actions d'amélioration
- Mises en place d'actions d'amélioration
- Evaluation des actions à distance, par comparaison des indicateurs objectifs, du vécu au travail et de l'état de santé (en utilisant la même auto questionnaire utilisé en première partie de l'étude et le même questionnaire clinique lors des nouveaux entretiens individuels).

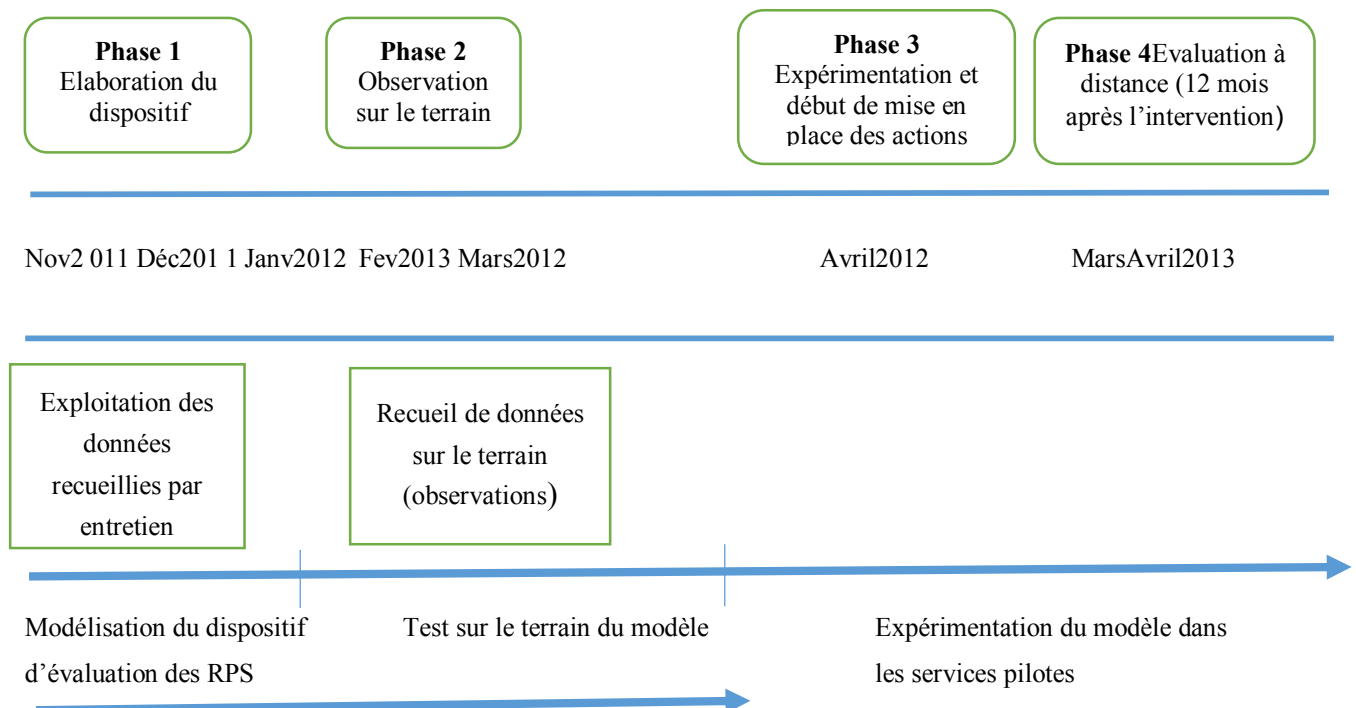


Figure 10 : Cadre d'intervention et calendrier de la démarche de prévention des RPS

2.2. Élaboration des questionnaires

Comme souligné par Méreau en 2009¹⁰⁶ les questionnaires utilisés pour mesurer les risques psychosociaux doivent être réservés à des étapes très spécifiques d'une démarche de prévention des RPS et leur choix parmi les échelles déjà disponibles doit reposer sur des critères précis.

Nasse & Legeron ² suggèrent qu'une première mesure des RPS subis par un individu consiste à appréhender les conséquences négatives qu'ils provoquent sur sa santé physique (problèmes cardiaques, troubles du sommeil ...) ou sur sa santé psychique.

L'étude pilote a souhaité s'inscrire dans cette démarche en procédant à l'évaluation ou à la mesure :

- des facteurs psychosociaux chez le personnel soignant hospitalier via le modèle déséquilibre effort/récompenses de Siegrist (auto-évaluation)
- d'indicateurs de santé physique, psychique et de variables comportementales via un questionnaire clinique d'hétéro-évaluation
- des paramètres révélateurs de l'état psychologique et de la santé psychique : mesures de burnout, d'anxiété, de dépression, de satisfaction de vie professionnelle, satisfaction de vie globale et de présentéisme (auto-évaluation).

Dans le cadre de cette étude deux outils ont été utilisés :

- un questionnaire clinique d'hétéro-évaluation
- un questionnaire d'auto-évaluation rassemblant plusieurs échelles de mesure.

2.2.1. L'évaluation médicale par l'interrogatoire clinique (questionnaire d'hétéro-évaluation)

Outre le recueil de caractéristiques personnelles et de caractéristiques différentielles d'ordre médical, ce questionnaire cherche notamment à évaluer l'occurrence de symptômes déclarés en lien avec le travail et l'occurrence de comportements à risques déclarés en lien avec le travail.

Ce questionnaire comprend: (**Annexe 2**)

- une première partie concerne le recueil de caractéristiques personnelles (5items) : poids, taille, sexe, statut RQTH, poste aménagé
- une deuxième partie concerne le recueil de caractéristiques différentielles d'ordre médical : variation récente de poids, pathologies diagnostiquées et prises en charge, TA moyenne de 3 mesures, HTA connue, traitement de l'HTA, coronaropathie, AVC,

diabète ou pré diabète, dyslipidémie, TMS au cours des 12 derniers mois, type, intensité et fréquence des TMS, infections à répétition >3 avec arrêt de travail.

- une troisième partie s'intéresse à l'évaluation de l'occurrence de symptômes déclarés en lien avec le travail et à l'hygiène de vie

2.2.2. L'évaluation de la santé psychique/ état psychologique via le questionnaire d'auto-évaluation (Annexe 3)

L'hétéro évaluation clinique a été complétée par un outil d'auto-évaluation. Ces deux mesures sont conjointes et obéissent à une même temporalité. L'instauration d'un code d'anonymat a permis la mise en relation de ces deux types de données recueillies. La pertinence d'utilisation d'auto-questionnaires anonymisés a été renforcée dans le rapport Nasse & Légeron². Les auteurs soulignent que ce type d'évaluation permet d'assurer des réponses plus sincères que les questionnaires d'hétéro-évaluation remplis par des tiers (médecin, enquêteurs etc.). Dans le cas d'une auto-évaluation le risque de distorsion est éliminé.

Une autre faiblesse de la méthode d'hétéro-évaluation est la distorsion possible au niveau de l'interprétation des réponses des sujets participants à l'étude car, le plus souvent, ce sont les évaluateurs qui remplissent les questionnaires. Un avantage évident en faveur de l'auto-évaluation est le gain du temps car les évaluateurs dédiés ne doivent pas se déplacer.

Des biais peuvent apparaître aussi pour les questionnaires d'auto-évaluation. Une mauvaise compréhension des questions ou une interprétation inappropriée peuvent produire des réponses inexactes. En utilisant des outils validés éprouvés empiriquement ce biais peut s'estomper de façon significative. Un autre biais possible est celui de la désirabilité sociale. Les individus peuvent être amenés à compléter des réponses socialement désirables par peur de rejet par le collectif. La nécessité de la garantie de l'anonymat semble évidente.

Le questionnaire d'auto-évaluation utilisé dans cette étude pilote regroupe différentes échelles de mesures existantes. Il est composé de 75 items répartis en 6 échelles de mesures distinctes permettant :

- l'évaluation des contraintes psychosociales de l'environnement de travail sur la base du modèle ERI (effort-reward imbalance) de Siegrist
- l'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel par le MBI (Maslach Burnout Inventory)
- l'évaluation de la santé psychique, plus précisément de l'anxiété et de la dépression via l'échelle HADS (Hospital Anxiety et Depression Scale)

- l'évaluation de la satisfaction de vie au travail et globale via les échelles ESDV-5 et ESVP
- l'évaluation du présentéisme via l'échelle SPS-6 (Stanford Presenteeism Scale).

Deux items exploratoires interrogeant sur « la présence au travail alors qu'un arrêt maladie lié à la santé physique ou psychologique aurait pu être délivré » ont été ajoutés pour compléter la mesure du présentéisme. Un item questionnant sur le niveau perçu de bien-être au travail a également été ajouté.

Une dernière partie est destinée au recueil des caractéristiques différentielles des participants : le genre, l'âge, la situation maritale, le fait d'avoir des enfants, la profession, l'ancienneté dans la profession, l'ancienneté dans le service, la charge de travail horaire durant la semaine précédente, le temps de trajet, le temps d'absence du domicile du fait du travail lors d'une journée, durée quotidienne de la journée de travail en nombre d'heures, l'obligation de dormir hors domicile du fait du travail, le travail posté.

a) Questionnaire de Siegrist

En 1996, Siegrist a développé un modèle reposant sur le déséquilibre effort-récompense (effort – reward imbalance = ERI). Dans ce modèle la charge de l'effort que fournit l'individu au travail va être atténuée par le sentiment que cet effort est récompensé. Il ne s'agit seulement d'une récompense matérielle (rémunération salariale), mais aussi d'une récompense sociale dans le sens de la reconnaissance du travail et symbolique signifiant le sens du travail. La récompense fournit un sentiment de bien-être de l'individu au travail et de bonne santé. En revanche, l'absence de ces récompenses ou l'insuffisance de ces récompenses peuvent générer d'émotions négatives et stress¹⁰⁷. Pour Siegrist, trois raisons peuvent expliquer que les salariés acceptent un déséquilibre à leur détriment entre efforts et récompenses : l'absence d'alternative, un comportement d'investissement motivé par l'espoir de gains futurs ou un surinvestissement dans le travail¹⁰⁸.

La validité, notamment prédictive, de deux dimensions d'efforts et de récompenses ainsi que de leur croisement définissant des conditions de travail pathogènes est bien attestée^{2, 8}. Même si le modèle de Siegrist ne peut pas expliquer la totalité de la problématique des risques psychosociaux au travail, plusieurs auteurs considèrent que ce modèle permet de prendre en compte certaines limites du modèle de Karasek, notamment parce qu'il analyse certains facteurs de personnalité et il s'intéresse au contrôle que peut avoir l'individu sur sa carrière et son emploi^{109, 110}.

La version française du questionnaire de Siegrist a été validée par l'équipe INSERM U 88 en 2000¹¹⁰. Ses qualités psychométriques se sont révélées satisfaisantes en termes de cohérence interne, de validité factorielle et de validité discriminante.

Pour cette étude, les modalités de réponses ont été modifiées par rapport au questionnaire initial. Tout en conservant les items originaux le format de l'échelle de réponse a été changé en introduisant une échelle en 7 points. Cette échelle contient aussi les réponses extrêmes « pas du tout d'accord » et « tout à fait d'accord » ce qui manquait dans le questionnaire initial. Une autre modification est intervenue dans le souhait d'éliminer au maximum les possibilités des biais. Dans le questionnaire initial les réponses étaient formulés sous la forme suivante : « d'accord », « pas d'accord et je ne suis pas du tout perturbé », « pas d'accord et je suis un peu perturbé », « pas d'accord et je suis perturbé », « pas d'accord et je suis perturbé ». L'association de ses deux mesures peut, à notre avis, créer des biais en terme de désirabilité sociale ce qui peut engendrer une non réflexion de la réalité. C'est la raison pour laquelle le choix était en faveur d'une échelle de réponses mesurant uniquement le niveau d'accord.

b) Echelle MBI (burnout) – la mesure d'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel est un ensemble de réactions consécutives à des situations de stress professionnel prolongé. Dans la description du stress biologique, Selye¹⁷ mentionnait trois stades : alarme, résistance et épuisement. Le burnout est assimilé au dernier stade du stress. Il peut se manifester par un épuisement physique, mental, émotionnel associé à un désintérêt profond pour le contenu du travail et la dépréciation de ses propres résultats.

Pour Maslach¹¹¹, le burnout est un syndrome caractérisé par un épuisement émotionnel (sensation de surcharge émotionnelle et d'épuisement ressenti lors du travail), une dépersonnalisation (insensibilité aux problèmes d'autrui dans le cadre du travail, comportement rigide, brutal envers autrui dans le cadre du travail) et un faible sentiment d'accomplissement personnel (perte de confiance dans sa compétence et dans la réussite de son travail, culpabilité).

Considérée comme un processus qui se développe dans le temps¹¹¹, le burnout débute avec l'épuisement émotionnel et se poursuit avec la dépersonnalisation et la diminution de la réalisation ou de l'accomplissement personnel.

L'outil permettant de mesurer ces trois traits caractéristiques du burnout, Le Maslach Burnout Inventory (MBI) a été élaboré en 1986. Il comporte 22 items répartis au sein de trois sous échelles mesurant les trois dimensions décrites ci-dessus¹¹².

Le MBI est un outil reconnu et très utilisé dans la littérature internationale^{69, 82, 83, 84, 85}. La traduction en langue française de l'outil original a été validée en 1994¹¹³. Les qualités psychométriques de cette version rejoignent celles de la version américaine originale et se révèlent très satisfaisantes¹¹⁴.

Pour cette étude, le format initial de l'échelle de réponse pour le questionnaire MBI a été conservé.

c) Echelle de satisfaction de vie (ESV)

En 1985 Diener a créé la « Satisfaction with life Scale » (SWLS)¹¹⁵. Il s'agit d'une échelle comprenant 5 items qui amènent le répondant à porter une évaluation globale de sa satisfaction de vie.

En 1989 la version canadienne –française du SWLS¹¹⁶ a été proposée : l'échelle de satisfaction de vie (ESV-5). Plusieurs études ont permis de valider cette version et les caractéristiques psychométriques se sont révélées satisfaisantes.

L'introduction de cette échelle dans l'étude paraîtrait pertinente dans la mesure où nous avons introduit une mesure d'évaluation de l'épuisement professionnel et que ce dernier a un retentissement important sur la qualité de la vie personnelle.

d) Echelle de satisfaction de vie professionnelle (ESVP)

L'échelle validée de satisfaction de vie professionnelle de Fouquereau & Rieu¹¹⁷ comporte 5 items et correspond à l'adaptation au monde professionnel de l'échelle de satisfaction de vie. Son introduction nous a apparue intéressante notamment pour contrebalancer l'introduction de l'échelle ESV-5. Ça peut aussi nous permettre d'observer dans quelle mesure les contraintes psychosociales perçues de l'environnement de travail affectent la détermination du niveau de satisfaction de vie professionnelle et plus loin le niveau de satisfaction de vie globale des sujets.

e) Echelle HADS –Hospital Anxiety and Depression Scale

Cette échelle d'auto-évaluation comporte 14 items et a été développée par des chercheurs de l'université Leeds en Angleterre¹¹⁸. Elle a été initialement conçue pour aider les médecins pratiquants dans des services hospitaliers non psychiatriques à détecter les manifestations les plus communes des troubles névrotiques et à en évaluer la sévérité. La version française a été validée en 1985¹¹⁹, ayant des qualités psychométriques adéquates.

Cette échelle a un format court et complet (14 items) et permet d'évaluer le niveau de la symptomatologie dépressive et anxieuse en éliminant les symptômes somatiques susceptibles d'être présentes chez des sujets ayant des problèmes organiques ou une maladie psychique et susceptibles de fausser les évaluations.

Dans le champ de la médecine du travail, cette échelle devienne de plus en plus utilisée auprès des différentes catégories de métiers, y compris des métiers de soins^{120, 121, 122}, mais aussi bien auprès des étudiants¹²³. En France, l'outil HADS a été utilisé dans l'enquête nationale SUMER.

Pour notre étude, l'échelle HADS a été utilisée dans sa version initiale.

f) Echelle de présentéisme

Le présentéisme désigne le fait de travailler alors que l'on aurait des raisons de santé pour être en arrêt maladie. Il est défini comme « une présence abusive sur le lieu de travail menant à un état pathologique de surmenage »¹²⁴. Pour l'entreprise il est à l'origine d'une perte de productivité.

Le présentéisme est un indicateur d'une mauvaise organisation du travail. D'après des chercheurs suédois¹²⁵, le présentéisme est plus important dans les secteurs de soins, de la santé et de l'éducation, secteurs qui connaissent de fortes compressions de personnel et ou, de ce fait, il est difficile de remplacer un salarié absent.

Une étude épidémiologique de 2005 a permis de montrer que le présentéisme entraîne un accroissement du risque des maladies cardiovasculaires¹²⁶. En ce sens, en ce qui concerne la mesure des risques psychosociaux au travail, le présentéisme doit donc être repéré même si le lien spécifique entre le présentisme et santé n'a pas été démontré.

La mesure du présentéisme peut être objectivée par l'échelle Stanford Presenteeism Scale (SPS) qui évalue l'impact des problèmes de santé sur la performance et la productivité individuelle. Initialement cette échelle comportait 32 items. La réduction des items a mené à une version courte à 6 items, SPS -6, réalisé par Koopman et Al 2002¹²⁷. Les mêmes auteurs évoquent le fait que cette version abrégé possède des excellentes caractéristiques psychométriques.

Etant donné que dans notre étude nous souhaitons mesurer les construits d'anxiété, de dépression et de stress, nous avons choisi d'inclure ces trois aspects dans les items du SPS -6.

2.3. Entretiens collectifs

Les entretiens collectifs ont été réalisés par le médecin du travail ou le médecin du travail en binôme avec le psychologue du travail.

L'idée centrale autour de ces entretiens collectifs était de rassembler le maximum d'agents appartenant à la même catégorie professionnelle (entretiens avec les IDE, les AS, les médecins, les orthoptistes ...) pour leur permettre de s'exprimer librement sur les différentes problématiques rencontrées dans les services d'appartenance et de rechercher des pistes d'actions ensemble.

Pour la réalisation des entretiens collectifs par branche professionnelle nous avons rencontré beaucoup de difficultés. Il s'agissait surtout des problèmes des plannings, d'organisation des services, des disponibilités des agents (travail en horaires postés) mais aussi des problèmes d'effectif trop faible de l'encadrement sur un secteur pour réaliser un groupe.

2.3.1. AMC :

A l'AMC 3 entretiens collectifs ont pu être réalisés. A ces entretiens ont participé des IDE mais aussi des AS. En dehors des entretiens des IDE et AS, nous avons réussi à réaliser 2 entretiens collectifs des médecins (AMC) et 2 entretiens d'encadrement. Ces entretiens ont été riches en échanges et ont permis de compléter l'analyse des difficultés d'organisation dans le service.

La synthèse de tous ces entretiens (y compris ceux des médecins et d'encadrement) a mis en évidence plusieurs catégories de problématiques, potentiellement génératrices des RPS:

Liées au matériel et locaux

- locaux et brancards insuffisants pour l'accueil des patients
- logiciel informatique de gestion des patients et des transports non ergonomique : multiples revalidations
- matériel insuffisant par rapport à l'architecture des locaux, zones fermées à clé peu pratiques
- pente d'accès des chariots repas des patients trop forte entraînant une contrainte physique
- surveillance médicale des patients difficile car locaux exigus et patients dans les couloirs
- position géographique de la salle de bain inadaptée à son utilisation
- manque de tenues de travail

- sacs des vestiaires des patients non classés

Liées à l'organisation du travail

- recrutement des patients trop important
- durée d'obtention des résultats biologiques et des avis spécialisés trop longue
- obtention et lecture des examens radiologiques chronophage
- gestion des patients par les médecins non urgentistes de garde plus longue
- manque d'ambulance en nuit pour le transport des patients
- transition par l'AMC des patients chroniques de certains services
- gestion difficile des patients psychiatriques
- gestion des patients agités trop lourde avec problème éthique de la contention, risque de fuites et de violences
- accueil des patients en fin de vie des maisons de retraite non adapté à l'AMC
- rotation horaire difficile
- pas de transfert possible AMC vers soins externes
- communication insuffisante entre médecins et équipes soignantes
- patients dans les couloirs et salle de bain parfois, gérés par IDE dédiée mais sans AS, peu de confidentialité

2.3.2. Gériatrie Le Busca

En gériatrie plusieurs entretiens collectifs ont été réalisés : avec les IDE, avec les AS et avec le personnel paramédical (kiné, dentiste ...)

Les dysfonctionnements révélés lors de l'entretien des IDE concernaient surtout l'organisation du travail, les interruptions fréquentes et l'adaptation dans les nouveaux locaux :

- réponses aux demandes téléphoniques nombreuses
- dysfonctionnement de certains éléments dans locaux neufs
- appropriation des nouveaux locaux difficile : nombreux déplacements, salle de soins étroite
- nombre des prélèvements prescrits par les médecins élevé
- charge administrative de traçabilité et de commandes sur informatique de plus en plus importante
- fatigue du personnel de nuit passant en jour et du personnel de jour affecté en nuit

Concernant les entretiens des AS les plaintes principales concernent les locaux et l'organisation du travail en général (changements organisationnels après le déménagement) :

- changement de cadre trop fréquent avec souvent des réorganisations qui en découlent
- agressions verbales de famille de patients
- transmissions écrites sur dossiers patients de plus en plus détaillées par crainte de plaintes de familles
- autonomie dans l'organisation des toilettes selon les examens complémentaires respectée par les médecins du service, mais pas toujours par les ambulanciers
- salle de bain du service utilisée comme salle de stockage des matériels car centrale et vaste
- gestion compliquée des éléments de soins depuis réunion des stocks de 2 services et logipharma
- linge attribué pour les patients le vendredi pour le weekend insuffisant
- approvisionnement en lingerie insuffisant depuis déménagement et mise en commun avec un autre service
- collaboration en temps réel difficile entre IDE et AS, car IDE sont trop sollicitées (téléphone, familles...)
- salles de stockage trop petites pour pallier aux difficultés d'approvisionnement de lingerie ou de médicaments

2.3.3. L'ophtalmologie Centre de la rétine

En ophtalmologie, malgré la volonté de l'équipe réalisant l'étude, seule l'évaluation par les ergonomes a pu être réalisée en intégralité. Le taux de participation aux entretiens individuels (passation des questionnaires, entretiens avec le médecin du travail) a été extrêmement faible (6 participants lors de la première phase d'évaluation), et aucun entretien collectif n'a pu être réalisé. Finalement, nous n'avons pas pu mettre en œuvre la démarche participative dans ce secteur et de ce fait nous ne pouvons pas réaliser une évaluation de l'effet de la démarche de prévention sur les différents indicateurs.

2.4. L'analyse ergonomique

L'originalité de la démarche de prévention des risques psychosociaux élaborés par le service de santé au travail du CHU de Toulouse, repose sur son caractère pluridisciplinaire, et

sur la recherche de solutions organisationnelles par les personnels du collectif de travail et des observatoires extérieurs. Dans ce but, un ergonomiste extérieur du CHU a participé à ce projet.

L'action de prévention ergonomique s'est située à deux niveaux : la mobilisation de la ressource, et la diminution de contraintes pour affronter les exigences dans de meilleures conditions.

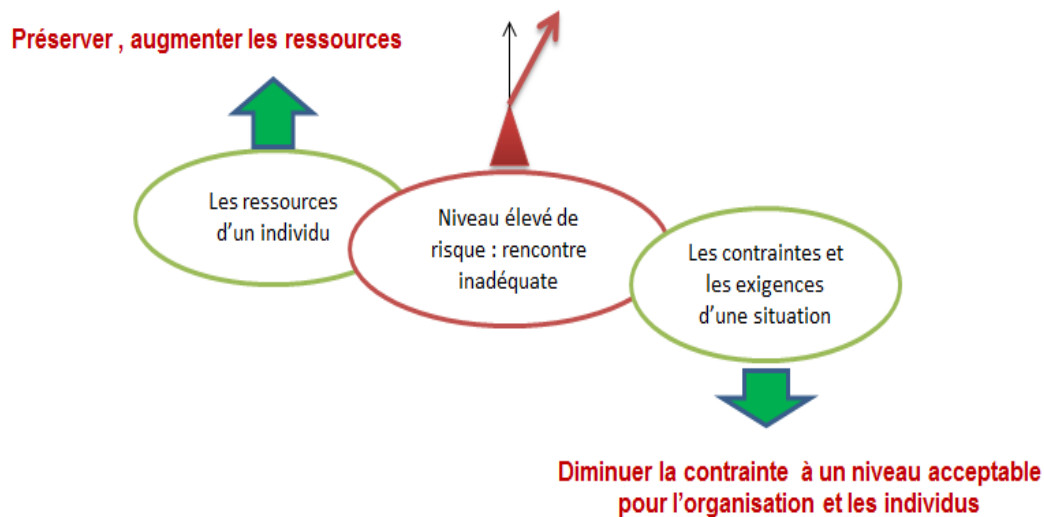


Figure11 : Schématisation de l'approche ergonomique

Afin de déterminer objectivement *l'état des ressources* dont dispose chacun des services choisis pour participer à cette étude (AMC, ophtalmologie, gériatrie), deux paramètres de données ont été définis :

- des données cliniques concernant les arrêts de travail et les plaintes rapportées de la part des agents
- des données issues des Ressources Humaines sur le taux d'absentéisme, de turnover, de retour à l'emploi sur le projet de vie ainsi que le projet professionnel.

Pour le deuxième axe de prévention, *diminuer la contrainte à un niveau acceptable pour l'organisation et les individus*, l'analyse ergonomique a été orientée par *Le modèle général d'analyse du travail*, élaboré par Leplat et Cuny en 1984 (grille en **Annexe 4**). Ce modèle sert essentiellement de support à l'analyse, en suggérant des types des questions à poser, afin de dégager les éléments d'une activité de travail. Les 5 paramètres suivants ont été établis afin de guider le recueil de données à visé ergonomique :

- la latitude décisionnelle, qui renvoie à la marge de décision dans l'activité de travail
- le soutien social, qui se réfère à l'ensemble des différents types d'aide

- le matériel utilisé dans l'activité de travail
- les locaux dans lesquelles l'activité se déroule
- le confort des soignants et des accompagnants.

Afin de déterminer le niveau d'alerte en matière de ressources disponibles et d'exigences liées à l'activité des agents, des entretiens individuels et collectifs ont été menés sur le terrain. Les données déclaratives ont été mises en parallèle avec celles issues des observations sur le terrain pour aboutir au diagnostic et préconisations qui s'en suivent.

A l'issu du recueil des données, le niveau d'alerte a été défini en termes d'estimation du risque, se traduisant par un code de couleurs allant de vert au rouge (de l'estimation du risque le plus faible au plus élevé).

- Le vert signifie que le risque est très faible, voire inexistant
- Le jaune signifie que le risque est relativement faible
- L'orange signifie que le risque est relativement élevé
- Le rouge, qui est le niveau maximal, signifie que le risque est élevé.

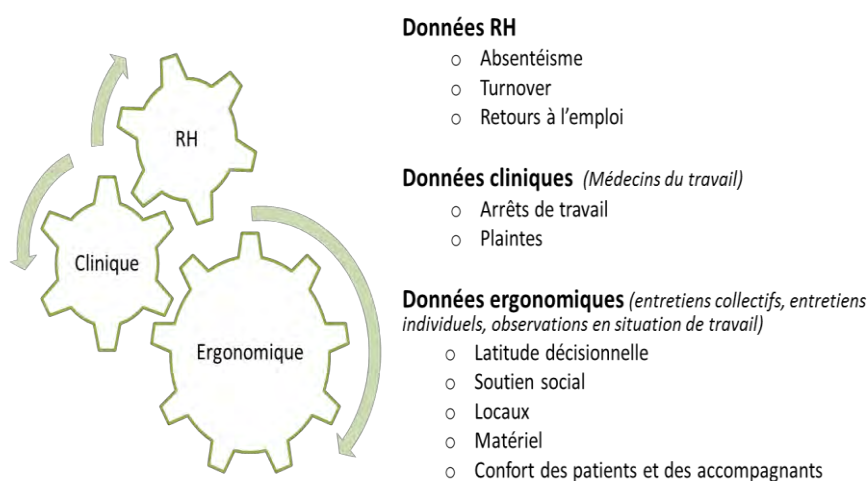


Figure12 : Données utilisées pour la réalisation de l'évaluation ergonomique

2.4.1. Analyse ergonomique de l'AMC (accueil médico chirurgical) (Annexe 5)

L'AMC reçoit des patients orientés par l'accueil général des urgences. Il s'agit des patients sans traumatismes apparents ni saignements et dont le pronostic vital n'est pas immédiatement engagé. La plupart des patients passants dans ce service ont besoin d'un diagnostic à la suite duquel ils seront orientés vers d'autres services ou ils rentreront chez eux.

Lors de l'analyse ergonomique du secteur de l'AMC :

- *les ressources* ont été classées en orange (risque relativement élevé)
- *les exigences perçues* ont été classées en orange (risque relativement élevé)

Conclusions et plan d'action proposé :

A l'époque de l'analyse, l'AMC se retrouvait confrontée à une situation tendue entraînant de fortes exigences du travail. Il s'agit d'une caractéristique « normale » pour un service d'urgence, lorsque cette tension se manifeste ponctuellement. Mais la durée moyenne de séjour importante des patients (10h30) exposait le personnel de manière quasi constante à un niveau d'exigence du travail supérieur à la ressource effective. Cette situation était préjudiciable pour le personnel, à double titre :

- sur un plan quantitatif, la charge de travail était quasiment doublée lors des fortes affluences ;
- sur le plan qualitatif, l'éclatement du binôme IDE/AS lorsque la charge augmentait, ne permettait plus aux soignants de faire face dans de bonnes conditions aux exigences du travail.

La situation très particulière de l'AMC nécessitait d'agir à la fois sur la mobilisation des ressources et sur les exigences du travail, l'objectif étant double :

1. Réduire la durée de séjour des patients.
2. Réduire le turnover des soignants.

Des actions proposées devraient être menées en interne et en externe.

- Les actions externes, étaient concentrées sur la maîtrise du flux d'entrées et l'augmentation de la réactivité des supports techniques et logistiques. Les actions externes relevant de décisions politiques qui s'inscrivent au sein du CHU dans des rapports de forces entre les services que la DG arbitre, les actions internes ont été privilégiées.
- Les actions internes : L'objectif était de se prononcer le plus rapidement possible sur l'état du patient pour déclencher dans les plus brefs délais la conduite à suivre. Le plan d'action présenté ci-après développe les aspects internes.

L'organisation du travail proposée repose sur deux types d'entités :

1. Une entité « *Accueil-Sas* » ayant pour principal objectif de diriger le patient vers la structure la plus adaptée pour le recevoir (services aval ou secteurs de soin AMC). Le SAS devient ainsi la plaque tournante de l'AMC.

2. Trois entités « *Secteur soin AMC* » vers lesquels les patients seront orientés en fonction de leur pathologie et du taux d'occupation des secteurs soin AMC.

Le fonctionnement de l'organisation proposée

Dès son arrivée à l'AMC, le patient doit être pris en charge par un trinôme composé d'un médecin sénior, d'un(e)IDE et d'un(e)AS. Le trinôme recueille les éléments de diagnostic qui permettront de lancer les examens complémentaires et/ou d'anticiper l'orientation du patient vers l'aval. Les soignants mettent en œuvre le protocole d'accueil et sollicitent immédiatement les services médicaux-techniques et logistiques.

Le patient « cadré » est ensuite, soit orienté directement vers l'aval, soit dirigé vers l'un des trois secteurs de soin de l'AMC. L'affectation sur l'un des secteurs se fait en fonction de l'état du patient et de la charge de travail de chacun des secteurs. Le binôme du secteur désigné prend son patient en charge dans le SAS. Une transmission a alors lieu entre les deux équipes de soignants. L'objectif est de réduire au maximum la redondance des prises d'information auprès du patient et de ses accompagnants.

La mise en œuvre de ce dispositif nécessitait des *moyens complémentaires*.

Au niveau des effectifs, le fonctionnement et la fiabilité du dispositif nécessitait la mobilisation permanente d'un trinôme (médecin/IDE/AS) au SAS et de trois binômes (IDE/AS) + un médecin référent sur chacun des secteurs. L'effectif était suffisant au niveau médical et IDE, l'IDE du transit pouvant être affectée au SAS. Par contre, il manquait une AS. Un roulement serait à prévoir pour les binômes IDE/AS pour éviter que les mêmes personnes se retrouvent sur les mêmes postes.

Au niveau des locaux, le secteur SAS comprendrait le SAS et deux box. Ceux-ci seraient utilisés, en particulier, lors des grosses affluences, pour réaliser les examens. La capacité d'accueil des trois secteurs sera ensuite dimensionnée en fonction des pathologies. Au niveau du matériel, le secteur SAS sera équipé d'un ordinateur et d'un lien téléphonique direct avec l'IAO, l'objectif étant de permettre au trinôme de connaître le niveau d'occupation des secteurs afin de répartir la charge de travail.

La meilleure maîtrise des RPS, la réduction de la durée de séjour aux urgences (passer de 10h30 à 5h) ne reposeront pas uniquement sur la qualité du dispositif exposé ci-dessus.

Le personnel de manière assez unanime, avait l'impression que le travail à l'AMC n'est pas reconnu à sa juste valeur. C'est dans cette perspective que la mise en place d'outils permettant de mieux valoriser le travail du service ont fait parties des propositions pour l'avenir du service. L'AMC devrait se doter d'un *tableau de bord* et de *moments formels de régulation* qui auront une double vocation :

- Donner en interne une représentation plus partagée de l'efficacité du fonctionnement en permettant à chacun d'apprécier sa propre contribution
- Communiquer à l'extérieur, en particulier auprès des autres services et de la DG, une image du fonctionnement de l'AMC qui complète les données actuelle sur l'affluence du service.

Le tableau de bord devrait être synthétique et donc simple. Le temps moyen de séjour des patients en constituerait l'élément central. Des informations permettant d'analyser ce temps moyen devraient également y figurer. L'évolution de l'organisation du travail, la mise en œuvre d'un tableau de bord organisationnel sont des propositions qui devraient être travaillées par le service et qui devront faire l'objet d'un calendrier de travail.

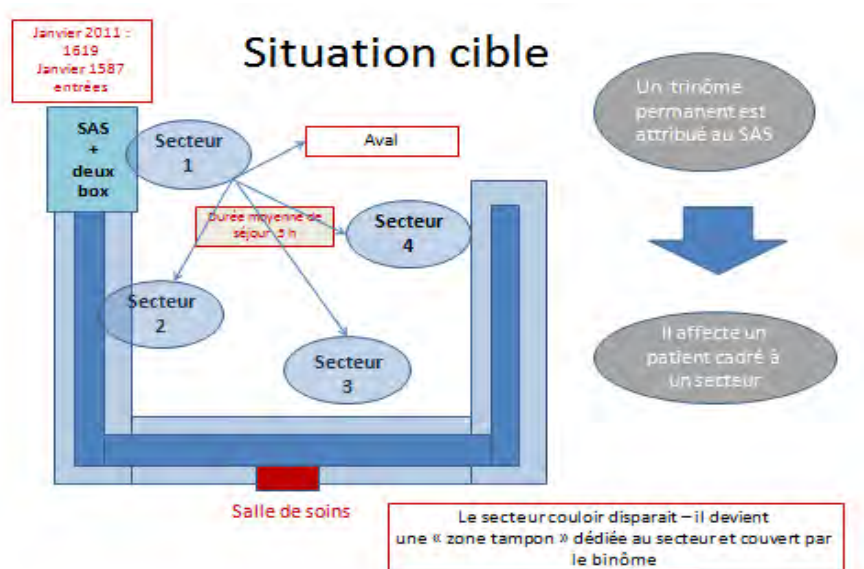


Figure13 : Réorganisation de l'AMC

2.4.2. Analyse ergonomique du service de gériatrie Le Busca (Annexe 6)

Le service du Busca est une unité de moyen séjour du pôle gériatrie (hospitalisation traditionnelle des soins de suite et de réadaptation), localisée dans l'hôpital Garonne, dans des locaux neufs. La durée moyenne de séjour des patients gériatriques est de 23 jours et le taux

d'occupation de 100%. L'objectif du service est d'augmenter la capacité d'autonomie tout au long du séjour.

L'analyse ergonomique du secteur de Busca a révélé :

- *Les ressources* ont été classées en vert (le risque est très faible voire inexistant)
- *Les exigences perçues* ont été classées en jaune (le risque est relativement faible)

Conclusions et plan d'action proposé :

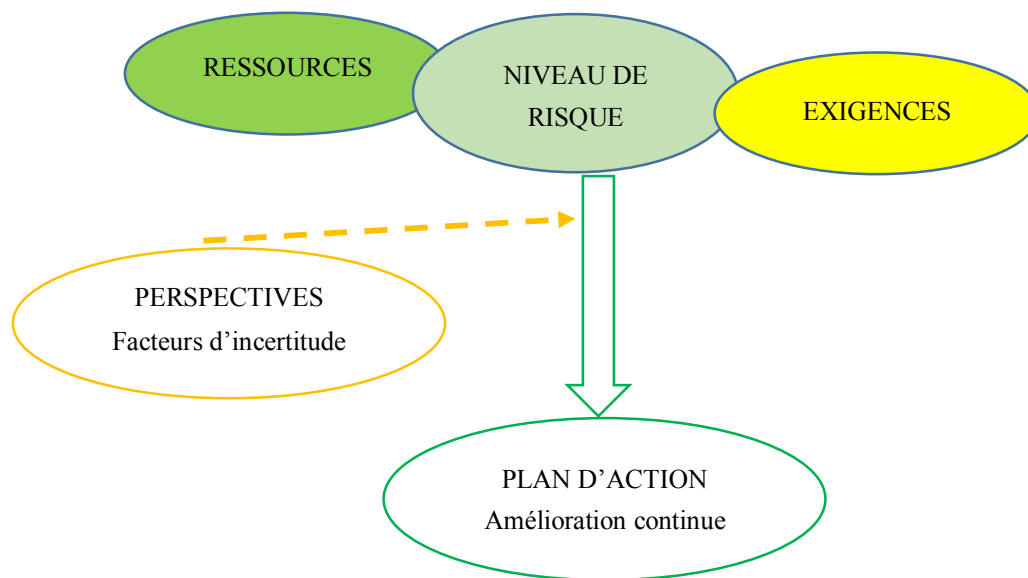


Figure14 : Schématisation de la méthodologie ergonomique

Les actions préconisées pour améliorer l'équilibre global du service s'est sont inscrites de l'ordre d'un plan d'amélioration continue.

Les *actions internes* sous la responsabilité du cadre de santé proposées ont été :

- l'organisation de l'accueil téléphonique : définir un créneau horaire pour les familles, demander un référent par famille pour les appels téléphoniques ou proposer un numéro différent pour les familles des patients
- la réalisation d'un recueil des données: proposition de quantifier le rôle de secrétariat médical joués par les IDE et voir si possibilité de messagerie et quantifier les appels et les qualifier.
- la commande des médicaments après 17 h : il s'agissait surtout d'une difficulté pour l'IDE de nuit de disposer du traitement prescrit pour le patient ; une réunion entre le

cadre de santé et l'équipe médicale permettrait de définir une procédure pour pallier à ces situation ; éventuellement, la dotation en pharmacie pourrait être actualisée.

- en ce qui concerne la disponibilité du matériel de soins, le cadre devrait proposer un « référent matériel » et mettre en place la tenue d'un cahier incident. Ces méthodes pourraient objectiver les manques en matériel.
- une attention particulière devrait être portée dans ce service pour l'intégration et la valorisation du travail des AS ; plusieurs actions pourraient être proposées : améliorer l'intégration des AS sur des « groupes de références » (douleurs, soins palliatifs) en binôme avec les IDE ou améliorer le fonctionnement des réunions ADL (évaluation de la dépendance des patients) correspondant précisément au travail des AS.

Les *actions externes* supposent l'engagement d'autres services :

- amélioration de la signalisation : une signalisation au niveau de l'accueil du bâtiment ainsi que sur le 3^{ème} étage ont été proposés
- améliorer la dispensation des médicaments : la mise en place du logiciel métier pour la commande des médicaments s'est accompagnée d'une modification dans leur conditionnement. Cet outil induit un changement profond du métier d'IDE et était un fortement consommateur de temps
- la localisation du bureau du cadre de santé qui était trop éloigné du service de soins ; proposition qui restait à étudier avec la direction du pôle
- deux chambres avaient une mauvaise isolation thermique ; le recours en garantie serait une action à mener par la direction de pôle
- la salle de soins était excentrée des 2 couloirs de chambres et mal signalée ; des réaménagements des locaux semblaient lourds mais des améliorations pourraient être apportées en interne pour mieux concevoir des rangements mobiles et réduire les distances à parcourir par les soignants.

2.4.3. Analyse ergonomique du service Centre de la rétine pôle ophtalmologie (Annexe 7)

Le service ophtalmologie/centre de la rétine se structure autour d'un secteur de consultation et d'un secteur d'hospitalisation. Le taux d'occupation du service d'hospitalisation est généralement de 3 ou 4 patients/j (capacité 12 lits). L'équipe médicale intervient sur les deux secteurs mais une équipe paramédicale est dédiée à chaque secteur.

Lors de l'analyse ergonomique du centre de la rétine :

- *Les ressources* ont été classées en vert (le risque est très faible voire inexistant)
- *Les exigences perçues* ont été classées en jaune (le risque est relativement faible)

Conclusions et plan d'action proposé :

Du point de vue des risques psycho-sociaux, le diagnostic n'a pas relevé des situations alarmantes. Le passage vers plus de formalisme dans les coordinations a été la proposition centrale du plan d'action. Le plan d'action proposé au Centre de la rétine représentait un axe de réflexion suggéré à la direction du pôle. Cette nouvelle organisation nécessiterait le passage par plusieurs points :

- la mise au point d'un projet organisationnel d'amélioration continue, distinct du projet médical ayant comme thème « le bien être du patient ». Ce projet aurait un impact positif sur le patient lui-même, sur l'agent en facilitant la prise en charge du patient et en limitant l'apparition des situations des tensions avec les patients et entre catégories professionnelles, et sur le service en contribuant à son image
- la mise en place de 2 indicateurs : un de satisfaction (mesuré à travers des enquêtes) et un d'efficacité (mesuré par l'évaluation de l'écart entre un temps d'attente considéré comme normal et le niveau d'attente effectif)
- la mise en place d'une procédure d'analyse des résultats : l'élaboration d'un tableau de bord commun à toutes les catégories professionnelles du service, un tableau de bord par catégorie professionnelle permettant à chaque agent de voir sa contribution
- la mise en place d'une instance des discussions de résultats et de mise au point du plan d'action d'amélioration
- restitution des travaux au groupe inter catégoriel à la réunion de service (périodicité à établir, diffusion des résultats).

2.5. Restitution pluridisciplinaire et plan d'action

Les restitutions des entretiens collectifs et des analyses ergonomiques ont été réalisées dans chaque secteur auprès des cadres de santé d'abord, ensuite aux équipes et à la direction de pôle. Le but principal de ces restitutions a été de partager et hiérarchiser les actions d'amélioration à mettre en œuvre. Ensuite les plans d'actions retenus ont été présentés en CHSCT.

Chaque service s'est chargé dans l'essai de mettre en place le maximum des recommandations issues des différentes analyses. L'évaluation de l'efficacité des mesures

prises a été réalisée environ 12 mois après la restitution des analyses aux équipes et aux cadres. Pour cette évaluation à distance nous avons utilisé le même auto questionnaire et le même questionnaire clinique remplis sur le même principe qu'en première partie de l'étude, lors des courts entretiens individuels. Cette méthode nous a paru la plus appropriée pour pouvoir réaliser une comparaison fiable et sans trop d'erreurs d'interprétation, avant-après plan d'action. Pour les raisons déjà expliqués antérieurement, l'analyse du centre de rétine (ophtalmologie) n'a pas été incluse dans cette étude.

IV. Résultats : L'évaluation « avant » et « après » l'engagement d'actions au niveau de l'organisation du travail (données appariées T1-T2)

S'emparer à la question de la souffrance au travail et procéder à une évaluation de l'environnement psychosocial de travail du personnel hospitalier apparaît aujourd'hui comme un axe prioritaire. Notre démarche reste un préalable incontournable pour l'engagement de dispositifs correctifs visant à améliorer le vécu travail de ces personnels, prévenir tout phénomène d'usure professionnelle, préserver leur intégrité physique et psychique et assurer le maintien de la qualité de soins dispensés.

1. Court rappel de la méthodologie

Cette étude a d'abord souhaité procéder à une évaluation de l'environnement psychosocial de travail, du niveau de santé et de bien-être au travail des agents exerçant au niveau de 3 secteurs hospitaliers du CHU de Toulouse, dont 2 apparaissaient d'emblée, particulièrement exposés à des facteurs de stress professionnel : les Urgences (accueil Médico Chirurgical, AMC), la gériatrie (soins de suite et de réadaptation Le Busca) et l'ophtalmologie (centre de la rétine).

Après cette première phase d'évaluation, des mesures préventives et correctives sur le plan organisationnel ont été engagées, au niveau des secteurs concernés, dans le but d'améliorer le vécu au travail des agents.

Quelques mois après l'engagement de ces mesures les agents sollicités lors de la première phase d'évaluation, ont été rappelés pour participer à une deuxième phase d'évaluation incluant les mêmes termes et modalités que la première évaluation (auto-questionnaire et questionnaire clinique rempli lors d'un court entretien avec un médecin du travail).

1.1. Objectif

L'objectif de cette étude est d'observer si les actions correctives et/ou préventives mises en place dans l'intervalle améliorent le vécu au travail des agents et permettent d'observer une amélioration au niveau de certains indicateurs de santé et de bien-être. Cette évaluation repose sur la condition d'appariement qui autorise de procéder à des comparaisons ; les répondants du T1 seront les mêmes répondants au T2.

Un deuxième objectif de cette étude est de trouver une méthode de prévention des risques psychosociaux adaptée au milieu hospitalier, qui pourrait être utilisée ensuite dans différents services hospitaliers. Alors cette étude peut être considérée comme un préambule de la mise en place d'une démarche de prévention des risques psychosociaux au sein du CHU de Toulouse.

1.2. Déroulement des passations

Après la présentation du projet à chaque cadre des services visés pour cette étude, les évaluateurs (les médecins du travail) se sont déplacés dans les services pour passer les questionnaires d'auto-évaluation et réaliser les entretiens durant lesquelles la mesure d'hétéro-évaluation a été effectuée.

Le temps de passation du questionnaire d'auto-évaluation a été en moyenne de 15 minutes et chaque agent l'a renseigné avant l'entretien avec le médecin. Par la suite, le médecin du travail a récupéré le questionnaire complété par l'agent et a procédé, subséquent, à l'évaluation clinique de son état de santé à travers le questionnaire d'hétéro-évaluation.

Un numéro d'anonymat (ou code anonymisé) dédié pour chaque répondant a été respectivement affecté et apposé sur chaque questionnaire d'auto-évaluation et sur chaque questionnaire d'hétéro-évaluation par le médecin du travail pour, d'une part, permettre l'appariement des deux questionnaires d'auto et d'hétéro-évaluation pour chaque temps d'évaluation respectif et d'autre part, rendre possible les appariements intervenus subséquent entre les deux temps respectifs de l'évaluation (T1 et T2).

1.3. Consentement, anonymat et secret médical

En ce qui concerne l'auto-évaluation, en préambule du questionnaire à renseigner, il a été fait mention que les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret médical. L'aspect confidentiel des données a été assuré. Sur chaque page du questionnaire, figurait au niveau de l'en-tête, le texte suivant « *Vos réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret médical et sont anonymes. Vous êtes libre de répondre ou non à ce questionnaire. Il n'y a ni mauvaises ni bonnes réponses, c'est votre sincérité qui compte avant tout. Pour les besoins de l'étude, nous vous demandons, s'il vous plaît, de répondre à toutes les questions et de compléter ce questionnaire seul. Merci pour votre participation* ».

Le consentement, bien que non signé, a été implicitement accordé dans la mesure où le personnel sollicité a été libre de renseigner ou pas le questionnaire et, le cas échéant, de le restituer ou pas au médecin du travail.

En ce qui concerne l'hétéro-évaluation, étant donné que les évaluateurs ont été des médecins du travail soumis au secret médical, la confidentialité des données a été assurée.

En ce qui concerne le questionnaire destiné à l'auto-évaluation, il a été rappelé à chaque participant que pour l'ensemble des items, il n'y avait pas de bonne ni de mauvaise réponse. Pour chaque échelle distincte composant le questionnaire d'auto-évaluation, une consigne a été matérialisée. (cf. Annexe 2 → Questionnaire d'auto-évaluation).

1.4. Difficultés de recrutement rencontrées et difficultés de suivi semi-longitudinal conditionnant l'appariement T1→T2

Même si initialement les deux temps d'évaluation devaient concerner trois secteurs d'exercice, des difficultés ont été rencontrées pour recruter des agents exerçant en ophtalmologie. Etant donné le faible effectif de participants observé en T1, en T2 les soignants de ce secteur n'ont pas été convoqués et donc, aucun appariement n'a pas pu être opéré. Finalement, les données d'évaluation de ce travail ne concernent que les effectifs appartenant aux secteurs « urgences » et « gériatrie ».

Lors du premier temps d'évaluation (T1), intervenu au cours de l'année 2011, avant la mise en place de mesures préventives et correctives, 70 agents sollicités (N=26 pour le secteur des « Urgences ; N= 44 pour le secteur « Gériatrie ») ont accepté de participer à cette étude et ont fait l'objet d'une évaluation. Lors du deuxième temps d'évaluation (T2), intervenu au cours de l'année 2013 c'est-à-dire après la mise en place de mesures préventives et correctives, 58 agents sollicités (N=36 pour le secteur des « Urgences ; N=22 pour le secteur « Gériatrie ») ont accepté de participer à cette étude.

Cependant, une limitation majeure s'est présentée : la majeure partie des agents qui ont fait l'objet d'une évaluation au Temps 2 n'ont pas fait l'objet d'une évaluation au Temps 1.

Les divers mouvements de personnels, caractéristique propre à l'environnement professionnel dans lequel s'insère ce travail à savoir le CHU, expliquent pour une large part cette perte d'effectif entre le T1 et le T2. Certains agents recrutés au T1 ne se trouvaient plus

sur le secteur d'étude concerné au T2, ont fait l'objet d'une mutation ou sont purement et simplement partis du CHU.

De telles difficultés sont très souvent rencontrées lors d'études semi-longitudinales ou longitudinales. En effet, dans la mesure où elles couvrent une période de temps donnée, elles imposent de suivre, et surtout de ne pas perdre de vue au cours du temps, une population donnée. Cette exigence définissant le suivi d'une cohorte reste compliquée à satisfaire en pratique, ce qui explique que de tels suivis se soldent très souvent par des pertes d'effectifs considérables eu égard à l'échantillon de départ.

1.5. Effectifs répondant à la condition d'appariement (retenus pour comparaisons temporelles)

Les traitements qui vont suivre dans ce document vont finalement concerner un effectif de 18 agents (N=18) pour lesquels un appariement a été possible entre la première phase de recueil (T1→ courant 2011) intervenant avant la mise en place de mesures préventives et correctives modifiant l'organisation du travail et la deuxième phase de recueil (T2→ courant 2013) intervenant quelque temps après la mise en place de ces dernières.

Comme mentionné précédemment, cet appariement reste la condition sine qua non permettant de procéder à des comparaisons entre un « avant » et un « après » et de pouvoir mettre à jour d'éventuels effets des dispositions engagés.

2. Résultats

2.1. Répartition des agents par caractéristiques différentielles personnelles et médicales sur les deux temps d'évaluation (T1 et T2). (Annexe 8 – tableau 3)

Au niveau des caractéristiques différentielles d'ordre médical, il apparaît par exemple que le pourcentage d'agents rapportant des TMS a légèrement diminué lors de la 2^{ème} phase d'évaluation (T2) par rapport à la 1^{ère} phase d'évaluation (T1) à raison de 55.56 % contre 66.67%.

Une légère diminution des troubles du sommeil est également observable dans la même proportion. Toutefois, il s'avère que parmi les agents rapportant toujours de tels troubles lors du 2^{ème} temps d'évaluation (T2), la quasi-majorité d'entre eux considèrent qu'ils sont en relation

avec le travail alors qu'ils étaient beaucoup moins nombreux en T1 (90 % des agents concernés par des troubles du sommeil les relient au travail en T2 contre 58.33% des agents en T1).

2.2. Le modèle « déséquilibre effort-récompenses » de Siegrist

2.2.1. La modélisation de Siegrist et modalités de calculs

Le modèle de Siegrist énonce l'hypothèse que les conditions de travail pathogènes susceptibles de provoquer des réactions néfastes sur le plan émotionnel et physiologique sont celles qui associent des efforts extrinsèques élevés à des récompenses faible¹⁰⁷.

Le questionnaire de Siegrist permet précisément le calcul d'un ratio (**Annexe 9**) entre le score des efforts extrinsèques et le score des récompenses lequel permet de caractériser la situation de travail en termes de :

- condition favorable entre efforts consentis et récompenses perçus (présence d'un équilibre entre efforts consentis et récompenses perçus)
- présence d'un déséquilibre entre effort consentis et récompenses perçus (désignant la combinaison « efforts élevés/ récompenses faibles »).

Si l'exposition à un déséquilibre entre « efforts extrinsèques » et « récompenses » apparaît comme un facteur de risque potentiel pour la santé, un niveau élevé de surinvestissement au travail (annexe 9) ou sur engagement l'est aussi. Selon Siegrist, l'impact entre « les efforts extrinsèques » et les « récompenses » sur la santé peut être variable selon les caractéristiques personnelles des individus et il semblerait précisément que les personnes « surinvesties » ou « sur-engagées » dans leur travail soient plus exposées que celles qui le sont moins.

2.2.2. Moyennes et écart-types de 23 items du questionnaire de Siegrist, ordonnés par dimensions, renseignés par les agents pour les deux temps d'évaluation (T1-T2)

Le tableau 4 (**Annexe 10**) consigne les valeurs moyennes et écarts-types des items du questionnaire de Siegrist observés pour chaque temps d'évaluation (T1-T2) au niveau de chaque composante qu'il permet d'appréhender. Il permet d'identifier pour chaque terme temporel (T1et T2), les items témoignant respectivement des scores moyens d'accord et des écarts-types les plus élevés et les plus faibles eu égard à chaque dimension psychosociale du travail conceptualisée par Siegrist.

Au niveau de la dimension « *Surinvestissement* », nous pouvons par exemple relever que les scores moyens d'accord les plus élevés et les plus faibles s'observent respectivement sur les mêmes assertions pour les deux temps d'évaluation. En l'occurrence, l'item qui reçoit le score moyen d'accord le plus élevé pour cette dimension est : « *Au travail, il m'arrive fréquemment d'être pressé(e) par le temps* » (MT1=4,19 ; MT2=3,89).

2.2.3. Scores moyens dimensionnels et sous-dimensionnels observés pour les agents sur les deux temps d'évaluation

Après l'observation des valeurs moyennes et écarts-types, nous avons calculé les scores moyens pour chaque dimension et sous-dimension et pour chaque temps d'évaluation (T1-T2) en appliquant les formules établies (**Annexe 11**).

Le tableau 5 permet la visualisation des scores moyens dimensionnels et sous-dimensionnels du modèle de Siegrist observés pour l'ensemble des agents sur les deux temps d'évaluation (N=18). Malgré les limitations relatives à la taille de notre échantillon apparié, nous avons quand même tenté, dans le cadre de cette évaluation, d'observer si l'ensemble de ces scores dimensionnels différaient significativement ou pas entre le T1 (intervenant avant la mise en place de mesures correctives et préventives) et le T2 (intervenant après la mise en place de telles mesures).

Pour répondre à cette interrogation, des **Tests T de Student pour échantillons appariés** (*matérialisés par le niveau p dans le tableau 5*) ont respectivement été réalisés. Ces derniers permettent de comparer deux séries de mesure répétées c'est-à-dire issues d'une même population. Les conditions de normalité des distributions ont, au préalable, été respectivement vérifiées via le test W de Shapiro-Wilk et l'homogénéité des variances via le test de Brown-Forsythe..

Tableau 5: Moyennes, écarts-Types des dimensions et sous-dimensions du questionnaire de Siegrist observés sur les deux temps d'évaluation (N=18) et résultats des tests T de Student pour échantillons appariés

Dimensions / sous dimensions du questionnaire de Siegrist	N	Nombre items / (Scores possibles Min-Max*)	T1 (Avant mesures préventives et correctives)		T2 (Après mesures préventives et correctives)		Niveau p ^{††} T1 vs T2
			Moyenne [†]	Ecart-Type [†]	Moyenne [†]	Ecart-Type Moyenne [†]	
Efforts Extrinsèques (EE)	18	6 (6-30)	20,85	2,30	20,26	3,09	NS
Récompenses (R)	18	11 (11-55)	38,78	5,01	37,27	4,60	NS
<i>Estime (R-E)</i>	18	5 (5-25)	18,37	3,40	17,93	2,37	NS
<i>Contrôle du statut (R-CS)</i>	18	5 (5-25)	18,34	2,76	17,56	2,83	NS
<i>Gratifications monétaires (R-GM)</i>	18	1 (1-5)	2,07	1,17	1,78	0,83	NS
Surinvestissement (S)	18	6 (6-30)	17,11	5,06	16,96	5,27	NS

[†] après transformation des scores sur 5 points

^{††} NS : Non significatif ; * : $p < .05$; ** : $p < .01$; *** : $p < .00$ (Test T de Student apparié)

Le tableau 5 nous permet notamment d'observer que :

- les scores moyens d' « Efforts extrinsèques » observés en T1 (M=20,85, ET=2,30) et en T2 (M=20,26 ; ET= 3,09) ne diffèrent pas de façon significative [t(17)=-0,75 ; $p=.47$].
- les scores moyens de « Récompenses » observés en T1 (M=38,78, ET=5,01) et en T2 (M=37,27 ; ET= 4,60) ne diffèrent pas de façon significative [t(17)=-1,06 ; $p=.30$].
- les scores moyens de la sous-dimension « estime » observés en T1 (M=18,37, ET= 3,40) et en T2 (M=17,93 ; ET= 2,37) ne diffèrent pas de façon significative [t(17)=-0,59 ; $p=.56$].
- les scores moyens de la sous-dimension « contrôle du statut » observés en T1 (M=18,34, ET= 2,76) et en T2 (M=17,56 ; ET= 2,83) ne diffèrent pas de façon significative [t(17)=-0,93 ; $p=.37$].
- les scores moyens de la sous-dimension « gratifications monétaires » observés en T1 (M=2,07, ET= 1,17) et en T2 (M=1,78 ; ET= 0,83) ne diffèrent pas de façon significative [t(17)=-1,57 ; $p=.13$].

- les scores moyens de « *Surinvestissement* » observés en T1 (M=17,11, ET=5,06) et en T2 (M=16,96 ; ET= 5,27) ne diffèrent pas de façon significative [$t(17)=-0,18$; $p=.86$].

Les figures 15 à 17 (**Annexe 12**) permettent une meilleure visualisation des niveaux de scores observés pour chacune des trois dimensions du modèle de Siegrist en T1 et en T2 c'est-à-dire *avant* et *après* la mise en place de mesures correctives et préventives.

En ce qui concerne les *contraintes perçues d'origine professionnelle* (contraintes de temps, interruptions dans le travail, responsabilités, heures supplémentaires, efforts physiques et exigence du travail), il apparaît, de manière générale, que *les agents tendent plutôt à rapporter l'existence de telles contraintes* lors des deux temps d'évaluation car les scores moyens d'accord observés pour la dimension « *efforts extrinsèques* » en T1 et T2 sont supérieurs au score moyen de « 18 » qui équivaut à un positionnement global neutre « ni en désaccord, ni en accord » (cf. fig. 15, **Annexe 12**).

En ce qui concerne les *récompenses sociales, symboliques et matérielles* susceptibles de s'exprimer dans un environnement de travail (estime des supérieurs, des collègues, contrôle sur son propre statut professionnel, gratifications monétaires), *les agents perçoivent, de manière générale, qu'ils en bénéficient* lors des deux temps d'évaluation car les scores moyens d'accord observés pour la dimension « *récompenses* » en T1 et en T2 sont supérieurs au score moyen de « 33 » qui équivaut à un positionnement global neutre « ni en désaccord, ni en accord » (cf. fig.16, **Annexe 12**).

Enfin, pour ce qui relève du *surinvestissement au travail* traduisant une incapacité à s'éloigner du travail et une difficulté à se détendre après le travail, il apparaît, de manière générale, que *les agents ne rapportent pas un tel engagement excessif dans le travail* lors des deux temps d'évaluation car les scores moyens d'accord observés en T1 et en T2 sont légèrement inférieurs au score moyen de « 18 » qui équivaut à un positionnement global neutre « ni en désaccord, ni en accord » (cf. fig.17, **Annexe 12**).

2.2.4. Relations entre les composantes psychosociales du modèle de Siegrist et certaines caractéristiques sociodémographiques et de santé

a) Relations observées lors du T1

Concernant les relations entre les caractéristiques différentielles sociodémographiques et les dimensions/sous-dimensions psychosociales du Siegrist (cf. tableau 6- *partie grisée*), seule *l'ancienneté dans la profession* apparaît significativement liée aux *gratifications monétaires* ($r = .50, p < .05$) : plus les agents se révèlent satisfaits de leur salaire, plus ils témoignent d'une ancienneté dans leur profession.

Concernant les relations entre les caractéristiques différentielles médicales (ou indices de santé physique) et les dimensions/sous-dimensions psychosociales du Siegrist (cf. tableau 6- *partie grisée*), aucune corrélation n'apparaît significative au seuil alpha $p < .05$.

Le tableau 6 nous permet également d'observer les divers liens se matérialisant entre les différentes caractéristiques différentielles et/ou entre les différentes variables de santé.

Ainsi, *l'ancienneté dans la profession* apparaît positivement corrélée à *l'âge* ($r = .89, p < .05$) : plus les agents témoignent d'une ancienneté dans la profession, plus ils sont avancés en âge.

Au niveau des variables de santé, nous pouvons observer que la *présence de migraines ou céphalées* chez les agents apparaît positivement associée à *l'existence de TMS* ($r = .64, p < .05$) et que la *présence de troubles du sommeil* se révèle significativement liée à *l'avancement en âge* ($r = .50, p < .05$), à la *présence de TMS* ($r = .75, p < .05$) et à la *présence de migraines ou céphalées* ($r = .64, p < .05$).

Le tableau 6 nous permet enfin d'observer les liens s'exprimant entre les différentes composantes du Siegrist. Quatre corrélations se révèlent significatives au seuil alpha $p < .05$. Comme attendu, *l'estime*, *le contrôle du statut professionnel* et les *gratifications monétaires* sont, de façon respective, positivement corrélés à la dimension « *Récompenses* » ($r = .75, p < .05$; $r = .69, p < .05$; $r = .48, p < .05$). Enfin, les *gratifications monétaires* se révèlent négativement associées aux *efforts extrinsèques* ($r = -.51, p < .05$) : plus les agents se déclarent satisfaits de leur salaire, moins ils rapportent l'existence de contraintes d'ordre professionnel (*contraintes de temps, interruptions, responsabilités, contrainte d'heures supplémentaires, exigence croissante du travail*).

Tableau 6 : Corrélations (Pearson r) entre les composantes du Siegrist et certaines variables sociodémographiques et de santé physique lors du Temps 1 (N=18)

Corrélations entre les variables psychosociales du travail et les variables sociodémographiques et de santé physique observées au T1 (N=18)											
Variables	1	2	2a	2b	2c	3	4	5	6	7	8
1-Efforts extrinsèques	1										
2-Récompenses	-.38	1									
2a-Estime	-.37	.75	1								
2b-Contrôle du statut professionnel	-.02	.69	.09	1							
2c-Gratifications monétaires	-.51	.48	.09	.33	1						
3-Surinvestissement	.15	.04	.26	-.14	-.25	1					
4-Age	-.11	.02	-.04	-.11	.45	-.14	1				
5-Ancienneté dans la profession	-.23	.04	-.05	-.08	.50	-.14	.89	1			
6-TMS	.17	-.15	-.09	-.12	-.09	-.03	.34	.40	1		
7-Migraines-céphalées	.21	.09	.05	.17	-.18	-.02	.05	.06	.64	1	
8-Troubles du sommeil	.24	-.13	.13	-.32	-.16	.19	.50	.39	.75	.64	1

Note : Corrélations significatives $\geq |.48|$, $p < .05$.

b) Relations observées lors du T2

Concernant les relations entre les caractéristiques différentielles sociodémographiques et les dimensions/sous-dimensions psychosociales du Siegrist (cf. tableau 7 *partie grisée*), aucune corrélation n'apparaît significative au seuil alpha $p < .05$ lors de ce deuxième temps d'évaluation.

Concernant les relations entre les caractéristiques différentielles médicales (ou indices de santé physique) et les dimensions/sous-dimensions psychosociales du Siegrist (cf. tableau 7- *partie grisée*), une corrélation apparaît en revanche significative contrairement au T1 entre les *gratifications monétaires* et la *présence de TMS* ($r = -.52$, $p < .05$) : les agents présentant des TMS tendent à se révéler moins satisfaits de leur salaire.

Tableau 7 : Corrélations (Pearson r) entre les composantes du Siegrist et certaines variables sociodémographiques et de santé physique lors du Temps 2 (N=18)

Corrélations entre les variables psychosociales du travail et les variables sociodémographiques et de santé physique observées au T2 (N=18)											
Variables	1	2	2a	2b	2c	3	4	5	6	7	8
1-Efforts extrinsèques	1										
2 Récompenses	-.56	1									
2a-Estime	-.44	.73	1								
2b-Contrôle du statut professionnel	-.55	.88	.35	1							
2c-Gratifications monétaires	.04	.47	-.02	.48	1						
3-Surinvestissement	.71	-.48	-.15	-.60	-.16	1					
4-Age	.02	-.02	-.04	-.06	.17	-.11	1				
5-Ancienneté dans la profession	.15	-.17	-.03	-.29	.10	-.01	.89	1			
6-TMS	.20	-.24	.20	-.41	-.52	.05	.23	.45	1		
7-Migraines-céphalées	-.03	.37	.32	.25	.30	-.03	.32	.28	-.03	1	
8-Troubles du sommeil	.08	.00	.30	-.17	-.25	.24	.22	.18	.10	.66	1

Note : Corrélations significatives $\geq |.48|$, $p < .05$.

En ce qui concerne les liens se matérialisant entre les différentes caractéristiques différentielles et/ou entre les différentes variables de santé, nous retrouvons d'abord très logiquement la même association entre *l'ancienneté dans la profession* et *l'âge* ($r = .89$, $p < .05$) que lors du T1. En revanche, il apparaît, contrairement au T1, que la *présence de migraines ou céphalées* chez les agents n'est plus significativement associée à *l'existence de TMS* ($r = -.03$, NS). De plus, par rapport au T1, seule l'association entre *troubles du sommeil* et *migraines ou céphalées* se maintient ($r = .66$, $p < .05$) car ces derniers n'apparaissent plus significativement liés à *l'avancement en âge* ($r = .22$, NS) et à la *présence de TMS* ($r = .10$, NS).

Enfin, pour ce qui relève des liens s'exprimant entre les différentes composantes du Siegrist, davantage de corrélations se révèlent significatives au seuil alpha $p < .05$. Comme lors du T1, *l'estime* ($r = .73$, $p < .05$) et *le contrôle du statut professionnel* ($r = .88$, $p < .05$) sont positivement corrélés à la dimension « récompenses ».

Par rapport au T1, il apparaît aussi que la composante « gratifications monétaires » montre une corrélation quasiment de même intensité avec la dimension « récompenses » mais cette fois, juste à la limite de la significativité pour le seuil alpha choisi ($r = .47$, $p = .051 \rightarrow NS$). Par contre, les *gratifications monétaires* ne témoignent plus d'une association significative avec les efforts extrinsèques ($r = .04$, NS).

En revanche, de nouvelles associations se sont révélées significatives lors de ce deuxième temps d'évaluation et s'intègrent parfaitement dans la modélisation de Siegrist, à savoir : les *efforts extrinsèques* apparaissent négativement liés aux *récompenses* ($r = -.56$, $p < .05$), au *contrôle du statut professionnel* ($r = -.55$, $p < .05$) et positivement corrélés au *surinvestissement* ($r = .71$, $p < .05$) ; le *contrôle du statut professionnel* se révèle positivement associé aux *gratifications monétaires* ($r = .48$, $p < .05$) ; et le *surinvestissement au travail*, en dehors de son association avec les efforts, apparaît négativement lié aux *récompenses* ($r = -.48$, $p < .05$) et au *contrôle du statut professionnel* ($r = -.60$, $p < .05$).

2.2.5. Fréquences d'exposition aux facteurs de risques psychosociaux du modèle de Siegrist au T1 et T2 (« déséquilibre efforts-récompenses » et « surinvestissement au travail ») (Annexe 13)

a) Proportion des agents exposés à un déséquilibre « efforts-récompenses » en T1 et en T2

Le tableau 8 et la figure 18 nous indiquent que, **lors du T1, 44.44 % des agents (N=8) se trouvaient en situation de « déséquilibre efforts-récompenses »** laquelle combine donc « efforts élevés » et « faibles récompenses » au travail. **Lors du T2, la proportion d'agents exposés à ce facteur de risque a augmenté pour atteindre 55,56% (N=10)**. Ce résultat pourrait interpeller car il semble ne pas s'inscrire dans la direction attendue mais, en l'état, il n'autorise pas à une quelconque interprétation, non seulement du fait du faible effectif de notre échantillon mais aussi parce qu'il ne peut pas être testée statistiquement.

Tableau 8 : Répartition des agents CHU (N=18) pour le facteur de risque « déséquilibre efforts-récompenses » du modèle de Siegrist (N et % total) lors des deux temps d'évaluation (T1-T2)

Modèle de Siegrist	T2 – Déséquilibre efforts-récompenses		Total T1
<i>T1 – Déséquilibre efforts-récompenses</i>	Non exposés	Exposés	
<i>Non exposés</i>	N=6 33,33 %	N=4 22,22 %	N=10 55,56%
<i>Exposés</i>	N=2 11,11 %	N=6 33,33 %	N=8 44,44 %
Total T2	N=8 44,44 %	N=10 55,56 %	N=18 100 %

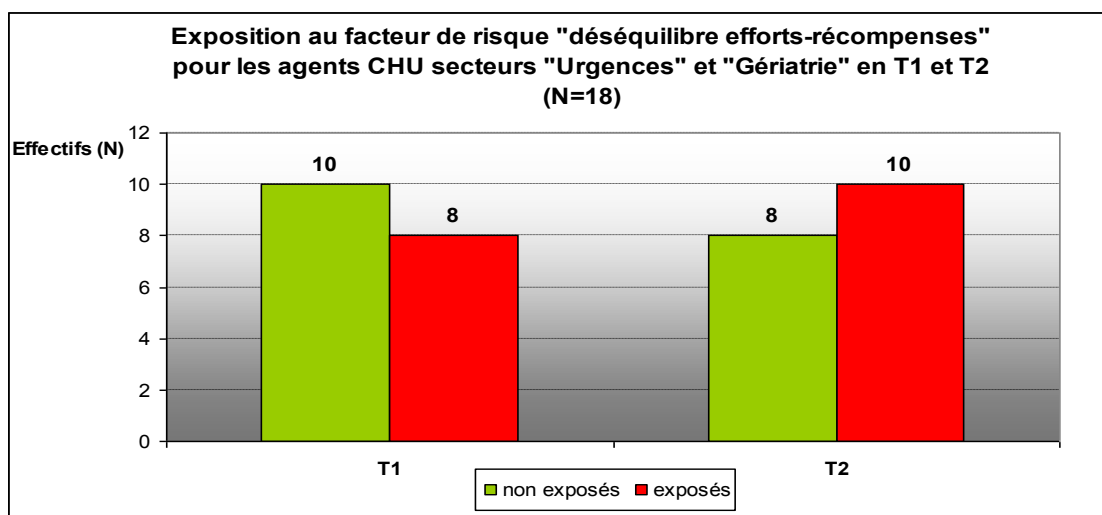


Figure 18: Exposition au facteur de risque du « déséquilibre efforts-récompenses » du modèle de Siegrist observée pour les agents CHU secteurs « Urgences » et « Gériatrie » lors des deux temps d'évaluation (N=18)

Le tableau 8 nous informe enfin que 4 agents (22,22%) qui se trouvaient non exposés à un déséquilibre « efforts-récompenses » au T1 se sont retrouvés exposés au T2 ; que 2 agents (11,11%) qui se trouvaient exposés à ce facteur de risque au T1 ne le sont plus au T2 et que 6 agents (33,33%) qui se trouvaient exposés au T1 le sont restés au T2.

b) Proportion des agents exposés à un « surinvestissement au travail » en T1 et en T2

Le tableau 9 et la figure 19 nous révèlent que la même proportion d'agents témoigne d'un surinvestissement au travail lors du T1 et du T2 soit 38,89 % (N=7) de notre effectif. Les données consignées dans le tableau font également apparaître qu'1 agent (5,56 %) qui ne témoignait pas d'un engagement excessif dans son travail au T1 se retrouve en position de surinvestissement au T2 ; qu'1 agent (5,56 %) qui se révélait surinvesti au T1 ne l'est plus au T2 ; et que 6 agents (33,33%) surinvestis dans leur travail au T1 le sont toujours au T2.

Tableau 9: Répartition des agents CHU (N=18) pour le facteur de risque « surinvestissement au travail » du modèle de Siegrist (N et % total).

Modèle de Siegrist	T2 – Surinvestissement au travail		Total T1
<i>T1 – Surinvestissement au travail</i>	Non exposés	Exposés	
<i>Non exposés</i>	N=10 55,56 %	N=1 5,56 %	N=11 61,11%
<i>Exposés</i>	N=1 5,56 %	N=6 33,33 %	N=7 38,89 %
Total T2	N=11 61,11 %	N=7 38,89 %	N=18 100 %

* Surinvestissement (6-30) → Dichotomisation au *dernier tertile de la distribution* : T1 : non exposition → score < 20 versus exposition → score ≥ 20 ; T2 : non exposition → score < 19,33 versus exposition → score ≥ 19,33

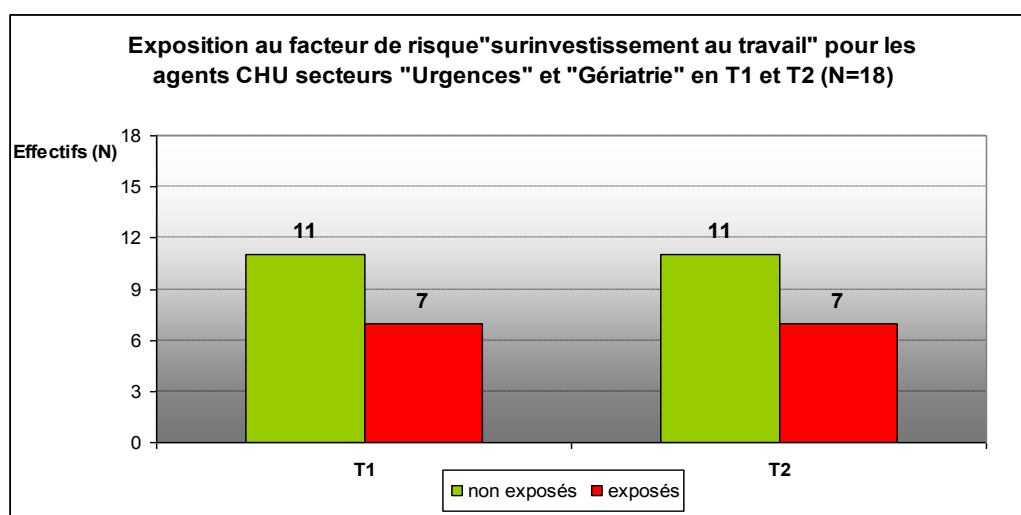


Figure 19: Exposition au facteur de risque du « surinvestissement au travail » du modèle de Siegrist observée pour les agents CHU secteurs « Urgences » et « Gériatrie » lors des deux temps d'évaluation (N=18)

c) Prévalence des expositions pathogènes du modèle de Siegrist par « secteur d'exercice » en T1 et en T2

Le tableau 10 permet de visualiser les prévalences observées pour les expositions pathogènes du modèle de Siegrist (déséquilibre efforts-récompenses et surinvestissement) pour chaque secteur d'exercice représenté dans notre échantillon apparié et pour chaque temps d'évaluation.

Tableau 10 : Prévalence (N, % ligne) des expositions pathogènes du modèle de Siegrist par secteur d'exercice pour les deux temps d'évaluation

MODELE DE SIEGRIST - EXPOSITIONS PATHOGENES					
SECTEUR D'EXERCICE	N	T1		T2	
		Déséquilibre Efforts-Récompenses (ERI)	Surinvestissement / engagement excessif dans le travail (S)	Déséquilibre Efforts-Récompenses (ERI)	Surinvestissement / engagement excessif dans le travail (S)
Urgences	7	4 (57,14%)	3 (42,86%)	5 (71,43%)	4 (57,14%)
Gériatrie	11	4 (36,36%)	4 (36,36%)	5 (45,45%)	3 (27,27%)

L'examen des pourcentages respectifs (cf. Tableau 10) indique notamment que les agents du secteur des « Urgences » sont proportionnellement plus nombreux à être exposés à un déséquilibre « efforts-récompenses » que les agents du secteur « Gériatrie » cela, quel que soit le temps d'évaluation concerné.

Pour les deux secteurs concernés, il apparaît que la part des agents exposés à ce facteur de risque augmente du T1 au T2.

En ce qui concerne le « surinvestissement au travail », l'examen du tableau 10 révèle que les agents du secteur des « Urgences » sont proportionnellement plus nombreux à être surinvestis dans leur travail que les agents du secteur « Gériatrie », cela indifféremment de la période d'évaluation. Si la part des agents du secteur des « Urgences » témoignant d'un engagement excessif dans le travail augmente quelque peu du T1 au T2, nous pouvons noter que celle des agents du secteur « Gériatrie » diminue du T1 au T2.

d) Prévalence des expositions pathogènes du modèle de Siegrist par caractéristiques sociodémographiques et de santé en T1 et en T2

Le tableau 11 (**Annexe 14**) nous permet d'observer les prévalences relatives aux expositions pathogènes du modèle de Siegrist décomposées eu égard à certaines caractéristiques sociodémographiques et de santé.

Ainsi, par exemple, nous pouvons observer, lors du T1, que les agents dont l'âge se situe entre 30 et 39 ans apparaissent proportionnellement plus exposés à un déséquilibre « efforts-récompenses » (à raison de 75 %) et à un « surinvestissement au travail » (à raison de 50%) que leurs collègues des autres classes d'âge. Si lors du T2, la part des agents de cette tranche d'âge exposés à un déséquilibre « efforts-récompenses » diminue quelque peu (60%), l'exposition à un surinvestissement au travail connaît, en revanche, une augmentation (60%).

Concernant les caractéristiques de santé, nous pouvons noter par exemple que lors du T1, les agents présentant des troubles du sommeil apparaissent davantage exposés à un déséquilibre « efforts-récompenses » (à raison de 50%) et à un « surinvestissement au travail » (à raison de 50%) que leurs homologues ne témoignant pas de tels troubles (parmi les agents ne présentant pas de troubles du sommeil : 33,33% d'entre eux exposés à un déséquilibre « efforts-récompenses » et 16,67% à un « surinvestissement au travail »). Cependant, ces écarts de proportions observés tendent à diminuer lors du T2 ; si bien que les prévalences d'exposition entre les agents présentant des troubles du sommeil et ceux n'en présentant pas, se révèlent, dès lors, relativement proches.

Globalement, la tendance générale qui se dégage ne permet pas d'observer une franche diminution des prévalences d'expositions concernant les facteurs de risque du modèle de

Siegrist du T1 au T2. Seul le groupe d'agents ayant entre 6 et 10 ans d'ancienneté voit ses prévalences d'expositions pathogènes diminuer de façon importante du T1 au T2 ; mais, dans la mesure où ce groupe présente des effectifs très modestes (N=3), ces résultats ne sont malheureusement pas représentatifs.

2.2.6. Conclusion – Exploitation du Siegrist

Cet ensemble de résultats issu de l'exploitation du questionnaire de Siegrist ne permet pas de dégager l'existence de différences marquées entre le Temps 1 et le Temps 2 que ce soit au niveau des divers scores dimensionnels observés ou des prévalences d'exposition présentées.

Comme évoqué précédemment, les variations observées, de manière générale, se révèlent trop hétérogènes et peu représentatives eu égard à l'effectif total ou à l'effectif des sous-groupes définis pour comparaisons.

En conséquence, ces résultats doivent s'appréhender davantage comme un « état des lieux préliminaire » et ne doivent aucunement faire l'objet d'interprétations. En l'état actuel, nous ne pouvons pas conclure que l'engagement de dispositifs modifiant l'organisation du travail n'a pas influé positivement sur le vécu psychosocial du travail des agents. L'échantillon apparié restant trop peu représentatif mérite d'être substantiellement élargi et homogénéisé au niveau de certaines caractéristiques différentielles d'intérêt afin de pouvoir pour repreciser cet ensemble de résultats.

2.3. Le MBI : mesure du syndrome d'épuisement professionnel (burnout)

Pour Maslach (1982), le *burnout* est un syndrome caractérisé par un ***épuisement émotionnel*** (sensation de surcharge émotionnelle et d'épuisement ressentis lors du travail), une ***dépersonnalisation*** (insensibilité aux problèmes d'autrui dans le cadre du travail se traduisant parfois par un comportement cynique, rigide, brutal envers autrui) et ***un faible sentiment d'accomplissement personnel*** (perte de confiance dans sa compétence et dans la réussite de son travail colorée par un certain désarroi et une certaine culpabilité). Considéré comme un processus qui se développe dans le temps, le *burnout* débute avec l'épuisement émotionnel et se poursuit avec la dépersonnalisation et la diminution de la réalisation ou de l'accomplissement personnel.

L'outil permettant de mesurer conjointement ces *trois traits caractéristiques* du *burnout*, le Maslach Burnout Inventory (MBI), est une échelle d'auto-évaluation établie par Maslach & Jackson (1986) sur une population de professionnels de santé. Elle comporte 22 items répartis au sein de trois sous-échelles mesurant (annexe 15) respectivement les trois dimensions suivantes :

- l'épuisement émotionnel (9 items)
- la dépersonnalisation (5 items)
- l'accomplissement personnel au travail (8 items)

Selon Maslach les dimensions « EE » et « D » constituent le noyau dur du *Burnout*.

2.3.1. Fréquence des réponses des agents pour chacun de 22 items du MBI en T1 et en T2 (Annexe 16 – tableau 12 et tableau 13)

Le caractère ordinal de l'échelle MBI est lisible au niveau des modalités de réponses proposées dans la mesure où chaque item est coté de la façon suivante : 0 = Jamais, 1= Quelques fois par an, 2= Une fois par mois, 3= Quelques fois par mois, 4= Une fois par semaine, 5=Quelques fois par semaine, 6=Chaque jour. La distance entre ces différentes modalités n'est donc pas équivalente au stricto sensu ; et, en ce sens, le calcul d'une moyenne pour chaque item pris isolément reste assez peu évocateur. Une décomposition en % de fréquences eu égard à chaque modalité de réponse restituera une meilleure visualisation de la répartition des réponses « item par item » des 18 répondants.

2.3.2. Scores moyens d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel observés pour l'ensemble des agents en T1 et en T2

Le tableau 14 ci-après nous offre une vue d'ensemble des scores moyens et écarts-types observés en T1 et T2 sur chaque dimension respective du M.B.I. pour l'ensemble des agents ayant renseigné cette échelle lors des deux temps d'évaluation.

Tableau 14 : Scores moyens et écarts-types des agents ayant renseigné le Maslach Burnout Inventory (MBI) lors des deux temps d'évaluation (T1-T2)

Dimensions du M.B.I.	N Actifs	T1			T2			Niveau $p^{\dagger}$
		Moyenne	[Min-Max Observé]	E.T.	Moyenne	[Min-Max Observé]	E.T.	
EE	18	19,33	8-30	6,57	17,27	5-41	8,43	NS [†] ($p=.24$)
D	18	8,28	0-21	6,20	6,27	0-23	5,59	NS [†] ($p=.12$)
AP	18	38,06	25-48	6,74	39,50	25-48	5,92	NS [†] ($p=.18$)

N.B. : Dimension Epuisement Emotionnel (EE) : ≤ 17 = burnout bas ; $|18-29|$ = burnout modéré ; ≥ 30 = burnout élevé.

Dimension Dépersonnalisation (D) : ≤ 5 = burnout bas ; $|6-11|$ = burnout modéré ; ≥ 12 = burnout élevé.

Dimension Accomplissement Personnel (AP)* : ≥ 40 = burnout bas ; $|34-39|$ = burnout modéré ; ≤ 33 = burnout élevé.

[†]NS : Non significatif ; * : $p < .05$; ** : $p < .01$; *** : $p < .00$ (Test T de Student apparié)

Nous pouvons relever l'existence de variations au niveau des scores dimensionnels du M.B.I. entre le temps d'évaluation n°1 (T1) et le temps d'évaluation n°2 (T2), lesquelles sont plutôt en faveur du T2. En effet, au niveau du T2, les agents, dans leur ensemble, témoignent de scores moyens d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation plus faibles qu'au T1 et d'un score moyen d'accomplissement personnel qui se révèle un peu plus élevé qu'au T1. Des tests T de Student pour échantillons appariés ont été réalisés afin de déterminer si ces scores observés en T2 se révélaient significativement différents des scores observés en T1. Ces derniers nous indiquent que :

- les scores moyens d'« Epuisement émotionnel » observés en T1 (M=19,33, ET=6,57) et en T2 (M=17,27 ; ET= 8,43) ne diffèrent pas de façon significative [$t(17)=-1,22$; $p=.24$].
- les scores moyens de « Dépersonnalisation » observés en T1 (M=8,28, ET=6,20) et en T2 (M=6,27 ; ET= 5,59) ne diffèrent pas de façon significative [$t(17)=-1,65$; $p=.12$].
- les scores moyens d'« Accomplissement personnel » observés en T1 (M=38,06, ET=6,74) et en T2 (M=39,50 ; ET= 5,92) ne diffèrent pas de façon significative [$t(17)=1,39$; $p=.18$].

Cependant, les mêmes réserves que celles émises précédemment s'imposent iciet sont en lien avec la petite taille de l'échantillon apparié qui n'offre pas une puissance statistique suffisante.

2.3.3. Relations entre les dimensions définissant le syndrome d'épuisement professionnel et les composantes psychosociales du travail, les caractéristiques sociodémographiques et de santé

a) Relations observées lors du T1

Concernant les relations entre les dimensions/sous-dimensions psychosociales du Siegrist et les dimensions définissant le syndrome d'épuisement professionnel (cf. tableau 15, **Annexe 17**), **deux corrélations apparaissent significatives** au seuil alpha $p < .05$, à savoir :

- les *gratifications monétaires* apparaissent négativement liées au sentiment de *dépersonnalisation* ($r = -.50, p < .05$) : moins les agents se révèlent satisfaits de leur salaire, plus ils témoignent d'un manque d'empathie, d'attitudes impersonnelles, détachées, négatives ou cyniques dans leur travail.
- le *surinvestissement au travail* apparaît positivement corrélé à l'*accomplissement personnel* ($r = .49, p < .05$) : plus les agents témoignent d'un surinvestissement dans leur activité professionnelle, plus ils s'évaluent positivement dans leur travail, dans leurs compétences et ont le sentiment de pouvoir répondre efficacement aux diverses demandes.

Concernant les relations entre les caractéristiques différentielles sociodémographiques et les dimensions définissant le syndrome d'épuisement professionnel, **deux corrélations se révèlent également significatives** à savoir :

- l'*âge* apparaît négativement corrélé à l'*épuisement émotionnel* ($r = -.57, p < .05$) : plus les agents avancent en âge, moins ils subissent émotionnellement leur travail. Cela signifie que ce sont les agents les plus jeunes qui présentent les scores d'épuisement émotionnel les plus élevés. Rappelons que l'épuisement émotionnel renvoie au sentiment d'être vidé par le travail, à un manque d'énergie et à une certaine démotivation ou perte d'entrain à l'égard du travail.
- l'*âge* apparaît négativement corrélé à la *dépersonnalisation* ($r = -.57, p < .05$) : plus les agents avancent en âge, moins ils font preuve d'un manque d'empathie ou d'attitudes

impersonnelles, détachées, négatives voire cyniques dans leur travail. Ce sont les agents les plus jeunes qui présentent les scores de dépersonnalisation les plus élevés.

Enfin, pour ce qui relève des liens entre les caractéristiques différentielles médicales (ou indices de santé physique) et les dimensions définissant le syndrome d'épuisement professionnel, aucune corrélation n'apparaît significative au seuil alpha $p < .05$.

b) Relations observées lors du T2

Lors du T2, au niveau des relations se matérialisant entre les composantes psychosociales du Siegrist et les dimensions définissant le syndrome d'épuisement professionnel (cf. tableau 16, **Annexe 18**), nous relevons **trois corrélations significatives** au seuil alpha $p < .05$ qui n'émergeaient pas lors du temps 1, à savoir :

- les *efforts extrinsèques* apparaissent positivement liés à *l'épuisement émotionnel* ($r = .51$, $p < .05$) : plus les agents rapportent l'existence de contraintes professionnelles dans leur travail (contraintes de temps, interruptions, responsabilités, charge physique, exigence croissante du travail), plus ils subissent émotionnellement leur travail.
- le *contrôle du statut professionnel* est négativement associé à *l'épuisement émotionnel* ($r = -.55$, $p < .05$) : plus les agents perçoivent une sécurité d'emploi, une adéquation de leur position professionnelle avec leur formation et la possibilité de perspectives de promotion, moins ils subissent émotionnellement leur travail.
- le *surinvestissement au travail* est positivement corrélé à *l'épuisement émotionnel* ($r = .51$, $p < .05$) : plus les agents témoignent d'un engagement excessif dans leur travail et éprouvent des difficultés à se détendre après leur travail, plus ils subissent émotionnellement leur activité professionnelle et ont le sentiment d'être vidé par le travail.

Concernant les relations entre les caractéristiques différentielles sociodémographiques et les dimensions définissant le syndrome d'épuisement professionnel, aucune corrélation n'apparaît significative au seuil alpha $p < .05$ contrairement au Temps 1 où l'âge montrait une corrélation significative avec « l'épuisement émotionnel » et la « dépersonnalisation ». Des relations de même nature s'expriment entre ces composantes mais dans une intensité moindre qui n'apparaît plus, dès lors, significative.

Enfin, au niveau des liens s'exprimant entre les caractéristiques différentielles médicales (ou indices de santé physique) et les dimensions définissant le syndrome d'épuisement professionnel, **une corrélation apparaît significative** au seuil alpha $p < .05$ lors du T2 à savoir :

- les *troubles du sommeil* sont négativement liés à *l'accomplissement personnel* ($r = -.49$, $p < .05$) : les agents présentant des troubles du sommeil ne se réalisent pas dans leur travail et manifestent une propension à s'évaluer négativement et à ne pas reconnaître leurs compétences et leur utilité.

2.3.4. Niveaux d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel observés pour l'ensemble des agents lors de deux temps d'évaluation

En référence aux valeurs-seuils propres à chaque dimension du M.B.I., le tableau 17 ci-après nous permet d'observer la distribution des niveaux de scores pour l'ensemble des agents lors des deux temps d'évaluation. Nous pouvons relever que seulement 1 agent (5.56% de l'effectif total) présente un score élevé *d'épuisement émotionnel* que ce soit au Temps 1 ou au Temps 2.

Tableau 17 : Distribution des niveaux de scores dimensionnels du MBI pour l'ensemble des agents (N=18) en T1 et T2

Dimensions du MBI	T1 (Avant mesures préventives et correctives)			T2 (Après mesures préventives et correctives)		
	Epuisement émotionnel (EE)	Dépersonnalisation (D)	Accomplissement personnel (AP) *	Epuisement émotionnel (EE)	Dépersonnalisation (D)	Accomplissement personnel (AP) *
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Score bas	8 (44.44)	7 (38.89)	5 (27.78)	9 (50)	9 (50)	3 (16.67)
Score modéré	9 (50)	5 (27.78)	6 (33.33)	8 (44.44)	6 (33.33)	5 (27.78)
Score élevé	1 (5.56)	6 (33.33)	7 (38.89)	1 (5.56)	3 (16.67)	10 (55.56)
Total	18 (100)	18 (100)	18 (100)	18 (100)	18 (100)	18 (100)

Dimension EE : ≤ 17 = burnout bas ; $18-29$ = burnout modéré ; ≥ 30 = burnout élevé.

Dimension D : ≤ 5 = burnout bas ; $6-11$ = burnout modéré ; ≥ 12 = burnout élevé.

Dimension AP* : ≥ 40 = burnout bas ; $34-39$ = burnout modéré ; ≤ 33 = burnout élevé.

* AP = dimension variant en sens inverse des deux autres dimensions → un score bas d'accomplissement personnel renvoie à un niveau de burnout élevé.

Pour ce qui est de la dimension « *Dépersonnalisation* », 6 agents (soit un tiers des effectifs – 33.33%) témoignent d'un score élevé au niveau de cette composante lors du T1. Cependant, il est intéressant de noter qu'au Temps 2, cette proportion observée diminue de moitié ; si bien qu'il n'y a plus que 3 agents (16.67%) en situation de *burnout* élevé sur cette composante en T2. Enfin, lors du temps 1, 5 agents (27.78%) présentent des niveaux de scores indiquant qu'ils ne se réalisent pas au travail dans la mesure où ces derniers témoignent d'un score bas au niveau de la dimension « *Accomplissement personnel* ». Néanmoins, nous pouvons noter que cette proportion observée lors du T1 diminue lors du T2 ; si bien qu'il n'y a plus que 3 agents (16.67%) qui rapportent un faible score d'accomplissement personnel lors de ce deuxième temps d'évaluation. Les figures 20 et 21 suivantes permettent de visualiser les répartitions en pourcentages des niveaux de *Burnout* observés pour chaque dimension du M.B.I.

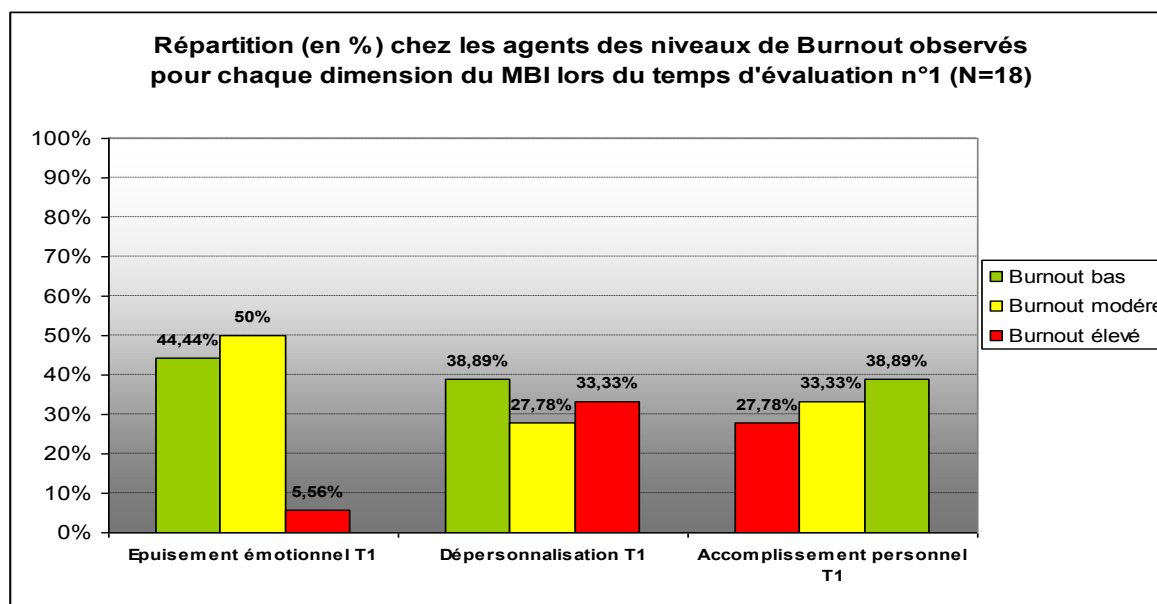


Figure 20 : Répartition en pourcentages chez les agents (N=18) des niveaux de *Burnout* observés en T1 pour les trois dimensions du Maslach Burnout Inventory (MBI)

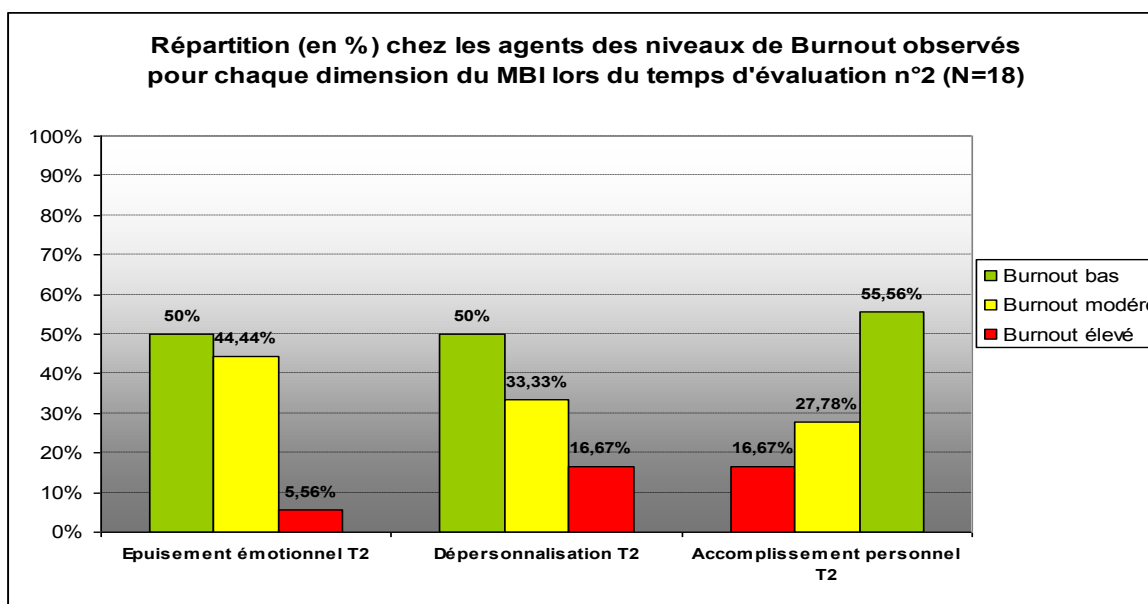


Figure 21 : Répartition en pourcentages chez les agents (N=18) des niveaux de *Burnout* observés en T2 pour les trois dimensions du Maslach Burnout Inventory (MBI)

2.3.5. Prévalence du syndrome d'épuisement professionnel : stades de gravité observés lors des deux temps d'évaluation

Au niveau de l'échelle M.B.I., un score élevé d'*épuisement émotionnel* ou de *dépersonnalisation* ou un score bas d'*accomplissement personnel* suffit pour parler de *Burnout*. En fonction du nombre de dimensions atteintes, on distingue des stades de gravité. Ainsi, le degré de *burnout* est dit :

- faible : si une seule dimension est atteinte
- moyen : si deux dimensions sont atteintes
- sévère : si les trois dimensions sont pathologiques.

A cela, nous pouvons ajouter un autre stade qui définit l'absence de *burnout* et qui se caractérise par l'absence d'un score élevé pour les dimensions « *épuisement émotionnel* » et « *dépersonnalisation* » et d'un score bas pour « *l'accomplissement personnel* ».

De façon à observer la prévalence de ces différentes configurations, les tableaux 18 et 19 ci-après proposent une distribution croisée des niveaux de scores d' « *épuisement émotionnel* », de « *dépersonnalisation* » et d' « *accomplissement personnel* » pour chaque temps d'évaluation (T1, T2).

Tableau 18 : Distribution croisée des niveaux de scores dimensionnels d' « épuisement émotionnel », de « dépersonnalisation » et d' « accomplissement personnel » pour les agents (N=18) en T1

T1						
N=18	DIMENSIONS DU M.B.I.		Accomplissement personnel * (AP)			Totaux Lignes
	Epuisement émotionnel (EE)	Dépersonnalisation (D)	Score bas	Score modéré	Score élevé	
Niveaux	Score bas	Score bas	2	1	3	6
Combinés (EE-D)	Score bas	Score modéré	0	0	1	1
	Score bas	Score élevé	0	1	0	1
Niveaux combinés (EE- D)	Score modéré	Score bas	0	1	0	1
	Score modéré	Score modéré	2	1	1	4
	Score modéré	Score élevé	1	2	1	4
Niveaux	Score élevé	Score bas	0	0	0	0
Combinés (EE-D)	Score élevé	Score modéré	0	0	0	0
	Score élevé	Score élevé	0	0	1	1
Totaux Colonnes			5	6	7	18

Tableau 19 : Distribution croisée des niveaux de scores dimensionnels d' « épuisement émotionnel », de « dépersonnalisation » et d' « accomplissement personnel » pour les agents (N=18) en T2

T2						
N=18	DIMENSIONS DU M.B.I.		Accomplissement personnel * (AP)			Totaux Lignes
	Epuisement émotionnel (EE)	Dépersonnalisation (D)	Score bas	Score modéré	Score élevé	
Niveaux	Score bas	Score bas	0	0	5	5
Combinés (EE-D)	Score bas	Score modéré	1	2	0	3
	Score bas	Score élevé	0	1	0	1
Niveaux combinés (EE-D)	Score modéré	Score bas	1	1	2	4
	Score modéré	Score modéré	1	0	2	3
	Score modéré	Score élevé	0	0	1	1
Niveaux	Score élevé	Score bas	0	0	0	0
Combinés (EE-D)	Score élevé	Score modéré	0	0	0	0
	Score élevé	Score élevé	0	1	0	1
Totaux Colonnes			3	5	10	18

N.B : * AP = dimension variant en sens inverse des deux autres dimensions → un score bas d'accomplissement personnel renvoie à un niveau de *burnout* élevé.

Absence de *burnout* / *burnout* faible / *burnout* moyen / *burnout* sévère.

Le tableau 18 nous permet d'observer que lors du T1 :

- 8 agents ne présentent pas de *burnout*
- 8 agents présentent un *burnout* faible
- 2 agents présentent un *burnout* moyen
- aucun agent ne présente un *burnout* sévère.

Le tableau 19 nous permet d'observer que lors du T2 :

- 12 agents ne présentent pas de *burnout* (*cela signifie que 4 agents qui présentaient un burnout lors du T1 n'en présentent plus au T2*)
- 5 agents présentent un *burnout* faible
- 1 agent présente un *burnout* moyen
- aucun agent ne présente un *burnout* sévère.

Globalement, la situation apparaît plus favorable lors du T2 dans la mesure où les agents apparaissent moins vulnérables vis-à-vis du syndrome d'épuisement professionnel que lors du T1.

2.3.6. Conclusions – exploitation du M.B.I.

Au niveau des scores dimensionnels du M.B.I, la tendance générale qui s'observe est en faveur du Temps 2. En effet, il ressort globalement, par rapport au T1, une diminution des scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation et une augmentation des scores d'accomplissement personnel même si les différences observées entre ces divers scores ne se révèlent pas significatives du fait de la petite taille de notre échantillon apparié. Néanmoins, une différence à tendance significative se dégage tout de même au niveau des scores d'épuisement émotionnel observés en T1 et en T2 chez les agents du secteur « Gériatrie » et montre que l'épuisement émotionnel tend à être significativement plus faible lors du T2 pour ces agents.

Cette tendance en faveur du T2 est par ailleurs confirmée par la distribution des niveaux de scores pour chaque dimension respective du M.B.I. où, via les divers tableaux et différentes figures ; nous pouvons notamment observer, de façon quasi-systématique, une diminution de la prévalence des niveaux de burnout élevés par rapport au T1, que ce soit pour l'ensemble de l'effectif ou pour les diverses professions ou secteurs d'exercice représentés.

Enfin, les répartitions observées en T1 et T2, concernant les différents stades de gravité pour la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel, viennent confirmer cette tendance en faveur du T2.

2.4. Echelle HADS : mesure de l'anxiété et de la dépression

L'« Hospital Anxiety and Depression Scale » (HADS) de Zigmond & Snaith, (1983) ou l'échelle HAD est un outil d'auto-évaluation comportant 14 items. Comme son nom l'indique, elle permet l'évaluation de troubles anxieux et/ou dépressifs. Ce qui différencie l'échelle HAD des autres échelles disponibles, c'est son format court (14 items) et complet dans la mesure où, d'une part, elle permet d'évaluer distinctement et simultanément les deux construits que sont l'anxiété (via 7 items) et la dépression (via 7 items) et d'autre part, elle permet d'évaluer l'intensité de la symptomatologie anxieuse et/ou dépressive (**Annexe 19**).

2.4.1. Scores moyens d'anxiété et de dépression observés pour les deux temps d'évaluation

a) Scores moyens observés pour l'ensemble des agents en T1 et en T2

Nous avons procédé aux calculs des scores pour les deux dimensions de l'échelle HADS. Le tableau 20 ci-après nous permet d'avoir une vue d'ensemble des scores moyens et écarts-types observés sur chaque dimension pour l'ensemble des agents ayant renseigné cette échelle HAD lors des deux temps d'évaluation.

Tableau 20 : Scores moyens et écarts-types des agents ayant renseigné l'échelle HAD lors des deux temps d'évaluation (T1-T2)

Dimensions de l'échelle HAD	N Actifs	T1			T2			Niveau $p^{\dagger}$
		Moyenne	[Min-Max Observé]	E.T.	Moyenne	[Min-Max Observé]	E.T.	
Anxiété (HADS-A)	18	7,89	3-13	2,85	7,78	4-14	2,69	$NS^{\dagger}$ ($p=.78$)
Dépression (HADS-D)	18	4,50	0-8	2,43	4,44	0-9	2,66	$NS^{\dagger}$ ($p=.94$)

N.B. : $^{\dagger}NS$: Non significatif ; * : $p<.05$; ** : $p<.01$; *** : $p<.00$ (Test T de Student apparié)

HADS-A et HADS-D : 0-7 = absence de troubles anxieux ou dépressifs / 8-10 = troubles anxieux ou dépressifs borderline / >10 = troubles anxieux ou dépressifs cliniquement définis ou avérés

Sur l'ensemble de notre effectif, nous pouvons préalablement noter que les scores moyens d'anxiété et de dépression se révèlent relativement stables entre le T1 et le T2. Des tests T de Student pour échantillons appariés (*matérialisés par le niveau p dans le tableau 20*) viennent confirmer cette observation en indiquant que :

- les scores moyens d'« *Anxiété* » observés en T1 (M=7,89, ET=2,85) et en T2 (M=7,78 ; ET= 2,69) ne diffèrent pas de façon significative [$t(17)=-0,29$; $p=.78$].
- les scores moyens de « *Dépression* » observés en T1 (M=4,50, ET=2,43) et en T2 (M=4,44 ; ET= 2,66) ne diffèrent pas de façon significative [$t(17)=-0,07$; $p=.94$].

b) Scores moyens observés par « profession » et par « secteur d'exercice » (en T1 et en T2)

Après calcul des scores moyens dimensionnels pour l'ensemble des répondants (N=18) sur les deux temps d'évaluation, nous avons calculé les scores moyens dimensionnels pour les deux termes temporels eu égard à chaque profession représentée dans notre échantillon et à chaque secteur d'exercice (cf. tableaux 21 à 24 ci-après).

Scores moyens d'anxiété observés par profession et par secteur d'exercice en T1 et T2

Tableau 21: Scores moyens et écarts-types observés par profession pour la dimension « anxiété » de l'échelle HAD en T1 et T2 (N=18)

HADS-A		Dimension « ANXIETE »				
		T1 <i>(Avant mesures préventives et correctives)</i>		T2 <i>(Après mesures préventives et correctives)</i>		Niveau <i>p</i> [†]
Professions	Effectif (N)	Score moyen (0-21)	Ecart-type	Score moyen (0-21)	Ecart-type	
IDE	6	8	1,55	7	2	<i>p</i> =.08
AS/ASH	11	7,45	3,27	8	3,07	<i>NS</i> [†] (<i>p</i> =.29)
Cadre, Cadre Supérieur, Direction	1	12	0	10	0	<i>NR</i> [†]
Tous Groupes	18	7,89	2,85	7,78	2,69	<i>NS</i> [†] (<i>p</i> =.78)

† Test T de Student apparié : NS = non significatif, NR = non réalisable car moins de 2 observations actives
HADS-A: 0-7 = absence de troubles anxieux / 8-10 = troubles anxieux borderline / >10 = troubles anxieux cliniquement définis ou avérés

Le tableau 21 permet notamment d'observer que :

- les scores moyens d' « *Anxiété* » observés pour la profession IDE au T1 (M=8, ET=1,55) et au T2 (M=7 ; ET= 2) tendent à **être significativement différents** [$t(5)=-2,24$; $p=.08$]. La tendance à la significativité est retenue ici car $p<.10$. Ainsi, ce résultat vient signifier qu'après la mise en place de mesures préventives et correctives au niveau de l'organisation du travail, les agents de profession « IDE » rapportent un score d'anxiété qui tend à être significativement plus faible que ce qu'il était lors du T1
- les scores moyens d' « *Anxiété* » observés pour la profession AS/ASH au T1 (M=7,45, ET=3,27) et au T2 (M=8 ; ET= 3,07) ne sont pas significativement différents [$t(10)=1,11$; $p=.29$].

Tableau 22: Scores moyens et écarts-types observés par secteur d'exercice pour la dimension « anxiété » de l'échelle HAD en T1 et T2 (N=18)

HADS-A		Dimension « ANXIETE »				Niveau $p^{\dagger}$
		T1 <i>(Avant mesures préventives et correctives)</i>		T2 <i>(Après mesures préventives et correctives)</i>		
Secteur d'exercice CHU	Effectif (N)	Score moyen (0-21)	Ecart-type	Score moyen (0-21)	Ecart-type	
Urgences	7	9,43	3,41	9,14	3,48	$NS^{\dagger}$ $(p=.75)$
Gériatrie	11	6,91	2,02	6,91	1,70	NS
Tous Groupes	18	7,89	2,85	7,78	2,69	$NS^{\dagger}$ $(p=.78)$

† Test T de Student apparié : NS = non significatif

HADS-A: 0-7 = absence de troubles anxieux / 8-10 = troubles anxieux borderline / >10 = troubles anxieux cliniquement définis ou avérés

Le tableau 22 ci-dessus permet notamment d'observer que :

- les scores moyens d' « *Anxiété* » observés pour les agents du secteur « Urgences » au T1 (M=9,43 ; ET=3,41) et au T2 (M=9,14 ; ET= 3,48) ne sont pas significativement différents [$t(6)=-0,33$; $p=.75$].
- les scores moyens d' « *Anxiété* » observés pour les agents du secteur « Gériatrie » au T1 et au T2 sont strictement égaux et nous dispensent donc de l'application du test T (niveau $p=1$).

Scores moyens de dépression observés par profession et par secteur d'exercice en T1 et T2

Le tableau 23 ci-après permet notamment d'observer que :

- les scores moyens de « *dépression* » observés pour la profession IDE au T1 (M=5,17 ; ET=2,40) et au T2 (M=4,33 ; ET= 2,16) ne sont pas significativement différents [$t(5)=-0,49$; $p=.64$].
- les scores moyens de « *dépression* » observés pour la profession AS/ASH au T1 (M=4,55 ; ET=2,21) et au T2 (M=4,91 ; ET= 2,74) ne sont pas significativement différents [$t(10)=0,43$; $p=.68$].

Tableau 23: Scores moyens et écarts-types observés par profession pour la dimension « dépression » de l'échelle HAD en T1 et T2 (N=18)

HADS-D		Dimension « DEPRESSION »				Niveau $p^{\dagger}$
		T1 <i>(Avant mesures préventives et correctives)</i>		T2 <i>(Après mesures préventives et correctives)</i>		
Professions	Effectif (N)	Score moyen (0-21)	Ecart-type	Score moyen (0-21)	Ecart-type	
IDE	6	5,17	2,40	4,33	2,16	
AS/ASH	11	4,55	2,21	4,91	2,74	
Cadre, Cadre Supérieur, Direction	1	0	0	0	0	
Tous Groupes	18	4,50	2,43	4,44	2,66	

Tableau 24: Scores moyens et écarts-types observés par secteur d'exercice pour la dimension « dépression » de l'échelle HAD en T1 et T2 (N=18)

HADS-D		Dimension « DEPRESSION »				Niveau $p^{\dagger}$
		T1 <i>(Avant mesures préventives et correctives)</i>		T2 <i>(Après mesures préventives et correctives)</i>		
Secteur d'exercice CHU	Effectif (N)	Score moyen (0-21)	Ecart-type	Score moyen (0-21)	Ecart-type	
Urgences	7	3,29	2,75	4,86	2,85	$NS^{\dagger}$ ($p=.22$)
Gériatrie	11	5,27	1,95	4,18	2,64	$NS^{\dagger}$ ($p=.24$)
Tous Groupes	18	4,50	2,43	4,44	2,66	$NS^{\dagger}$ ($p=.94$)

[†]Test T de Student apparié : NS = non significatif

HADS-D : 0-7 = absence de troubles dépressifs / 8-10 = troubles dépressifs borderline / >10 = troubles dépressifs cliniquement définis ou avérés

Le tableau 24 qui précède permet notamment d'observer que :

- les scores moyens de «*dépression*» observés pour les agents du secteur « Urgences » au T1 (M=3,29 ; ET=2,75) et au T2 (M=4,86 ; ET= 2,85) ne sont pas significativement différents [t(6)=1,36 ; p=.22].
- les scores moyens de «*dépression*» observés pour les agents du secteur « Gériatrie » au T1 (M=5,27 ; ET=1,95) et au T2 (M=4,18 ; ET= 2,64) ne sont pas significativement différents [t(10)=-1,24 ; p=.24].

2.4.2. Relations entre l'anxiété, la dépression et les composantes psychosociales du travail, les composantes de l'épuisement professionnel, les caractéristiques sociodémographiques et de santé

a) Relations observées lors du T1

Concernant les relations entre *les dimensions/sous-dimensions psychosociales du Siegrist et les variables d'anxiété et de dépression* (cf. tableau 25, **Annexe 20**), **deux corrélations se révèlent significatives** au seuil alpha $p < .05$, à savoir :

- les *gratifications monétaires* apparaissent négativement liées à l'*anxiété* ($r = -.48, p < .05$) : moins les agents se révèlent satisfaits de leur salaire, plus ils sont anxieux.
- le *surinvestissement au travail* apparaît positivement corrélé à l'*anxiété* ($r = .50, p < .05$) : plus les agents témoignent d'un surinvestissement dans leur activité professionnelle, plus ils se révèlent anxieux.

Concernant *les relations entre les dimensions définissant le syndrome d'épuisement professionnel et les variables d'anxiété et de dépression*, **deux corrélations apparaissent également significatives** au seuil alpha $p < .05$, à savoir :

- l'*épuisement émotionnel* apparaît positivement lié à l'*anxiété* ($r = .67, p < .05$) : plus les agents subissent émotionnellement leur travail c'est-à-dire se sentent vidés, en épuisement ou surcharge émotionnelle du fait du travail, plus ils sont anxieux.
- la *dépersonnalisation* apparaît positivement liée à l'*anxiété* ($r = .77, p < .05$) : plus les agents font preuve d'une certaine « sécheresse relationnelle » c'est à dire d'un manque d'empathie, d'attitudes impersonnelles, détachées, négatives ou cyniques dans leur travail, plus ils se révèlent anxieux.

Pour ce qui est des relations entre *les caractéristiques différentielles sociodémographiques et les variables d'anxiété et de dépression*, aucune corrélation n'apparaît significative au seuil alpha $p < .05$.

Enfin, en ce qui concerne *les liens entre les caractéristiques différentielles médicales (ou indices de santé physique) et les variables d'anxiété et de dépression*, aucune corrélation n'apparaît également significative au seuil alpha $p < .05$.

Nous pouvons relever que lors de ce T1, les seules associations qui se sont révélées significatives intéressent exclusivement l'anxiété. La dépression n'a témoigné d'aucune corrélation significative avec les différentes variables psychosociales du travail, de l'épuisement professionnel, les variables sociodémographiques ou de santé. Cependant, il convient de garder à l'esprit que la faible taille de l'échantillon n'offre pas des conditions très satisfaisantes pour la réalisation de telles analyses et doit faire considérer ces résultats avec toute la prudence qui s'impose. Ces derniers devront être précisés ultérieurement.

b) Relations observées lors du temps d'évaluation n°2 (T2)

Lors du T2, au niveau des *relations se matérialisant entre les composantes psychosociales du Siegrist et les variables d'anxiété et de dépression* (cf. tableau 26, **Annexe 21**), seule **une corrélation se révèle significative au seuil alpha $p < .05$** et se maintient par rapport au T1. Il s'agit précisément de l'association positive entre le *surinvestissement au travail* et l'*anxiété* ($r = .65, p < .05$).

Au niveau des *liens s'exprimant entre les dimensions définissant le syndrome d'épuisement professionnel et les variables d'anxiété et de dépression*, nous retrouvons, lors de ce T2, **une association qui se maintient par rapport au T1 et deux nouvelles corrélations qui se révèlent significatives** au seuil $p < .05$, à savoir :

- l'*épuisement émotionnel* montre une association positive avec l'*anxiété* ($r = .60, p < .05$) comme lors du T1.
- l'*épuisement émotionnel* apparaît par ailleurs positivement corrélé à la *dépression* ($r = .51, p < .05$) : plus les agents subissent émotionnellement leur travail c'est-à-dire se sentent vidés, en épuisement ou surcharge émotionnelle du fait du travail, plus ils témoignent d'une propension à la dépression
- la *dépersonnalisation* apparaît positivement liée à la *dépression* ($r = .52, p < .05$) : plus les agents font preuve d'une certaine « sécheresse relationnelle » c'est à dire d'un manque d'empathie, d'attitudes impersonnelles, détachées, négatives ou cyniques dans leur travail, plus ils témoignent d'une propension à la dépression.

Comme lors du T1, nous ne retrouvons pas d'associations significatives *entre les caractéristiques différentielles sociodémographiques et l'anxiété ou la dépression ni de relations significatives entre les caractéristiques différentielles médicales et ces deux indicateurs de santé psychique.*

2.4.3. Prévalence et intensité de la symptomatologie anxieuse et dépressive observées pour l'ensemble des agents lors des deux temps d'évaluation

En référence aux valeurs-seuils établies pour l'échelle HAD, le tableau 27 ci-après nous permet d'observer la distribution des niveaux de scores d'anxiété et de dépression pour l'ensemble des répondants (N et %) lors des deux temps d'évaluation et par là même d'examiner la prévalence et l'intensité symptomatique concernant ces deux indices de santé mentale.

Tableau 27 : Prévalence et intensité de la symptomatologie anxieuse et dépressive pour l'ensemble des agents (N=18) en T1 et T2

Dimensions de l'échelle HADS	T1 (Avant mesures préventives et correctives)		T2 (Après mesures préventives et correctives)	
	Anxiété (HADS-A)	Dépression (HADS-D)	Anxiété (HADS-A)	Dépression (HADS-D)
Intensité symptomatique observée	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Absence (scores 0-7)	9 (50)	17 (94.44)	9 (50)	16 (88.89)
Borderline (ou suspectée) (scores 8-10)	6 (33.33)	1 (5.56)	7 (38.89)	2 (11.11)
Avérée (ou cliniquement définie) (scores 11-21)	3 (16.67)	0	2 (11.11)	0
Total	18 (100)	18 (100)	18 (100)	18 (100)

Nous pouvons relever que la moitié de notre effectif se trouve exemptée de troubles anxieux que ce soit lors du T1 ou du T2. En revanche, la présence de troubles anxieux reste suspectée (ou borderline) pour près d'un tiers des agents de notre échantillon en T1 ; proportion qui reste relativement stable en T2. Quant à l'anxiété cliniquement définie (ou avérée), elle concerne une minorité des agents en T1 et T2.

Nous pouvons également noter qu'une large majorité des agents de notre échantillon ne présente pas de troubles dépressifs que ce soit en T1 ou en T2. Si la part des agents présentant une dépression suspectée augmente légèrement du T1 au T2, il n'y a aucun agent qui présente des troubles dépressifs avérés que ce soit en T1 ou en T2.

2.4.4. Prévalence et intensité de la symptomatologie anxieuse et dépressive observées par secteur d'exercice pour les deux temps d'évaluation

Les tableaux 28 et 29 suivantes permettent d'observer la distribution des niveaux d'anxiété et de dépression pour chaque secteur d'exercice représenté dans notre échantillon apparié (N et %) et pour chaque temps d'évaluation.

Tableau 28 : Distribution des niveaux d'anxiété et de dépression pour chaque secteur d'exercice représenté (N, % pour chaque secteur) dans notre échantillon apparié lors du T1

T1							
Dimensions de l'échelle HAD	Anxiété (HADS-A)			Dépression (HADS-D)			
Secteur d'exercice CHU	Intensité symptomatique			Intensité symptomatique			Tous gpes
	Absence (scores 0-7)	Borderline (scores 8-10)	Avérée (ou cliniquement définie)	Absence (scores 0-7)	Borderline (scores 8-10)	Avérée (ou cliniquement définie)	(N)
Urgences	2 (28,57%)	2 (28,57%)	3 (42,86%)	7 (100%)			7
Gériatrie	7 (63,64%)	4 (36,36%)		10 (90,91%)	1 (9,09%)		11
Tous gpes (N, % total)	9 (50%)	6 (33,33%)	3 (16,67%)	17 (94,44%)	1 (5,56%)	0	18

HADS-A et HADS-D : 0-7 = absence de troubles anxieux ou dépressifs / 8-10 = troubles anxieux ou dépressifs borderline / >10 = troubles anxieux ou dépressifs cliniquement définis ou avérés

Tableau 29 : Distribution des niveaux d'anxiété et de dépression pour chaque secteur d'exercice représenté (N, % pour chaque secteur) dans notre échantillon apparié lors du T2

T2							
Dimensions de l'échelle HAD	Anxiété (HADS-A)			Dépression (HADS-D)			
Secteur d'exercice CHU	Intensité symptomatique			Intensité symptomatique			Tous gpes
	Absence (scores 0-7)	Borderline (scores 8-10)	Avérée (ou cliniquement définie)	Absence (scores 0-7)	Borderline (scores 8-10)	Avérée (ou cliniquement définie)	(N)
Urgences	2 (28,57%)	3 (42,86%)	2 (28,57%)	6 (85,71%)	1 (14,29%)		7
Gériatrie	7 (63,64%)	4 (36,36%)		10 (90,91%)	1 (9,09%)		11
Tous gpes (N, % total)	9 (50%)	7 (38,89%)	2 (11,11%)	16 (88,89%)	2 (11,11%)	0	18

HADS-A et HADS-D : 0-7 = absence de troubles anxieux ou dépressifs / 8-10 = troubles anxieux ou dépressifs borderline / >10 = troubles anxieux ou dépressifs cliniquement définis ou avérés

2.4.5. Conclusion – Exploitation de l'échelle HADS

Pour ce qui concerne les scores dimensionnels de l'échelle HADS, ces premiers traitements ne permettent pas la mise à jour de différences significatives (au seuil alpha $p < .05$) entre les mesures effectuées au T1 et celles prenant place lors du T2.

Sur l'ensemble de l'échantillon (N=18), les scores moyens d'anxiété et de dépression ne révèlent quasiment pas de variations entre le T1 et le T2.

En désolidarisant ces scores dimensionnels par profession, une différence à tendance significative se dégage néanmoins pour les agents de profession IDE qui présentent un score moyen d'anxiété qui tend à être significativement plus faible lors du T2 par rapport à la première mesure effectuée en T1.

Mais lorsque nous appliquons les valeurs-seuils des auteurs de l'échelle HADS pour déterminer la prévalence et l'intensité symptomatique pour ces deux variables de santé mentale, cette différence à tendance significative pour les IDE devient dès lors masquée.

L'examen des distributions laisse seulement apparaître une très modeste diminution du niveau d'anxiété « avérée » du T1 au T2 pour l'ensemble de l'effectif.

En désolidarisant ces distributions eu égard aux deux secteurs d'exercice représentés dans notre échantillon, il apparaît également une autre variation qui montre une diminution de l'anxiété « avérée » du T1 au T2 pour les agents du secteur « Urgences » mais ce dernier résultat ainsi que les précédents souffrent de la petite taille de l'échantillon apparié qui reste limitative.

2.5. Echelle ESVP-5 : mesure de la satisfaction de vie professionnelle composante du bien-être subjectif au travail

L'échelle validée de satisfaction de vie professionnelle (ESVP) de Fouquereau & Rioux (2002) correspond à l'adaptation au monde professionnel de l'Échelle de satisfaction de vie « Satisfaction With Life Scale » (SWLS) de Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985), elle-même validée en français (échelle ESV) par Blais, Vallerand, Pelletier & Brière (1989). Elle comporte 5 items et permet d'évaluer le degré de satisfaction globale des individus à l'égard de leur vie professionnelle.

La structure de cette échelle étant unidimensionnelle, les réponses émises par les répondants donne lieu au calcul d'un score unique de satisfaction de vie professionnelle. Le calcul de ce dernier résulte de la sommation des réponses à chacun des 5 items. Les réponses matérialisent un positionnement sur une échelle d'accord allant de « 1 » (Pas du tout d'accord) à « 7 » (Tout à fait d'accord). L'amplitude possible des scores de cette échelle peut donc osciller de 5 (satisfaction basse) à 35 (satisfaction haute). Plus le score est élevé, plus la satisfaction de vie professionnelle ressentie est importante.

2.5.1. Score moyen des agents observé pour chaque temps d'évaluation

Après l'observation des valeurs moyennes et écarts-types pour ces items, nous avons calculé le score moyen de satisfaction de vie professionnelle pour chaque temps d'évaluation (T1-T2). Le tableau 30 ci-après permet la visualisation du score moyen de satisfaction de vie professionnelle des agents observé sur chaque temps d'évaluation (N=18).

Tableau 30 : Score moyen et écart-type des agents ayant renseigné l'échelle de satisfaction de vie professionnelle (ESVP) observé pour chaque temps d'évaluation (T1-T2)

Echelle ESVP	N Actifs	T1			T2			Niveau $p^{\dagger}$
		Moyenne	[Min-Max Observé]	E.T.	Moyenne	[Min-Max Observé]	E.T.	
Satisfaction de vie professionnelle	18	21,83	5-31	6,84	22,26	12-31	5,44	NS [*] ($p=.80$)

^{*}NS : Non significatif ; * : $p<.05$; ** : $p<.01$; *** : $p<.00$ (Test T de Student apparié)

Dans la mesure où l'échelle de satisfaction de vie professionnelle (ESVP) représente une déclinaison de l'échelle de satisfaction de vie (*Satisfaction With Life Scale -SWLS-* de Diener de al., 1985), il apparaît, en référence à une notice (Diener, 2006) que ces scores observés en T1 et T2 qualifient un niveau « intermédiaire » ou « moyen » de satisfaction de vie professionnelle pour les agents ($\rightarrow 20 \text{ à } 24 = \text{« Average score »}$).

Un test T de Student pour échantillons appariés a été réalisé afin de déterminer si le score observé en T2 (c'est-à-dire *après la mise en place de mesures correctives et préventives au niveau de l'organisation du travail*) se révélait significativement différent du score observé en T1 (c'est-à-dire *avant la mise en place de mesures correctives et préventives au niveau de l'organisation du travail*). Ce dernier indique que le score moyen de satisfaction de vie professionnelle observé en T1 (M=21,83 ; ET=6,84) et le score moyen de satisfaction de vie professionnelle observé en T2 (M=22,26 ; ET= 5,44) ne sont pas significativement différents [$t(17)=0,26$; $p=.80$].

2.5.2. Relations entre la satisfaction de vie professionnelle et les composantes psychosociales du travail, les composantes de l'épuisement professionnel, l'anxiété, la dépression, les caractéristiques sociodémographiques et de santé

a) Relations observées lors du T1

Lors du premier temps d'évaluation (T1), seules deux corrélations se révèlent significatives au seuil alpha $p<.05$ (tableau 31, **Annexe 22**) et concernent une même composante psychosociale du modèle Siegrist à savoir : les *récompenses* au travail et la sous-dimension référant au *contrôle du statut professionnel* apparaissent toutes deux positivement liées à la *satisfaction de vie professionnelle* ($r = .50, p < .05$; $r = .48, p < .05$).

b) Relations observées lors du T2

Lors du deuxième temps d'évaluation (T2), quatre corrélations se révèlent significatives au seuil alpha $p < .05$. (tableau 32, **Annexe 23**).

Deux corrélations significatives matérialisent **l'existence d'associations entre certaines composantes psychosociales du modèle de Siegrist et la satisfaction de vie professionnelle**. Tout d'abord, nous retrouvons la même relation positive que celle observée lors du T1 entre la sous-dimension référant au *contrôle du statut professionnel* et la *satisfaction de vie professionnelle* ($r = .48, p < .05$).

En revanche une nouvelle association se révèle significative lors de ce T2 et intéresse la dimension référant au surinvestissement au travail à savoir le *surinvestissement au travail* apparaît négativement corrélé à la *satisfaction de vie professionnelle* ($r = -.55, p < .05$) : plus les agents témoignent d'un engagement excessif dans leur activité professionnelle et d'une incapacité à se détendre après le travail, moins ils se révèlent satisfaits de leur vie professionnelle.

Les résultats font également apparaître une **association significative entre une dimension participant à la définition du syndrome d'épuisement professionnel et la satisfaction de vie professionnelle à savoir l'épuisement émotionnel** apparaît négativement corrélé à la *satisfaction de vie professionnelle* ($r = -.55, p < .05$) : plus les agents subissent émotionnellement leur travail c'est-à-dire se sentent vidés, en épuisement ou surcharge émotionnelle du fait du travail, moins ils se révèlent satisfaits de leur vie professionnelle.

Enfin, une **liaison significative s'exprime entre un indice de santé mentale et la satisfaction de vie professionnelle à savoir l'anxiété** apparaît négativement corrélée à la *satisfaction de vie professionnelle* ($r = -.59, p < .05$). Cette association vient signifier que plus les agents sont anxieux, moins ils se révèlent satisfaits de leur vie professionnelle.

2.5.3. Conclusion – exploitation de l'échelle ESVP

Ces premiers traitements ne permettent pas de dégager une augmentation nette et marquée de la satisfaction de vie professionnelle en faveur du T2) par rapport au T1.

Sur l'ensemble de l'échantillon, une augmentation du score moyen de satisfaction de vie professionnelle se produit bien du T1 au T2 mais elle reste très infime et non significative.

De plus, si nous observons les scores dimensionnels pour les différentes professions, certains résultats peuvent interpeller car ils n'évoluent pas dans le même sens. En effet, même si aucune différence significative ne se révèle entre le T1 et le T2, il est quand même possible d'observer une augmentation du score de satisfaction de vie professionnelle pour les agents de profession IDE du T1 au T2 mais parallèlement une diminution de ce score pour les agents de profession AS/ASH.

Cette même absence de « consistance évolutive » est également identifiable au niveau des scores de satisfaction de vie professionnelle désolidarisés pour les deux secteurs d'exercice. En effet, il apparaît une différence marquant une diminution significative du niveau de satisfaction de vie professionnelle du T1 au T2 pour les agents travaillant aux « Urgences » alors que la tendance contraire s'exprime pour le personnel travaillant en « Gériatrie » qui voit son niveau de satisfaction de vie professionnelle augmenter du T1 au T2, même si cette dernière différence ne se révèle pas significative.

Cette absence de consistance dans les résultats vient réaffirmer la nécessité d'élargir substantiellement l'échantillon apparié (T1-T2) avec, dans la mesure du possible, l'obtention d'effectifs équilibrés pour les différents sous-groupes de « profession » ou « secteur d'exercice » ; cela, afin de pouvoir repréciser cet ensemble de résultats. En l'état actuel, l'échantillon apparié obtenu reste trop peu représentatif.

V. Discussions

1. Contexte dans lequel s'insère ce travail d'évaluation préliminaire

Le thème des facteurs psychosociaux au travail en épidémiologie des risques professionnels a connu un essor conséquent ces dernières années¹¹⁰. Cet intérêt croissant se trouve légitimé à plus d'un titre. En effet, les facteurs psychologiques et sociaux s'insérant dans l'activité de travail sont susceptibles d'améliorer ou de dégrader la santé physique et mentale des salariés⁴⁷.

Si les facteurs psychosociaux au travail désignent un vaste ensemble de variables, à l'intersection des dimensions individuelles, collectives et organisationnelles propres à l'activité professionnelle¹²⁸ (INSERM) l'emploi de l'acception « *risques psychosociaux* » est d'usage dès lors que ces facteurs inhérents à l'environnement professionnel sont perçus et vécus par les travailleurs comme contraintes psychosociales et qu'ils se révèlent donc susceptibles de porter atteinte à leur intégrité physique et à leur santé mentale⁸.

De nombreux travaux empiriques réalisés dans des environnements et contextes professionnels divers et variés ont permis d'objectiver les effets des contraintes psychosociales perçues sur la santé physique et mentale des salariés et plus particulièrement sur les maladies cardio-vasculaires,^{62,63,64,65,129} sur les affections musculo-squelettiques^{56,57,58,59,60} ou encore sur les troubles de santé mentale^{19,66,67,68}. L'environnement psychosocial agit donc comme un déterminant majeur de la santé des personnels.

Certaines professions apparaissent cependant plus exposées que d'autres aux risques psychosociaux par la nature de leur exercice professionnel. La prévalence de telles expositions apparaît plus particulièrement majorée pour le personnel soignant et parmi eux, les soignants du milieu hospitalier (médecins, infirmières, aides-soignants...) qui sont confrontés à de nombreux facteurs de stress : lourdes charges de travail, contraintes de temps, ambiguïté de rôle, confrontation à la souffrance des malades et à la mort, complexité du travail, contraintes d'organisation, manque d'effectif, dépassement horaire...^{130,131}; tout cela, dans un contexte de contrôle et d'exigences croissantes en termes d'efficacité, de sécurité et de qualité des soins. Cependant, des disparités parviennent encore à se profiler selon les services de soins hospitaliers dans la mesure où certains secteurs définissent des risques d'exposition très élevés. Citons par exemple le secteur des Urgences où bon nombre de facteurs spécifiques (*gravité des pathologies, expertise devant des patients dont le pronostic vital est en jeu, imprévisibilité des*

situations, disponibilité permanente intellectuelle et relationnelle) peuvent accentuer le stress et donc constituer un terrain très favorable à l'expression d'un syndrome d'épuisement professionnel par exemple¹³². Le personnel travaillant en gériatrie représente aussi un groupe éminemment à risque car l'exercice professionnel dans ce secteur implique souvent la réalisation de tâches difficiles, tant physiquement que psychologiquement, avec une confrontation à la mort tout au long du parcours professionnel.

Hormis ces expositions encourues et potentiellement dommageables en termes de santé et de bien-être pour ces personnels s'insérant dans la fonction publique hospitalière, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux, la littérature a mis en lumière que le stress au travail, résultant de la présence de contraintes psychosociales, peut également impacter sur la qualité des soins dispensés^{69,70,133,134} et même plus loin, sur l'organisation du travail et le fonctionnement de l'hôpital, étant donné les liens documentés existant par exemple avec l'absentéisme ou la fréquence d'arrêts de travail pour raisons de santé^{135,136}.

Eu égard à cet ensemble de considérations, une vigilance particulière du personnel hospitalier semblait une nécessité. Le service de santé au travail du CHU de Toulouse a souhaité mettre en place des moyens adaptés de surveillance des soignants concernant les risques psychosociaux, donc développer une méthode de prévention appropriée pour la prise en charge précoce de la souffrance au travail. Dans ce but, cette étude pilote a été initiée surtout pour tester la méthode et son acceptation parmi les acteurs du milieu des soins.

Ce travail a essayé de réaliser un état de lieu initial des contraintes psychosociales de travail, du niveau de santé et de bien-être au travail des agents exerçant au niveau de trois secteurs hospitaliers du CHU de Toulouse, chacun d'entre eux exposé à différents facteurs de stress professionnel. Cette première phase d'évaluation a été réalisée en pluridisciplinarité. Des médecins du travail, ergonomes et psychologues du travail ont travaillé ensemble pour pouvoir extraire de manière précise, neutre et complète les caractéristiques de chaque environnement de travail.

Les mesures préventives et correctives sur le plan organisationnel proposées dans les 3 services choisis pour cette étude, ont été discutées et ensuite analysées avec les cadres de santé et ensuite engagées dans la mesure du possible dans les 3 secteurs visés.

La deuxième phase d'évaluation a eu lieu quelques temps après la mise en place des mesures correctives. Les agents sollicités lors de la première phase d'évaluation et ayant bénéficié des mesures engagées par le service de Médecine du travail ont été inclus dans la

deuxième phase d'évaluation qui s'est déroulée au stricto sensu selon les mêmes termes et modalités que la première évaluation.

2. Points forts de cette étude

2.1. L'originalité de la démarche

Comme précisé ci-dessus cette étude a eu un double objectif : d'une part élaborer une méthode efficace de prévention des risques psychosociaux convenable au milieu hospitalier et qui pourrait ensuite être pérennisée au sein du CHU et utilisée selon les besoins dans tous les services ; d'un autre côté le but était justement de tester cette méthode lors d'une étude pilote, voir son efficacité et son acceptabilité parmi les soignants et les autres acteurs de la prévention.

L'originalité de cette étude est surtout son approche pluridisciplinaire participative. Des intervenants internes et externes de l'entreprise (CHU) ont participé à ce projet : médecins du travail, psychologue du travail, représentants du CHSCT, ergonomes; les équipes soignantes (IDE, AS, médecins) ainsi que l'encadrement (cadre de santé, cadre supérieur de santé, directeur de pôle) ont été des acteurs importants dans l'analyse des situations de travail et la recherche des solutions via les entretiens collectifs. L'analyse ergonomique a apporté des éclairages complémentaires et a facilité la recherche des solutions pratiques. Les questionnaires élaborés ont été utilisés uniquement pour l'évaluation de l'impact de la démarche participative dans les services de soins.

2.2. Utilisation des outils ayant une validité reconnue

Les outils utilisés dans cette étude ont été choisis avec soins et essayaient de procéder à l'évaluation des RPS dans leur globalité et à la mesure d'indicateurs de santé physique, psychique et de variables comportementales. L'objectif était de mettre en relation l'ensemble de ces indicateurs mais aussi l'ensemble des variables individuelles/ différentielles (âge, professions etc.) avec la mesure de diagnostic des contraintes perçues au travail. Dans ce but 2 questionnaires ont été utilisés : un questionnaire clinique d'hétéro-évaluation et un questionnaire d'auto-évaluation rassemblant plusieurs échelles de mesure.

Les items du questionnaire clinique ont été créés sur la base de certains indicateurs de l'INRS par les médecins du travail. Outre le recueil de caractéristiques personnelles et de caractéristiques différentielles d'ordre médical ce questionnaire cherchait notamment à évaluer

l'occurrence des symptômes déclarés en lien avec le travail et l'occurrence de comportements à risques déclarées en lien avec le travail.

Ces données ont été ensuite analysées en lien avec les RPS recueillis avec le questionnaire d'auto évaluation. Il a paru légitime d'associer et de compléter les mesures d'hétéro évaluation par une démarche conjointe d'auto-évaluation. Comme souligné par Nasse et Legeron² les auto-questionnaires sont particulièrement recommandés en ce qui concerne l'évaluation des RPS surtout lorsque l'évaluation est réalisée dans le cadre du travail de l'individu. Pour eux, les auto-questionnaires anonymisés assurent des réponses plus sincères que les questionnaires d'hétéro-évaluation remplis par des tiers car une distorsion au niveau de l'interprétation reste alors possible d'où réside l'une des faiblesses de l'hétéro-évaluation.

Pour le choix des échelles composant le questionnaire d'auto-évaluation certaines conditions ont été prises en compte (selon Nasse & Legeron ²)

- Choisir des questionnaires ayant une validité reconnue
- Choisir des questionnaires explorant à la fois les aspects environnementaux et les aspects individuels du stress
- Choisir de préférence des questionnaires consensuels c'est-à-dire permettant de s'inscrire dans un standard international

Finalement 6 échelles de mesures distinctes ont été retenues pour cet auto-questionnaire. Il s'agit des outils des mesures ayant une validité reconnue : le questionnaire de Siegrist ^{2,109}, l'échelle MBI (burnout) – mesure de l'épuisement professionnel ^{69,82,83,84,85,113}, l'échelle de satisfaction de vie professionnelle¹¹⁷, l'échelle de satisfaction de vie^{116,117}, l'échelle HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale^{119,120,121,122} et l'échelle de présentisme¹²⁷. Une dernière partie destinée au recueil des caractéristiques différentielles des participants a été introduite en fin de questionnaire.

D'autres études citées dans la littérature se sont intéressées aux outils appropriés pour la réalisation d'une évaluation des RPS. A la recherche d'un questionnaire valide qui pourrait représenter un outil important dans l'évaluation des RPS, et pour répondre à la demande de la direction de l'hôpital, le service de santé au travail d'Angers a réalisé une recherche bibliographique exhaustive dans un cadre de pluridisciplinarité (psychologue, médecin du travail, partenaires sociaux, direction de l'hôpital) ¹³⁷. Un questionnaire a été élaboré et ensuite testé dans un service. Il est constitué de 164 items, organisé en 6 axes de risques à caractère psychosocial et un axe sur l'état de santé générale perçue. Le premier test de ce questionnaire a

été réalisé dans le service des ambulances du centre hospitalier, le but étant d'une côté d'évaluer l'état de santé du personnel et le contexte des facteurs de RPS et d'une autre coté de recueillir et l'avis des participants sur l'outil. Actuellement le questionnaire a été validé et est utilisé dans un autre service.

Au Brésil les chercheurs ont essayé de trouver la meilleure méthode d'évaluation des RPS en relation avec la santé des infirmières¹³⁸. 3 hôpitaux publics ont participé à cette étude, avec un taux de réponse élevé à 81,9 %. 2 types de questionnaire ont été utilisés: demande – contrôle et déséquilibre effort- récompenses (ERI). Les résultats des 2 questionnaires ont été ensuite comparé à l'état de santé déclare par les participantes. Les analyses ont révélé une meilleure association entre le questionnaire ERI et l'état de santé des soignants.

2.3. Intérêt des entretiens collectifs

La réalisation des entretiens collectifs nous a paru intéressante. D'un côté cette méthode permet de mettre en évidence des problématiques concrètes du milieu de travail que l'on ne pourrait jamais extraire des questionnaires, avec la recherche dans le même temps des solutions pratiques et d'un autre coté cela permet de relancer une dynamique de groupe permettant de partager les difficultés et d'élaborer des stratégies de défense collective.

Malgré les difficultés d'organisation de ces réunions (difficultés rapportées aux plannings, postes de nuit, personnel restreints dans les services) quelques entretiens collectifs ont pu être réalisés et le retour des participants a été très positif. L'animation de ces entretiens a été réalisée par le binôme psychologue – médecin du travail ou par le médecin du travail seul. Cela nous a permis de compléter la liste des problématiques existantes dans les services concernés mais aussi nous a fourni des pistes d'action pour l'amélioration du vécu au travail des soignants.

Dans la littérature quelques publications citent les entretiens collectifs en tant que partie intégrante des méthodes de préventions utilisées mais il s'agit surtout des méthodes d'ergonomie participative^{99, 100, 101} les participants ayant reçu une brève formation en ergonomie les permettant ensuite de révéler facilement les différentes problématiques existantes au niveau de l'organisation du travail. D'autres auteurs^{83, 84, 85, 86, 92} ont réalisé des entretiens collectifs directement à visé thérapeutique avec un psychologue de travail en essayant d'aider les participants à améliorer leur coping et leur vécu au travail. On peut considérer donc notre méthode comme innovatrice les agents ayant pu être impliqués activement dans cette démarche

et ayant pu nous aider à élaborer le plan d'action pour chaque service exprimant leurs opinions sans avoir eu la moindre notion d'ergonomie, en se basant seulement sur leur vécu des situations difficiles au travail.

2.4. Résultats préliminaires encourageants

Les résultats de la présente étude doivent s'appréhender comme un état de lieux préliminaire car l'échantillon apparié est trop peu représentatif. Le recueil des données est toujours en cours et cet échantillon sera élargi et homogénéisé au niveau des certaines caractéristiques différentielles d'intérêt afin de pouvoir repréciser cet ensemble des résultats.

Malgré le petit échantillon apparié certains résultats semblent toutefois significatifs. Si l'exploitation du Siegrist n'a pas apportés des éléments concluants l'exploitation des autres échelles utilisées semblent plus prometteurs.

L'analyse du *MBI* met en évidence certaines corrélations entre les dimensions définissant le syndrome d'épuisement professionnel et les dimensions psychosociales du Siegrist: lors du temps d'évaluation n° 1 (T1) les gratifications monétaires apparaissent négativement liées au sentiment de dépersonnalisation et le surinvestissement au travail apparaît positivement corrélé à l'accomplissement personnel. L'âge apparaît négativement corrélé à l'épuisement émotionnel. Cela signifie que ce sont les agents les plus jeunes qui présentent des scores d'épuisement émotionnel plus élevé. En même temps l'âge apparaît négativement corrélé à la dépersonnalisation ça veut dire que plus les agents avancent en âge, moins ils font preuve d'un manque d'empathie ou d'attitudes impersonnelles dans leur travail. Lors du T2 les efforts extrinsèques sont positivement liés à l'épuisement émotionnel, le contrôle du statut professionnel est négativement associé à l'épuisement émotionnel et le surinvestissement au travail et positivement corrélé à l'épuisement émotionnel. En plus les troubles du sommeil apparaissent négativement liés à l'accomplissement personnel. Concernant la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel lors des deux temps d'évaluation la situation apparaît plus favorable lors du T2 (après l'engagement des mesures de prévention).

Au niveau des scores dimensionnels du MBI la tendance générale qui s'observe est en faveur du T2. Il ressort globalement une diminution des scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation et une augmentation des scores d'accomplissement personnel. Une différence significative se dégage au niveau des scores d'épuisement émotionnel observés en

T1 et T2 chez les agents de gériatrie et montre que l'épuisement émotionnel tend à être significativement plus faible lors du T2 pour ces agents.

L'exploitation de l'échelle **HADS** permet d'observer que les scores moyens d'anxiété observés pour la profession IDE au T1 et au T2 tendent à être significativement différents. Ça veut dire qu'après la mise en place des mesures correctives les agents IDE rapportent un score d'anxiété qui tend à être plus faible que ce qu'il était lors du T1.

Concernant les relations entre les dimensions psychosociales du Siegrist et les variables d'anxiété et de dépression quelques corrélations sont significatives au T1 : les gratifications monétaires sont négativement liées à l'anxiété et le surinvestissement au travail est positivement corrélé à l'anxiété. Ces résultats sont en accord avec les données disponibles dans la littérature car cette association a été retrouvée au cours de certains travaux empiriques¹³⁹.

Concernant les relations entre les dimensions définissant le syndrome de burnout et les variables d'anxiété et de dépression, lors du T1 deux corrélations sont significatives : l'épuisement émotionnel est positivement lié à l'anxiété et la dépersonnalisation est positivement liée à l'anxiété. Une telle association vient réaffirmer que cette distanciation par rapport à l'autre agit bien comme un mécanisme de défense ; elle se révèle être un mode de protection de soi et de son intégrité psychique et se positionne comme la seule attitude permettant de réaliser un travail relationnel. Ces corrélations sont en adéquation avec les ressources empiriques disponibles ou des associations de même nature entre ces deux dimensions du MBI et l'anxiété ont déjà été relayées¹¹³.

Lors du T2 au niveau des relations se matérialisant entre les composantes psychosociales du Siegrist et les variables d'anxiété et de dépression, une corrélation se révèle significative et se maintient par rapport au T1 : le surinvestissement au travail est positivement corrélé à l'anxiété.

Au niveau des liens s'exprimant entre les dimensions définissant le syndrome d'épuisement professionnel et les variables d'anxiété ou de dépression les corrélations qui se révèlent significatives sont : l'épuisement émotionnel en relation positive avec l'anxiété, l'épuisement émotionnel positivement corrélé à la dépression et la dépersonnalisation qui apparaît positivement liée à la dépression. Ces dernières corrélations sont en accord avec les données disponibles dans la littérature empirique¹¹³.

Globalement nous pouvons observer une modeste diminution du niveau d'anxiété avérée du T1 au T2 pour l'ensemble de l'effectif. En désolidarisant ces distributions eu égard

aux deux secteurs d'exercice nous remarquons une diminution de l'anxiété du T1 au T2 pour les agents du secteur « urgences ».

Enfin concernant l'exploitation de *l'échelle ESVP -5* deux corrélations se révèlent positives et concernent la même composante psychosociale du Siegrist : les récompenses au travail et la sous dimension référant au contrôle du statut professionnel apparaissent positivement liées à la satisfaction de vie professionnelle lors du T1. Lors du T2 plusieurs corrélations sont significatives : une relation positive entre la sous dimension référant au contrôle du statut professionnel et la satisfaction de vie professionnelle, le surinvestissement au travail apparaît négativement corrélé à la satisfaction de vie professionnelle, l'épuisement émotionnel est négativement corrélé à la satisfaction de vie professionnelle et l'anxiété apparaît aussi négativement associée à la satisfaction de vie professionnelle.

Sur l'ensemble de l'échantillon une augmentation du score moyen de satisfaction de vie professionnelle se produit bien du T1 au T2 mais elle reste infime.

3. Réserves et limites interprétatives de la présente étude

Plusieurs réserves et limitations doivent être évoquées concernant ce travail :

D'abord, **l'effectif de notre échantillon apparié « T1-T2 » restant très modeste (N=18)**, ce travail doit être envisagé comme **une évaluation préliminaire**. Cependant, le recueil de données est toujours « en cours » si bien que, lors d'une prochaine étape, les résultats pourraient être reprécisés et affinés en bénéficiant d'un effectif « temporellement apparié » plus conséquent.

Ensuite, il convient de préciser, qu'en sus d'une comparaison T1/T2 sur l'ensemble de l'effectif, il était initialement prévu de désolidariser les résultats eu égard notamment aux *différentes professions* et *différents secteurs d'exercice*. Cependant, étant donné l'effectif retenu pour fins de traitement (N=18), si nous procédons à une désolidarisation par profession, nous obtenons « N=6 » agents IDE, « N=11 » agents AS/ASH, « N=1 » agent Cadre et si nous procédons à une désolidarisation par secteur, nous obtenons « N= 7 » agents pour le secteur « Urgences » et « N=11 » agents pour le secteur « Gériatrie ». A notre sens, ces effectifs restent insuffisants et ne sont pas assez équilibrés au niveau des différents groupes pour légitimer de telles comparaisons par profession ou par secteur d'exercice. Ils nécessitent d'être augmentés et équilibrés. Cependant, pour les besoins de ce travail d'évaluation, nous avons tenté malgré tout d'effectuer ces comparaisons par profession et par secteur d'exercice.

Enfin, une dernière **limite de portée interprétative** doit être évoquée et concerne les paramètres définissant cette évaluation « avant-après ».

Si les études « avant-après » sont utiles pour permettre d'évaluer l'efficacité d'un programme préventif ou d'une action de santé engagée par exemple, elles se heurtent à certaines limitations au niveau de l'interprétation. En effet, dans ce type d'étude « avant-après », il existe des difficultés d'interprétation qui proviennent d'une possible variation spontanée des indicateurs de mesure qui peut se produire, dans un intervalle donné, en l'absence de toute intervention, du fait de l'influence d'autres paramètres non maîtrisés (*autrement nommés facteurs de confusion*). En effet, certaines variables non contrôlables peuvent impacter sur certaines mesures telles que le vécu au travail ou la santé psychique des sujets (exemple : évolution positive du statut professionnel dans l'intervalle, changement de supérieur(s) hiérarchique(s) ou de collectif de travail voire même, événements de vie personnelle heureux ou malheureux survenus dans l'intervalle temporel...).

Pour contrôler autant que possible ce biais, l'évaluation doit être non seulement comparative mais doit aussi comporter un **groupe contrôle simultané utilisé comme référence**. Autrement dit, seule cette double condition permet d'attribuer véritablement les éventuels effets mis à jour à des actions ou dispositifs engagés entre deux temps de mesures par exemple.

Cela signifie que dans le cadre de notre évaluation, il aurait fallu, en parallèle, solliciter des agents du secteur « Urgences » et « Gériatrie » pour les deux temps d'évaluation définis mais qui n'auraient pas bénéficié des mesures modifiant l'organisation du travail dans l'intervalle T1→T2. Cependant, répondre à cette condition simultanée **soulevait d'emblée un problème éthique insoluble**.

Le groupe d'agents du secteur « *Ophthalmologie* » initialement prévu pour inclusion aurait pu se rapprocher de ce statut de groupe contrôle en ce sens qu'il apparaissait comme une population « plus épargnée » que les agents du secteur « Urgences » et « Gériatrie » pour ce qui relève de l'exposition à certaines situations particulièrement anxiogènes (ex : confrontation à la mort) ou à certains facteurs de stress professionnel. Observer les différentes variations des indicateurs de travail et de santé entre ces trois groupes d'agents avant et après la mise en place de mesures modifiant l'organisation du travail aurait vraisemblablement permis d'apporter un peu plus de consistance à certains résultats.

Dans la littérature nous n'avons pas trouvé des études comparatives (avant – après) évaluant l'efficacité d'une méthode de prévention des risques psychosociaux. De ce point de vue ce travail peut être considéré comme innovant surtout en prenant en compte les premiers résultats plutôt encourageants et le retour positif du personnel soignant.

Les risques psychosociaux représentent un sujet complexe. Actuellement au cœur de l'actualité médiatique et politique, des mesures de prévention sont exigées et nécessaires. Dans ce contexte notre démarche de prévention peut être considérée un pas important vers l'amélioration des conditions de travail des soignants, l'un de métiers le plus exposés à ce risque.

Conclusions et perspectives

Dans un contexte économique et social fragile, l'émergence des risques psycho-sociaux est une problématique d'actualité y compris pour le monde hospitalier. La prévention primaire par des systèmes de régulations participatives du travail, par des échanges sur les stratégies utilisées pour réaliser un travail de qualité, par des moyens de valorisation des réussites et par une communication active de l'ensemble des acteurs sur tous les projets est à privilégier.

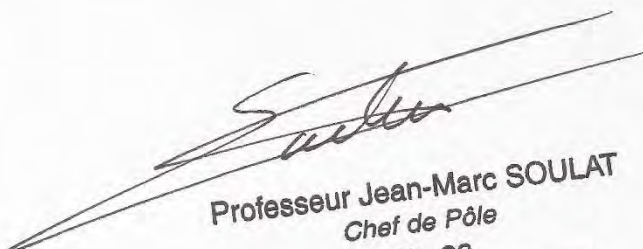
Notre étude s'inscrit dans une démarche de prévention des RPS. Le travail en pluridisciplinarité nous a permis d'avoir une vision panoramique du travail réel des soignants, et de réaliser des liens entre l'état de santé des soignants et différentes situations à risque au travail. Les plans d'action mis en place dans les services concernés, ont représenté un pas important d'acceptation et de validation de notre démarche. Même si les résultats préliminaires de l'évaluation par les questionnaires ne permettent pas d'affirmer statistiquement une amélioration du vécu au travail du personnel, les premières analyses sont encourageantes et corroborent aux synthèses des entretiens collectifs réalisés après la mise en place des modifications organisationnelles.

Dans un établissement hospitalier soumis à des fortes contraintes temporelles, nous avons rencontré beaucoup de difficultés pour la mise en place de la démarche participative. Le turnover important des effectifs n'a pas facilité le suivi longitudinal du vécu au travail. Cette méthode pourrait être pérennisée au sein du CHU. Toutefois, elle ne pourra être applicable que si l'ensemble des acteurs du secteur acceptent de participer activement à la démarche. Ainsi, un cahier de charge est en cours d'élaboration afin de bien valider le besoin et l'engagement du secteur à participer tout au long du processus, de l'évaluation du risque psycho-social jusqu'à la mise en place des plans de prévention.

En perspectives, nous envisageons de recueillir dans les secteurs analysés d'autres questionnaires au T2 (pour les agents ayant remplis les questionnaires au T1) dans le but d'obtenir un effectif plus représentatif et de pouvoir confirmer ou infirmer les tendances que nous avons pu observer.

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

D. ROUGE


Professeur Jean-Marc SOULAT
Chef de Pôle
Pôle 28
Santé Société Réadaptation
CHU de TOULOUSE

Bibliographie

1. ROUSSEL – MONFAJON C., MIGNACCA G., JAYET C., « Connaître, prévenir et prendre en compte les situations de souffrance au travail », Les cahiers d'Unifaf Rhones Alpes, février 2011
2. NASSE P, LEGERON P. « Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail » remis au Ministre du travail, des Relations Sociales et de la Solidarité, Monsieur le Ministre Xavier Bertrand, le 12 mars 2008, Paris, 42p. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000156>
3. LECLERC A, KAMINSKI M et LANG T. « Inégaux face à la santé : du constat à l'action » Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Paris, La découverte, 2008, 297p.
4. « Le stress au travail », INRS Paris : 2008, 19p
5. « Surveillance épidémiologique des risques professionnels, quoi de neuf? », Bulletin épidémiologique hebdomadaire INVS, 5 juin 2012 n° 22-23
6. « Quelle reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail ? Une étude sur 10 pays européennes », Eurogip, rapport d'étude, février 2013, Réf. Eurogip – 81/F
7. « Risques psycho sociaux au travail : une problématique européenne », Eurogip Rapport de l'agence européenne janvier 2010, Réf. Eurogip – 47/F
8. ASKENAZY P, BAUDELLOT C, BROCHARD P et Al, « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. 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 », 2011, 223 p. Disponible sur : <http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/documentation-publications,49/rapports,51/travail,900/sante-au-travail,1803/mesurer-les-facteurs-psychosociaux,13319.html>
9. DEJOURS C., « Travail, usure mentale », Paris Bayard 2000 (nouvelle édition augmentée), 281p.
10. « Stress au travail et santé. Situation chez les indépendant. Expertise collective », INSERM, avril 2011, 483p.

11. BUZELAY L, DEBARRE J et BERSON C., «Les maladies à caractère professionnel en Poitou-Charentes. Résultats des quinzaines 2008», Observatoire Régional de la Santé du Poitou-Charentes Poitiers ; 2009, 8p.
12. COHIDON C., MURCIA M et le comité de pilotage de Samotrace région Centre – Volet « Epidémiologie en entreprise », Institut de Veille Sanitaire, Saint- Maurice : 2007, 4p
13. NIEDHAMMER I, DAVID S, DEGIOANNI S, « Violence psychologique au travail et santé mentale : résultats d’une enquête transversale en population salariée en région Paca, France 2004 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire 9 juin 2009 ; 25-26 : 271-5.
14. NYBERG A, ALFREDSSON L, THEORELL T et Al, « Managerial leadership and ischaemic heart disease among employees : the swedish WOLF study », Occ. Environ. Med., 2009 Jan, 66(1) : 51-55
15. VIRTANEN M, STANSFELD SA, FUHRER R et Al, « Overtime work as a predictor of major depressive episode : a 5 year follow up of WHITEHALL II study » PlosOne, 2012, 7(1) : e30719
16. BURCHFIELD SR, « The stress reponse : a new perspective review article », Psychosomatic Medecine, 1979 Dec., vol.41, n°8, 661-672
17. SELYE H, « The stress of life », New York, US, McGraw-Hill 1956, 324p.
18. GUILLET L., «Stress, modèles et application, section : 16 psychologie sociale et de la santé », 8 juillet 2011
19. VEZINA, M « La prévention des problèmes de santé psychologique lies au travail : Nouveau défi pour la santé publique », Santé publique, 2008/hs Vol. 20, p.121-128
20. KARASEK RA., THEORELL T. « Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life », Basic Book. New York. (1990), 381 p.
21. BOURBONNAIS R, LAROQUE B, BRISSON C, VEZINA M., «Contraintes psychosociales au travail », Portrait social du Québec, 2001, chap. 11, 267-277
22. NIEDHAMMER I, GOLDBERG M, DEGIOANI S et Al. « Exposition aux facteurs du modèle de Karasek en France: étude méthodologique à l’aide de l’enquête nationale SUMMER » Travailler 2007 ; 17 ; 47-70
23. DARES. « L’exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994-2003 : premiers résultats de l’enquête SUMMER 2003 », décembre 2004

24. Audition de J. Siegrist au Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail. Disponible sur :
<http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/medias/Johannes-Siegrist.pdf>
25. BRESSOL E. « Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés » Avis et rapports du Conseil Economique et Social, avis adopté par le conseil économique et social au cours de sa séance du mercredi 7 avril 2004, 202 pages. Disponible sur :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000702/0000.pdf>
26. VEZINA, M., « La santé mentale au travail : pour une compréhension de cet enjeu de santé publique » Santé mentale au Québec, 1996, 21(2), 117-138
27. ZARIFIAN, P. « Compétences et stratégies d'entreprises » Paris: Edition Liaisons, 2005-193 p.
28. AUBERT N. « Violence du temps et pathologies hypermodernes » ; Cliniques méditerranéennes, 2008/2, n° 78, 23-38.
29. CLOT, Y. « La fonction psychologique du travail ». Paris : PUF, 1999 - 247 p.
30. THEBAUD-MONY A., « L'industrie nucléaire. Sous traitance et servitude », Paris: Editions Inserm, collection *Questions en santé publique*, 2000 - 272 p.
31. SARNIN P. « Psychologie du travail et des organisations. » Bruxelles : De Boeck, collection : Ouvertures psychologiques, 1^{er} édition, septembre 2007 - 224p.
32. GABRIEL P, LIIMATAINEN M.R, « Mental Health in the workplace – situation analysis in the United Kingdom » International Labour Organization 2000, 37 p. Disponible sur :
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_emp/@ifp_skills/documents/publication/wcms_108226.pdf
33. TRONTIN C., LASSAGNE M., BOINI S., RINAL S. « Le coût du stress professionnel en France en 2007 » INRS, 2010 - 6p.
34. Direction des études « Mission Santé –Sécurité au travail dans les fonctions publiques (MSSTFP) », Intefp – La réglementation SST européenne, INTEFP – MSSTFP - 01/10/2010. Disponible sur : <http://www.intefp-sstfp.travail.gouv.fr/>

35. « Prevention of psychosocial risks and stress at work in practice ; European week for safety and health at work 2002 », European Agency for Safety and Health at work, 2002 Bilbao Spain – 79p. Disponible sur : <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/104>
36. Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant la création d'un document unique. www.legifrance.gouv.fr
37. JORF du 18/01/2002, page 1008 (www.legifrance.gouv.fr)
38. Accord national interprofessionnel stress au travail, accord du 2 juillet 2008 relatif au stress au travail NOR. Disponible sur :
http://www.journal-officiel.gouv.fr/publications/bocc/pdf/2009/0002/CCO_20090002_0002_0020.pdf
39. Arrêté du 23 avril 2009 portant l'extension de l'accord national interprofessionnel sur le stress au travail. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
40. CORDIER M. « L'organisation du travail à l'hôpital, évolutions récentes », Drees Etudes et résultats, n° 709, novembre 2009.
41. JORF n°293 du 19 décembre 2003 page 21641
42. JORF n°190 du 17 août 2004 page 14598 et rectificatif
43. JORF n°102 du 3 mai 2005 page 7626
44. JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184
45. KERVASDOUE J. « La crise des professions de santé », Paris, édition Dunod - FNMF, 2003 - 330p.
46. Haute Autorité de Santé (HAS) Actes du séminaire « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé » 21 octobre 2010 La plaine Saint Denis. Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/actes_seminaire_qvt_has_20101021.pdf
47. « Premiers synthèses informations : Les expositions aux risques professionnels des personnels soignants en 2003 (enquête SUMMER 2003) », DARES, n° 41.4, octobre 2009
48. LE LAN R, « Les conditions de travail perçues par les professionnels de santé. Études et résultats », DRESS août 2004, n° 335

49. « L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes ». Dress, études et résultats, N° 709, novembre 2009
50. ESTRYN-BEHAR M., BEN-BRIK E., LE NEZET O. 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 Prest-Next » ; Archives des Maladies Professionnelles, 2004, 65, n°5, 413-437.
51. DOPPIA MA, ESTRYN –BEHAR M, FRY C et Al « Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT) », Ann Fr Anesth Reanim, 2011 Nov ; 30(11) : 782-94
52. NUBLING M, VOMSTEIN M, SCHMIDT S G et Al, « Psychosocial work load and stress in the geriatric care », BMC Public Health 2010, 10:428
53. MAGNAVITA N, ELOVAINIO M, HEPOINEMI T et Al « Are skin disorders related to work strain in hospital workers ? A cross sectional study ». BMC Public Health 2011, 11 :600
54. AMATI M, TOMASETTI M, CIUCCARELLI M et Al « Relationship of job satisfaction, psychological distress and stress related biological parameters among healthy nurses : a longitudinal study » J. Occup Health 2010; 52 (1): 31-38
55. PARHIZI S, STEEGE L M, PASUPATHY K S « Mining the relationship between psychosocial factors and fatigue dimensions among registered nurses », International Journal of Industrial Ergonomics, january 2013, volume 43, issue 1, 82-90
56. WADMAN C, KJELLBERG A, « The role of the affective stress response as a mediator for the effect of psychosocial risk factors on musculoskeletal complaints », International Journal of Industrial Ergonomics 2007, vol.37, n° 5, p. 395-403
57. SMITH R. D., WEI NING, ZHAO L et Al, « Musculoskeletal complaints and psychosocial risk factors among Chinese hospital nurses » Occupational Medicine 2004; 54: 579-582
58. HOE VC, KELSALL HL, URGUHART DM et Al, « Risk factors for musculoskeletal symptoms of the neck and shoulder alone or neck and shoulder among hospital nurses », Occup Environ Med 2012 Mar ; 69 (3) :198-204

59. CARUGNO M, PESATORI AC, FERRARIO MM et Al « Physical and psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders in Brazilian and Italian nurses », *Cad Saude Publica*, 2012 septembre ; 28 (9) : 1632-1642
60. HERIN F, PARIS C, LEVANT A &Al « Links between nurses' organisational work environment and upper limb musculoskeletal symptoms: Independently of effort-reward imbalance! The ORSOSA study », *Pain* 2011, volume 152, issue 9, p. 2006-2015.
61. JAWOREK M, MAREK T, KARWOWSKI W et Al « Burnout syndrome as a mediator for the effect of work related factors on musculoskeletal complaints among hospital nurses », *International Journal of Industrial Ergonomics*, may 2010, volume 40, issue 3, p. 368-375
62. BACK EM, SEIDLER A, LATZA U et Al, « The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review » *Int Archives Occupational Environmental Health* 2012 Jan, 85(1): 67-79.
63. DIENE E, FOUQUET A, ESQUIROL Y « Cardiovascular diseases and psychosocial factors at work », *Arch Cardiovasc Dis* 2012 Jan ; 105 (1):33-39.
64. ALLESOE K, HUNDRUP YA, THOMSEN JF et Al « Psychosocial work environment and risk of ischaemic heart disease in women : the Danish nurse cohort study », *Occup Environ Med* 2010 May; 67 (5): 318-322
65. DE GAUDEMARIS R, LEVANT A, EHLINGER V et Al « Blood pressure and working conditions in hospital nurses and nursing assistants. The ORSOSA study », *Arch Cardiovasc Dis*. 2011 Feb, 104(2) : 97-103
66. WEINBERG A, CREED F « Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff », *Lancet* 2000 Feb 12; 355 (9203): 533-537
67. AUST B, RUQUILIES R, SKAKON J et Al « Psychosocial work environment of hospital workers : validation of a comprehensive assessment scale », *Int J Nurs Stud*, 2007 July ; 44(5) : 814-25
68. JOLIVET A, CAROLY S, EHLINGER V et Al « Linking hospital workers' organisational work environment to depressive symptoms : A mediating effect of effort-reward imbalance ? The ORSOSA study » ; *Soc Sci Med*. 2010 Aug ; 71(3), 534-540
69. MCHUGH MD, KUTNEY –LEE A, CIMIOTTI JP et Al « Nurses widespread job dissatisfaction, burnout and frustration with health benefits signal problems for patient

- care », National Institut of Health (NIH), Health Aff (Millwood), 2011 Feb; 30 (2): 202-210
70. MARCINKIWSKI JT, EDBOM- KOLARZ A, BAJEK A et Al « Comparative studies on promotion health and life style of hospital staff in Sweeden and Poland », Ann Agric Environ Med, 2012; 19(4) : 732-7
 71. HESKETH KL, DUNCAN SM, ESTABROOKS CA et Al « Workplace violence in Alberta and British Columbia Hospitals » Health Policy. 2003 Mar ; 63(3) : 311-321
 72. CELIK SS, CELIK Y, AGIRBAS I et Al « Verbal and physical abuse against nurses in Turkey », Int Nurs Rev 2007 Dec, 54(4) : 359-366.
 73. KAMCHUCHAT C, CHONGSUVIVATWONG V, ONCHEUNJIT S et Al, «Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in Southern Thailand » J. Occup Health 2008; 50 (2) : 201-207
 74. CASHMORE AW, INDIG D, HAMPTON SE et Al « Workplace violence in a large correctional health service in New South Wales, Australia : a retrospective review of incident management records », BMC Health Serv Res 2012 Aug 9; 12: 245
 75. SCHLABON A, ZEH A, WENDELER D et Al « Frequency and consequences of violence and agression towards employees in the German healthcare and welfare system : a cross-sectional study » BMJ Open 2012 Oct 18; 2(5)
 76. «Observatoire national des violences en milieu de santé », Rapport annuel 2012. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/onvs
 77. KRAMER M, SCHMALENBERG C, «Magnet hospitals: Part I. Institutions of excellence ». J. Nurs Adm, 1988 Jan ; 18(1), 13-24
 78. KRAMER M, SCHMALENBERG C. « Magnet hospitals: Part II. Institutions of excellence », J. Nurs Adm, 1988 Feb ; 18(2):11-19.
 79. AIKEN LH, HAVENS DS, SLOANE DM, « The magnet nursing services recognition program: a comparison of two groups of magnet hospitals », J Nurs Adm, 2009 Jul-Aug ; 39 (7-8 Suppl) : S5-14
 80. STORDEUR S, D'HOORE W, NEXT-Study Group, « Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses ». J Adv Nurs. 2007 Jan ; 57(1) : 45-48

81. PRIEBE S, FAKHOURY WK, HOFFMAN K et Al « Morale and job perception of community mental health professionals in Berlin and London », Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005 Mar ; 40(3) : 223-32
82. ONYETT S, « Revisiting job satisfaction and burnout in community mental health teams » J Mental Health, 2011 Apr ; 20(2) :198-209.
83. EWERS P, BRADSHAW T, McGOVERN J et Al « Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses ? » J Adv Nurses, 2002 Mar; 37(5) :470-476.
84. VAN DIERENDONCK D, GARSSSEN B, VISSER A, « Burnout prevention through personal growth » International journal of stress management 2005 Feb; Vol 12(1) : 62-77
85. SCARNERA P, BOSCO A, SOLETI E et Al « Preventing burnout in mental health workers at interpersonal level : an italian pilot study » Community Ment Health J 2009 Jun ; 45(3) : 222-227.
86. LOKK J., ARNETZ B, « Psychophysiological concomitants of organizational change in health care personnel : effects of a controlled intervention study » Psychother Psychosom 1997; 66 : 74-7.
87. VAN DER KLINK JJ, BLONK RW, SCHENE AH et Al « The benefits of interventions for work related stress » Am J Public Health 2001 Feb, 91(2): 270-276
88. VON BAEYER C, KRAYSE L, « Effectiveness of stress management training for nurses working in a burn treatment unit », Int J Psychiatry Med, 1983-1984 ; 13(2) :113-126
89. GRAY-TOFT P, « Effectiveness of a counseling support program for hospice nurses » J. Counseling psychology, 1980 Jul ; Vol 27(4): 346-354
90. MURPHY LR, « A comparison of relaxation methods for reducing stress in nursing personnel », Hum Factors, 1983 Aug; 25(4): 431-440
91. LEE S, CROCKETT MS « Effect of assertiveness training on levels of stress and assertiveness by nurses in Taiwan, Republic of China », Issues Ment Health Nurs 1994 Jul-Aug; 15(4): 419-432
92. FANELLO S, MORLIER-TOURNELLE C, RIPAULT B, « Souffrance psychiques des cadres infirmières. Etude portant sur 97 cadres d'un centre hospitalier universitaire français», Arch Mal Prof 2003 Nov, vol. 64, n° 6, p. 375-382

93. RICKARD G, LENTHALL S, DOLLARD M et Al, « Organisational intervention to reduce occupational stress and turnover in hospital nurses in the Northern Territory, Australia » Collegian 2012 ; 19(4) : 211-221.
94. SMOOT SL, GONZALES JL, « Cost-effective communication skills training for state hospital employees » Psychiatr Serv 1995Aug; 46(8) : 819-822
95. TRIPODI D, KERIVEN-DESSOMME B, LOMBRAIL P, «Evaluation des risques professionnels perçus chez le personnel du Centre hospitalo-universitaire de Nantes », Archives de maladies professionnelles 2007 Dec, Vol 68, Issue 5: 457-473
96. POUGET R, DI CONSTANZO-POUGNET L, QUERE S et Al, « Souffrance au travail dans un service de réanimation d'un CHRU », Archives des maladies professionnelles 2013 Jun, Vol 74, Issue 3, p. 271-278
97. TUCHTAN L, BELLAGAMBA G, FAVRE N et Al, «Vécu d'agents hospitaliers transférés entre deux sites : étude qualitative au sein d'un hôpital public du Sud Est de la France », Archives des Maladies Professionnelles 2013 Apr, Vol 74, Issue 2, p.140-148
98. WEIBEL L, PITTET A, GABRION I et Al, « Evaluation du stress des médecins urgentistes lors des interventions pré hospitalières » Archives de maladies professionnelles 2004 May, vol. 65, Issues 2-3, p. 139
99. ESTRYN-BEHAR M, BOUVATIER C., MILANINI-MAGNY J et Al « L'ergonomie participative pour adapter l'espace de travail aux besoins des soignants », Soins pédiatre-puériculture 2011 Jan-Fév., n° 258, Vol. 32, p. 41-44
100. ESTRYN-BEHAR M, RAPHAEL M, MILANINI-MAGNY G et Al « Ergonomie participative aux urgences – Méthode d'implantation de changements », Ann. Fr. Med., 2013 Jul, Vol 3, Issue 4, p. 230-239
101. ESTRYN-BEHAR M, CHAUMON E, GARCIA F et Al, «La souffrance au travail en gériatrie. Comprendre et agir », La revue de gériatrie et gérontologie, 2013 Janv-Fév., tome XX, n° 191/192, p. 6-27
102. BOURBONNAIS R, BRISSON C, VEZINA M et Al, « Development and implementation of a participative intervention to improve the psychosocial work environment and mental health in an acute care hospital », Occup Environ Med 2006 ; 63: 326-334

103. BOURBONNAIS R, BRISSON C, VEZINA M et Al, « Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting », *Occup Environ Med* 2006 ; 63: 335-342
104. BOURBONNAIS R, BRISSON C, VEZINA M et Al, « Long term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting », *Occup Environ Med* 2011 ; 68: 479-486
105. Site internet CHU : Chiffre clés 2010.
106. MEREAU M.A, « Risques psychosociaux et stress au travail », Istnf, Plateforme santé travail, 2009
107. SIEGRIST J, « Adverse health effects of high effort – low reward conditions », *J Occup Health Psychol*, 1996 Jan ; 1(1): 27-41
108. SIEGRIST J, « Adverse health effects of effort-reward imbalance at work. Theory, empirical support, and implications for prevention » ; C. L. Cooper (Ed), *Theories of organizational stress*, Oxford, UK : Oxford University Press, p. 191-204
109. LOUREL M, MABIRE C. « Le déséquilibre efforts-récompenses et les débordements entre vie et travail, vie privée chez les éleveurs laitiers : leurs effets sur l'épuisement professionnel » *Santé Publique H.S.* 2008, 20: 89-98
110. NIEDHAMMER I, SIEGRIST J, LANDRE MF et Al, « Etude des qualités psychométriques de la version française du modèle du déséquilibre efforts/récompenses » *Revue d'épidémiologie et Santé Publique*, 2000, vol. 48, n°5, p. 419-437
111. MASLACH C., « Understanding burnout : definitional issues in analyzing a complex phenomenon » (book chapitre), *Job stress and burnout : Recherche, theory and intervention perspective*, Paine, Whiton Stewart. Beverly Hills Sage Publications, Sage, p.29-40
112. MASLACH C, JACKSON SE 1986 « Maslach Burnout Inventory : Manual », 2nd edition, Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press Inc, 34p.
113. DION G, TESSIER R, « Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel e Maslach et Jackson », *Revue canadienne des sciences du comportement* 1994, 26(2) : 210 -227
114. TRUCHOT D, « Epuisement professionnel : concepts, modèles, interventions » Paris 2004, Collection : Psycho Sup, Dunod, 280p.

115. DIENER E, EMMONS RA, LARSEN RJ et Al, «The satisfaction with life scale » J Pers Assess, 1985 Feb, 49(1): 71-75
116. BLAIS MR, VALLERAND RJ, PELLETIER LG et Al, « L'échelle de satisfaction de vie : validation canadienne-française du Satisfaction with life Scale » Canad. J Behav Sci/Rev Canad Sci Comp, 1989 Apr, 21(2) : 2010-223.
117. FOUQUEREQU E, ROUX L, «Elaboration de l'échelle de satisfaction de vie professionnelle (ESVP) en langue française: une démarche exploratoire» Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 2002, 34(3) : 210-215
118. ZIGMOND AS, SNAITH RP, « The hospital anxiety and depression scale », Acta Psychiatr Scand, 1983 Jun ; 67(6) : 361-70
119. LEPINE JP, GODCHAU M, BRUN P et Al « Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne » Annales Medico-Psychologiques, Vol 143 (2) :175-189
120. PETERSON U, DEMEROUTI E, BERGSTROM G et Al, « Burnout and physical and mental health among swedish healthcare workers » J Adv Nur 2008 Apr, 62(1): 84-95
121. NEWBURY-BIRCH D, KAMALI F, «Psychosocial stress, anxiety, depression, job satisfaction and personality characteristics in preregistration house officers » Postgrad. Med. J, 2001 Feb, 77(904): 109-111
122. PELOSI P, CAIRONI P, VECCHIONE A et Al, « Anxiety and stress in the nursing staff. A comparative study between intensive care and general wards » Minerva Anesthesiol, 1999 May ; 65(5 Suppl 1) : 108-115.
123. ANDREWS B, WILDING JM, « The relation of depression and anxiety to life stress and achievement in students » Br J of Psychol., 2004 Nov ; 95 (Pt4): 509-521
124. OLIGNY M, «Le burnout ou l'effet d'usure imputable à la régulation permanente d'incidents critiques. L'exemple du milieu policier » Revue internationale de Psychosociologie, 2009, 16: 207-228.
125. ARONSSON G, GUSTAFSSON K, DALLNER M, « Sick but yet at work. An empirical study of sickness pesenteeisme », J Epidemiol Community Health, 2000 Jul ; 54 (7): 502-509.

- 126.KIVIMAKI M, FERRIE JE, BRUNNER E et Al, « Justice at work and reduced risk of coronary heart disease among employees : the whitehall II study » Arch Intern Med, 2005 Oct 24; 165(19): 2245-2251
- 127.KOOPMAN C, PELLETIER KR, MURRAY JF et Al « Stanford presenteeism scale: health, status and employee productivity », J Occup Environ Med, 2002 Jan; 44(1): 14-20
- 128.«Maîtrise des risques et qualité de vie au travail », Préventica Magazine, 2010. Disponible sur : <http://www.preventica.com/dossier-risques-psychosociaux-définition.php>
- 129.KARASEK RA, THEORELL T, SCHWARTZ JE et Al, « Job Characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES) », Am J Public Health, 1988 Aug ; 78 (8) : 910-918
- 130.JAGDISH KD, «Job stressors and their effects on physical health, emotional health and job satisfaction in a University» Journal of Educational Administration, 1994, 32(1): 59-78
- 131.JENKINS R, ROSE J, LOVELL C, «Physiological well being of staff working with people who have challenging behaviour » J Intellect Disabil. Res, 1997 Dec, 41(6): 502-511
- 132.LAURENT A, CHAHRAOUI K, CARLI P, « Les répercussions psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel SAMU : étude portant sur 50 intervenants SAMU » Annales médico-psychologiques, 2007 Oct, 165(8): 570-578
- 133.KUSHNIR T, COHEN AH, KITAI E, «Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction », Med Educ, 2000 Jun, 34(6) :430-436
- 134.RENZI C, TABOLLI S, IANNI A et Al, «Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital » J Eur Acad Dermatol Venerol. 2005 Mar, 19(2):153-157.
- 135.PETER R, SIEGRIST J, « Chronic work stress, sickness, absence and hypertension in middle managers : general or specific sociological explanations ? » Soc Sci Med, 1997 Oct; 45(7): 1111-1120
- 136.SCHREUDER JA, ROELEN CA, KOOPMANS PC et Al « Effort-reward imbalance is associated with the frequency of sickness absence among female hospital nurses: a cross-sectional study », Int J Nurs Stud, 2010 May ; 47(5): 569-576.

137. RUCAY P, BONNEAU I, «Le projet ESPRIH : évaluation et étude des risques psychosociaux à l'hôpital », Archives des maladies professionnelles 2012 Dec ; 73 : 877-884.
138. GRIEP RH, ROTENBERG L, LANDSBERGIS P et Al, «Combined use of job stress models and self-rated health in nursing», Rev Saude Publica 2011 Feb; 45(1) : 145-152
139. GODIN I, KITTEL F, COPPIETERS Y, SIEGRIST J, « A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health », BMC Public Health 2005 Jun 15, 5: 67

Abréviations

RPS : risques psychosociaux

INRS : INRS : Institut national de recherche sur la santé et la sécurité

MCP : maladies à caractère professionnel

CRRMP : comité régional des reconnaissances des maladies professionnelles

ANACT : agence national pour l'amélioration des conditions de travail

ISTNF : institut de santé au travail du nord de la France

SGA : syndrome général d'adaptation

CHSCT : comité d'hygiène, sécurité et conditions de travail

DMP : dossier médical personnalisé

HPST : la loi hôpital, patients, santé et territoire

ARS : agence régionale de santé

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

CNAM : conservatoire national des arts et des métiers

INSEE : l'Institut national de la statistique et des études économiques

HAS : haute autorité de santé

MBI : Maslach burnout inventory

TMS : troubles musculo squelettiques

ERI : effort-reward imbalance

IDE : infirmière diplômé d'état

AS : aide- soignante

EVA : échelle visuelle analogique

ONVS : observatoire national des violences en milieu de santé

HADS : hospital anxiety et depression scale

AMC : accueil médico chirurgical

RQTH : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

ESDV : échelle de satisfaction de vie

ESVP : échelle de satisfaction de vie professionnelle

SPS : stanford scale of presenteisme

ASH : agent de service hospitalier

Annexe 1 :

Les nouvelles missions du service public hospitalier :

- 1) La permanence de soins ;
- 2) La prise en charge des soins palliatifs ;
- 3) L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- 4) La recherche ;
- 5) Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- 6) La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences ;
- 7) Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- 8) L'aide médicale urgente conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- 9) La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes dans ce domaine, et les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- 10) Les actions de santé publique :
- 11) La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
- 12) Les soins dispensés aux détenus en milieux pénitentiaires, et, si nécessaires, en milieu hospitalier selon des conditions définies par décret ;
- 13) Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L.551-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile :
- 14) Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

Annexe 2 :

Questionnaire clinique (hétéro-évaluation)

QUESTIONNAIRE CLINIQUE

date : _____

Numéro d'anonymat : _____

Poids : kg

RQTH : oui ☐ non ☐

Taille : cm

Poste aménagé : oui ☐ non ☐

Sexe :

Variation récente de poids oui ☐ non ☐ depuis _____ an, de _____ kg

Pathologies diagnostiquées et prises en charge = déclarée au médecin du travail, diagnostiquée par un médecin généraliste et objet d'un suivi et/ou d'un traitement

- HTA connue : oui ☐ non ☐ Traitement : oui ☐ non ☐ _____

TA moyenne de 3 mesures : _____ mm Hg

- Coronaropathie (coronarographie et/ou scintigraphie faites) : oui ☐ non ☐
- AVC (scanner fait) : oui ☐ non ☐
- Diabète ou pré-diabète (bilan et/ou ttt) : oui ☐ non ☐
- Dyslipidémie (bilan et/ou ttt) : oui ☐ non ☐ Type : _____
- TMS (suivi rhumato et/ou examens complémentaires) au cours des 12 derniers mois :
oui ☐ non ☐

Type _____

Intensité (de 1 à 10) _____

Fréquence : *presque jamais* o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *presque toujours*

- Infections à répétition (> ou = 3 / an avec arrêt) : oui ☐ non ☐

Symptôme déclarés en lien avec le travail

- Migraines ou céphalées : oui ☐ non ☐

A votre avis en relation avec le travail : oui ☐ non ☐

Intensité (de 1 à 10) _____

Fréquence : *presque jamais* o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *presque toujours*

- Troubles du sommeil oui ☐ non ☐

A votre avis en relation avec le travail oui ☐ non ☐

Type de troubles du sommeil :

- Insomnie d'endormissement oui ☐ non ☐
- Insomnie de milieu de nuit oui ☐ non ☐
- Insomnie de fin de nuit oui ☐ non ☐
- Sensation de ne pas dormir oui ☐ non ☐
- Caractéristiques des troubles du sommeil :

- ☐ Aucune gêne o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Beaucoup de gêne
- ☐ Mauvais sommeil o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Excellent sommeil
- ☐ Somnolence importante o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Eveil excellent en journée
- Signes digestifs avec ttt régulier oui ☐ non ☐
- A votre avis en relation avec le travail oui ☐ non ☐
- Tabac oui ☐ non ☐
- Consommation : _____ cig/j depuis _____ ans
- Augmentation de la consommation au travail oui ☐ non ☐
- Alcool oui ☐ non ☐
- Consommation : _____ verres/j
- Augmentation de la consommation en lien avec le travail oui ☐ non ☐
- Café/thé oui ☐ non ☐
- Consommation : _____ tasses/j
- Augmentation de la consommation au travail oui ☐ non ☐
- Prise de médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytique, stimulants...)
- oui ☐ non ☐
- Consommation : _____
- A votre avis en relation avec le travail oui ☐ non ☐
- Prise de substances illicites (cannabis, etc..)
- oui ☐ non ☐
- Consommation : _____
- A votre avis en relation avec le travail oui ☐ non ☐
- Pratique sportive oui ☐ non ☐
- Type d'activité : _____
- h/semaine

VOS REPONSES A CE QUESTIONNAIRE SONT PROTEGEES PAR LE SECRET MEDICAL ET SONT ANONYMES. VOUS ETES LIBRE DE REPENDRE OU NON A CE QUESTIONNAIRE. IL N'Y A NI MAUVAISES NI BONNES REPONSES, C'EST VOTRE SINCERITE QUI COMPTE AVANT TOUT. POUR LES BESOINS DE L'ETUDE, NOUS VOUS DEMANDONS, S'IL VOUS PLAIT, DE REPENDRE A TOUTES LES QUESTIONS ET DE COMPLETER CE QUESTIONNAIRE SEUL. MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate fournira une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

Pas du tout *Tout à fait*
d'accord o-----o-----o-----o----- **X** -----o-----o *d'accord*

Pas du tout d'accord 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait d'accord

Pas du tout d'accord 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait d'accord

Pas du tout *Tout à fait*
d'accord 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 d'accord

Pas du tout *Tout à fait*
d'accord 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 *d'accord*

Pas du tout *Tout à fait*
d'accord 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 *d'accord*

Pas du tout d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord Tout à fait

Pas du tout *Tout à fait*
d'accord 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 d'accord

Pas du tout *Tout à fait*
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

VOS REPONSES A CE QUESTIONNAIRE SONT PROTEGEES PAR LE SECRET MEDICAL ET SONT ANONYMES. VOUS ETES LIBRE DE REpondre OU NON A CE QUESTIONNAIRE. IL N'Y A NI MAUVAISES NI BONNES REPONSES, C'EST VOTRE SINCERITE QUI COMPTE AVANT TOUT. POUR LES BESOINS DE L'ETUDE, NOUS VOUS DEMANDONS, S'IL VOUS PLAIT, DE REpondre A TOUTES LES QUESTIONS ET DE COMPLETER CE QUESTIONNAIRE SEUL. MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION.

Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

On me traite injustement dans mon travail

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement non désiré dans ma situation de travail

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Mes perspectives de promotion sont faibles

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Ma sécurité d'emploi est menacée

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Au travail, il m'arrive fréquemment d'être pressé(e) par le temps

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Je commence à penser à des problèmes au travail dès que je me lève le matin

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Quand je rentre à la maison, j'arrive facilement à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne mon travail

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Mes proches disent que je me sacrifie trop pour mon travail

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

VOS REPONSES A CE QUESTIONNAIRE SONT PROTEGEES PAR LE SECRET MEDICAL ET SONT ANONYMES. VOUS ETES LIBRE DE REpondre OU NON A CE QUESTIONNAIRE. IL N'Y A NI MAUVAISES NI BONNES REPONSES, C'EST VOTRE SINCERITE QUI COMPTE AVANT TOUT. POUR LES BESOINS DE L'ETUDE, NOUS VOUS DEMANDONS, S'IL VOUS PLAÎT, DE REpondre A TOUTES LES QUESTIONS ET DE COMPLETER CE QUESTIONNAIRE SEUL. MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION.

Le travail me trotte encore dans la tête quand je vais au lit

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Quand je remets à plus tard quelque chose que je devrais faire le jour même, j'ai du mal à dormir le soir

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Il m'est arrivé(e) de me rendre au travail alors que j'aurais pu être en arrêt maladie à cause de mon état de santé physique

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Il m'est arrivé(e) de me rendre au travail alors que j'aurais pu être en arrêt maladie à cause de mon état de santé psychologique

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Actuellement, mon niveau de bien-être au travail est satisfaisant

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Face à chaque proposition ci-dessous, veuillez estimer, s'il vous plaît, la fréquence selon laquelle vous avez éprouvé, ces derniers temps, le sentiment évoqué.

Pour cela, cochez à l'aide du tableau la modalité de réponse correspondante (*Jamais / Quelques fois par an / Une fois par mois / Quelques fois par mois / Une fois par semaine / Quelques fois par semaine / Chaque jour*).



ATTENTION : Si vous ne travaillez pas au contact direct des patients, vous devez répondre aux affirmations ci-dessous en substituant au terme "patients" le groupe de personnes avec lesquelles vous êtes directement en contact dans le cadre de votre travail.

	<i>Jamais</i>	<i>Quelques fois par an</i>	<i>Une fois par mois</i>	<i>Quelques fois par mois</i>	<i>Une fois par semaine</i>	<i>Quelques fois par semaine</i>	<i>Chaque jour</i>
Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail							
Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail							
Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail							
Je peux comprendre facilement ce que mes « patients » ressentent							

VOS REPONSES A CE QUESTIONNAIRE SONT PROTEGEES PAR LE SECRET MEDICAL ET SONT ANONYMES. VOUS ETES LIBRE DE REPENDRE OU NON A CE QUESTIONNAIRE. IL N'Y A NI MAUVAISES NI BONNES REPONSES, C'EST VOTRE SINCERITE QUI COMPTE AVANT TOUT. POUR LES BESOINS DE L'ETUDE, NOUS VOUS DEMANDONS, S'IL VOUS PLAIT, DE REPENDRE A TOUTES LES QUESTIONS ET DE COMPLETER CE QUESTIONNAIRE SEUL. MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION.

	<i>Jamais</i>	<i>Quelques fois par an</i>	<i>Une fois par mois</i>	<i>Quelques fois par mois</i>	<i>Une fois par semaine</i>	<i>Quelques fois par semaine</i>	<i>Chaque jour</i>
Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets							
Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts							
Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes « patients »							
Je sens que je craque à cause de mon travail							
J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens							
Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail							
Je me sens plein(e) d'énergie							
Je me sens frustré(e) par mon travail							
Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail							
Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes « patients »							
Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop							
J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes « patients »							
Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes « patients »							
J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail							
Je me sens au bout du rouleau							
Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement							
J'ai l'impression que mes « patients » me rendent responsable de certains de leurs problèmes							
Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement							

VOS REPONSES A CE QUESTIONNAIRE SONT PROTEGEES PAR LE SECRET MEDICAL ET SONT ANONYMES. VOUS ETES LIBRE DE REpondre OU NON A CE QUESTIONNAIRE. IL N'Y A NI MAUVAISES NI BONNES REPONSES, C'EST VOTRE SINCERITE QUI COMPTE AVANT TOUT. POUR LES BESOINS DE L'ETUDE, NOUS VOUS DEMANDONS, S'IL VOUS PLAÎT, DE REpondre A TOUTES LES QUESTIONS ET DE COMPLETER CE QUESTIONNAIRE SEUL. MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION.

Un certain nombre de propositions sont présentées ci-dessous. Vous devez coter votre degré d'accord avec chacune de ces affirmations en utilisant l'échelle de réponse portée en dessous de chacune d'entre elles. Vous ne devez entourer ou cocher qu'un seul point par proposition. Le point le plus à gauche correspond au désaccord le plus radical. Le point le plus à droite correspond à un accord total.

En général, ma vie professionnelle correspond de près à mes idéaux

Pas du tout *Tout à fait*
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *d'accord*

Mes conditions de vie professionnelle sont excellentes

Pas du tout *Tout à fait*
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *d'accord*

Je suis satisfait(e) de ma vie professionnelle

Pas du tout *Tout à fait*
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *d'accord*

Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais dans ma vie professionnelle

Pas du tout *Tout à fait*
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *d'accord*

Si je pouvais recommencer ma vie professionnelle, je n'y changerais presque rien

Pas du tout *Tout à fait*
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o *d'accord*

Veillez lire, s'il vous plaît, chacune des affirmations suivantes et **entourer le chiffre correspondant à la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler**. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

3 La plupart du temps
 2 Souvent
 1 De temps en temps
 0 Jamais

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

3 Presque toujours
 2 Très souvent
 1 Parfois
 0 Jamais

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

0 Oui, tout autant qu'avant
 1 Pas autant
 2 Un peu seulement
 3 Presque plus

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

0 Jamais
 1 Parfois
 2 Assez souvent
 3 Très souvent

VOS REPONSES A CE QUESTIONNAIRE SONT PROTEGEES PAR LE SECRET MEDICAL ET SONT ANONYMES. VOUS ETES LIBRE DE REpondre OU NON A CE QUESTIONNAIRE. IL N'Y A NI MAUVAISES NI BONNES REPONSES, C'EST VOTRE SINCERITE QUI COMPTE AVANT TOUT. POUR LES BESOINS DE L'ETUDE, NOUS VOUS DEMANDONS, S'IL VOUS PLAIT, DE REpondre A TOUTES LES QUESTIONS ET DE COMPLETER CE QUESTIONNAIRE SEUL. MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- 3 Oui, très nettement
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave
- 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- 0 Pas du tout

Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- 3 Plus du tout
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé

Je ris et vois le bon côté des choses :

- 0 Autant que par le passé
- 1 Plus autant qu'avant
- 2 Vraiment moins qu'avant
- 3 Plus du tout

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- 3 Oui, c'est tout à fait le cas
- 2 Un peu
- 1 Pas tellement
- 0 Pas du tout

Je me fais du souci :

- 3 Très souvent
- 2 Assez souvent
- 1 Occasionnellement
- 0 Très occasionnellement

Je me réjouis à l'idée de faire certaines choses :

- 0 Autant qu'avant
- 1 Un peu moins qu'avant
- 2 Bien moins qu'avant
- 3 Presque jamais

Je suis de bonne humeur :

- 3 Jamais
- 2 Rarement
- 1 Assez souvent
- 0 La plupart du temps

J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- 3 Vraiment très souvent
- 2 Assez souvent
- 1 Pas très souvent
- 0 Jamais

Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

- 0 Oui, quoi qu'il arrive
- 1 Oui, en général
- 2 Rarement
- 3 Jamais

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision :

- 0 Souvent
- 1 Parfois
- 2 Rarement
- 3 Très rarement

VOS REPONSES A CE QUESTIONNAIRE SONT PROTEGEES PAR LE SECRET MEDICAL ET SONT ANONYMES. VOUS ETES LIBRE DE REpondre OU NON A CE QUESTIONNAIRE. IL N'Y A NI MAUVAISES NI BONNES REPONSES, C'EST VOTRE SINCERITE QUI COMPTE AVANT TOUT. POUR LES BESOINS DE L'ETUDE, NOUS VOUS DEMANDONS, S'IL VOUS PLAÎT, DE REpondre A TOUTES LES QUESTIONS ET DE COMPLETER CE QUESTIONNAIRE SEUL. MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION.

Un certain nombre de propositions sont présentées ci-dessous. Vous devez coter votre degré d'accord avec chacune de ces affirmations en utilisant l'échelle de réponse portée en dessous de chacune d'entre elles. Vous ne devez entourer ou cocher qu'un seul point par proposition. Le point le plus à gauche correspond au désaccord le plus radical. Le point le plus à droite correspond à un accord total.

En général, ma vie correspond de près à mes idéaux

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Mes conditions de vie sont excellentes

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Je suis satisfait(e) de ma vie

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais dans ma vie

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Au cours du dernier mois, avez-vous souffert de dépression, de stress ou d'anxiété?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas



- Si vous avez répondu « **Non** » ou « **Je ne sais pas** », merci de passer en **page 8** du questionnaire.
- Si vous avez répondu « **Oui** » à la question précédente, **merci d'indiquer dans quelle mesure vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants** concernant l'impact de votre dépression, de votre stress ou de votre anxiété sur votre situation au travail dans le dernier mois.

À cause de ma dépression, de mon stress ou de mon anxiété, j'ai eu beaucoup plus de difficulté à gérer les sources de stress au travail

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Malgré ma dépression, mon stress ou mon anxiété, j'ai réussi à terminer des tâches exigeantes dans mon travail

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

Ma dépression, mon stress ou mon anxiété m'ont empêché(e) de prendre du plaisir à effectuer mon travail

Pas du tout Tout à fait
d'accord o-----o-----o-----o-----o-----o d'accord

VOS REPONSES A CE QUESTIONNAIRE SONT PROTEGEES PAR LE SECRET MEDICAL ET SONT ANONYMES. VOUS ETES LIBRE DE REpondre OU NON A CE QUESTIONNAIRE. IL N'Y A NI MAUVAISES NI BONNES REPONSES, C'EST VOTRE SINCERITE QUI COMPTE AVANT TOUT. POUR LES BESOINS DE L'ETUDE, NOUS VOUS DEMANDONS, S'IL VOUS PLAIT, DE REpondre A TOUTES LES QUESTIONS ET DE COMPLETER CE QUESTIONNAIRE SEUL. MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION.

Je me suis senti(e) incapable de terminer certaines tâches reliées à mon travail à cause de ma dépression, de mon stress ou de mon anxiété

Pas du tout *Tout à fait*
d'accord o-----o-----o-----o-----o *d'accord*

Au travail, j'ai réussi à me concentrer sur la réalisation de mes objectifs malgré ma dépression, mon stress ou mon anxiété

Pas du tout *Tout à fait*
d'accord o-----o-----o-----o-----o *d'accord*

J'ai trouvé assez d'énergie malgré ma dépression, mon stress ou mon anxiété pour terminer tout mon travail

Pas du tout *Tout à fait*
d'accord o-----o-----o-----o-----o *d'accord*

MERCI DE RENSEIGNER L'ESPACE SUIVANT

Sexe ☐ Masculin ☐ Féminin

Age :

Situation maritale

☐ Célibataire ☐ En couple

Enfants

☐ Oui ☐ Non

Profession (cochez la case correspondante)

☐ Professeurs ☐ IDE ☐ AS ☐ Cadre
 Médecins ASH Cadre Supérieur

☐ Paramédical : ☐ Autres

- Brancardier
- Diététicienne
- Assistante sociale
- Manipulateur radio

Autres :

Merci de renseigner votre profession :

.....

Secteur ou vous exercez :

☐ Urgences ☐ Ophtalmologie ☐ Gériatrie

Ancienneté dans la profession :années

Ancienneté dans le service :années

Charge horaire de travail la semaine précédente :heures

VOS REPONSES A CE QUESTIONNAIRE SONT PROTEGEES PAR LE SECRET MEDICAL ET SONT ANONYMES. VOUS ETES LIBRE DE REPONDRE OU NON A CE QUESTIONNAIRE. IL N'Y A NI MAUVAISES NI BONNES REPONSES, C'EST VOTRE SINCERITE QUI COMPTE AVANT TOUT. POUR LES BESOINS DE L'ETUDE, NOUS VOUS DEMANDONS, S'IL VOUS PLAIT, DE REPONDRE A TOUTES LES QUESTIONS ET DE COMPLETER CE QUESTIONNAIRE SEUL. MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION.

Votre temps de trajet en moyenne pour vous rendre au travail :

☐ < 45 minutes

☐ > 45 minutes

En général, combien de temps êtes-vous absent(e) de chez vous du fait de votre travail lors d'une journée ?heures

En général, quelle est la durée quotidienne de votre journée de travail ?heures

Votre travail vous oblige t-il à dormir hors de chez vous? (veuillez cocher la réponse correspondante)

☐ Fréquemment

☐ Occasionnellement

☐ Jamais

Travaillez-vous en équipes c'est à dire en travail posté ? (veuillez cocher la réponse correspondante)

☐ Oui

☐ Non

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

Annexe 4

GUIDE D'INVESTIGATION SUR LES 5 PARAMETRES

LATITUDE DECISIONNELLE

Articulation sphère professionnelle et sphère privée : Plusieurs dimensions temporelles

- Annuel : organisation du temps de travail dans l'année : congés
- Mensuel : de quels week-end je dispose ? choix des week-ends/nuits (horaires atypiques) ?
quelles perturbations dans le planning ? Organisation Jour/nuit
- Hebdomadaire : modifications de planning imprévues
- Journée : comment se passe la journée (prévisibilité – perturbations)

Sphère professionnelle : marges de décision dans la journée de travail

Pour les soignants

- Degré de dépendance par rapport aux médecins (prescripteur du travail)
 - *Au service de consultation* : attente de la disponibilité du médecin
 - *Aux urgences* : l'IDE organise son travail en tenant compte des prescriptions du médecin
 - *En gériatrie* : médecin interne sur place toute la journée : faible dépendance. La nuit, liberté de suivre ou non l'avis oral du médecin
- Degré d'interdépendance entre soignants (IDE, AS)
 - *Aux urgences* : glissements de tâches entre IDE et AS = régulation entre soignants qui augmente la latitude décisionnelle dans le fonctionnement quotidien
 - *Aux urgences* : organisation en binôme la journée, avec un détachement pour l'accueil dans le SAS
 - *En gériatrie la nuit* : binôme IDE/AS : même rythme
- Degré de dépendance avec le cadre selon 3 niveaux :
 - Par rapport à la prescription de soins
 - Par rapport à la mise à disposition de matériel
 - Par rapport à l'organisation du travail (planning, remplacement d'absences, ...)
- Degré de dépendance avec les professionnels d'autres services (kiné, ...)

Pour les cadres de santé

- Degré de dépendance par rapport aux médecins (prescripteur du travail)
- Degré de dépendance par rapport à leur personnel
- Degré de dépendance par rapport à son encadrement supérieur

- Degré de dépendance avec les professionnels d'autres services (achats, kinés, ...)

Pour les médecins

- Degré de dépendance par rapport aux services techniques produisant les données (analyses, scanner, radio, brancardage, ...)
- Degré de dépendance implicite par rapport au cadre
- Degré de dépendance par rapport au personnel soignant
- Degré de dépendance / organisation dans la journée (urgences/consultations), ...
- Degré de dépendance entre médecins (internes / médecin sénior)

SOUTIEN SOCIAL

Plusieurs formes de soutien social pour

Pour les soignants

- Soutien par le cadre de santé
 - Réunions de service
- Soutien par le médecin
 - Réunions avec les médecins
- Soutien entre pairs de la même catégorie (IDE – AS)
 - Temps informels (travail en binôme, ...)
- Soutien entre soignants inter-catégorie (IDE – AS)
 - Facilité des temps de repas ensemble, ...
 - Temps informels (travail en binôme, ...)
 - Temps formels : participation aux temps de relève, de transmission
 - Organisation des informations partagées au niveau du service (et outils)
- Soutien (reconnaissance) des patients et de leurs accompagnants
- Soutien institutionnel
 - mise à disposition assistante sociale, psycho, médecin, ...
 - accès aux formations, ...
 - possibilité de se garer à proximité pour les horaires atypiques

Pour le cadre de santé

- Soutien par le cadre supérieur
 - Réunions de service
- Soutien par le médecin
 - Réunions avec les médecins

- Soutien entre pairs de la même catégorie : autres cadres de santé
 - Temps formels ou informels
- Soutien (reconnaissance) des patients et de leurs accompagnants
- Soutien institutionnel
 - mise à disposition assistante sociale, psycho, médecin, ...
 - accès aux formations, ...
 - possibilité de se garer à proximité pour les horaires atypiques

Pour les médecins

- Soutien par le cadre de santé
- Soutien entre médecins
 - Temps informels / formels
- Soutien avec les équipes soignantes
 - Temps informels
 - Temps formels : participation aux temps de relève, de transmission
- Soutien (reconnaissance) des patients et de leurs accompagnants
- Soutien institutionnel

LOCAUX

- Fonctionnalité
 - Niveau d'encombrement,
 - Km parcourus
 - Salle à disposition du personnel pour temps formels (réunions) : utilisé ?
 - Salle à disposition du personnel pour temps informels (pauses, ..) : utilisé ?
 - Les locaux favorisent-ils les relations entre soignants
 - Locaux adaptés à l'activité du service
- Agréable
 - Lumière,
 - Température
 - Etat général (vétusté)
 - Confort, ...

MATERIEL

Matériel de soin

- Disponibilité
 - o Temps passé à la recherche de matériel
- Facilité d'utilisation (matériel pratique, adapté, opérationnel ?)
- Lieux de stockage du matériel

Consommables

- Réapprovisionnement de la salle de soins (médicaments, pansements, ...)
 - o Ex : gériatrie : les commandes passées après 17h ne sont pas livrées le soir ce qui peut poser pb en cas de changement dans le traitement ou pour les entrées
- Traitement administratif des approvisionnements
 - o Ex : gériatrie : le scan des médicaments la nuit prend du temps et transforme le travail (derrière l'ordi) + pb de branchement des ordi dans le couloir
- Réapprovisionnement des consommables AS

Matériel administratif

- Disponibilité des ordinateurs
- Dossiers patients

CONFORT DES PATIENTS ET DES ACCOMPAGNANTS

Structure d'accueil et d'orientation dans le service

- Signalétique pour les personnes extérieures au service
- Disponibilité du personnel pour l'accueil
 - o *Service ophtalmo* : gestion de la tension liée à l'attente des patients
 - o *Aux urgences* : gestion de l'agressivité des patients

Gestion des accompagnants

- Salle pour recevoir les familles
- Informel : réponses au tout-venant
- Formel : organisation des rdv familles

Annexe 5: Analyse ergonomique du secteur AMC

a) Les ressources



INDICATEURS RH

Absentéisme
Turnover



PROJET DE VIE/PROJET PROFESSIONNEL

Prévisibilité du planning quotidien
Pénibilité des horaires
Choix des congés
Souplesse (possibilité d'ajustement)



b) Exigences perçues



LATITUDE DECISIONNELLE

Articulation sphère professionnelle et sphère privée

Difficultés pour obtenir les congés souhaités
Nombre et choix des week-ends de travail
Modifications imprévus dans le planning



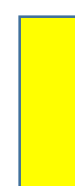
Sphère professionnelle : Marge de décisions dans la journée de travail

Marge de décisions dans l'organisation de la journée de travail
Degré de dépendance par rapport au médecin
Degré d'interdépendance entre soignants
Degré de dépendance par rapport au cadre de santé
Degré de dépendance par rapport aux professionnels d'autres services
Degré de dépendance avec les services techniques



SOUTIEN SOCIAL

Fréquences des réunions de service
Salles à dispositions pour les temps informelles (pauses)
Salles à disposition pour les temps formels (réunions)
Soutien institutionnel (formations, place de parkings)
Réunions avec les médecins



Soutien entre les pairs de la même catégorie
 Soutien entre les soignants inter-catégories
 Soutien (reconnaissance) des patients et des accompagnants



MATERIEL

Disponibilité du matériel de soin
 Disponibilité des consommables
 Disponibilité du matériel administratif



LOCAUX

Fonctionnalité

Niveau d'encombrement
 Distances parcourus
 Locaux adaptés à l'activité du service



Agréabilité

Luminosité
 Température
 Etat général
 Confort



CONFORT DES PATIENTS ET DES ACCOMPAGNANTS

Signalétique pour les personnes extérieures
 Disponibilité du personnel pour l'accueil
 Respect des horaires de visite
 Salles pour recevoir les familles
 Réponse au tout-venant
 Organisation des rendez-vous avec les familles
 Gestion des appels téléphoniques



Annexe 6 :

Analyse ergonomique du secteur Le Busca

a) Les ressources



INDICATEURS RH

Absentéisme
Turnover



DONNEES CLINIQUES

Relatives aux accidents de travail
Synthèse du vécu de l'activité professionnelle des agents



PROJET DE VIE

Motivation à faire ce métier dans le service
Perspective d'évolution de carrière ou de changement de service

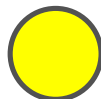


PROJET PROFESSIONNEL

Utilisation dans le travail des compétences acquises
Sentiment d'efficacité dans le travail



b) Exigences perçues



Caractéristiques de la charge de travail

EXIGENCES/ CHARGE DE TRAVAIL

Régularité et prévisibilité du nombre de patients
Equilibre/ niveau dépendance des patients (charge qualitative)
Durée de séjour/ orientation des patients



Evaluation ergonomique

Articulation sphère professionnelle et sphère privée : plusieurs dimensions temporelles

Difficultés pour obtenir les congés souhaités
Nombre et choix des week-ends de travail



Modifications imprévues dans le planning

Sphère professionnelle : Marge de décisions dans la journée de travail

Marge de décisions dans l'organisation de la journée de travail

Degré de dépendance par rapport aux médecins

Degré de dépendance par rapport aux professionnels d'autres services

Degré de dépendance avec les services techniques



SOUTIEN SOCIAL

Fréquences des réunions de service

Fréquences des réunions avec les médecins

Salles à disposition pour les temps informels (pauses)

Salles à disposition pour les temps formels (réunions)

Soutien entre les pairs de la même catégorie

Soutien entre les soignants inter-catégories

Soutien (reconnaissance) des patients et des accompagnants

Soutien Institutionnel et sentiment d'appartenance à l'institution/ pôle)



LOCAUX

Fonctionnalité

Niveau d'encombrement

Locaux adaptés à l'activité du service

Distances parcourus



Agréabilité

Luminosité

Température

Etat général

Confort



MATERIEL

Disponibilité du matériel de soins

Disponibilité des consommables

Disponibilités du matériel administratif



CONFORT DES PATIENTS ET DES ACCOMPAGNANTS

Manques de reconnaissance des patients

Respect des horaires de visite

Salles pour recevoir les familles

Réponse au tout-venant

Organisation des rendez-vous avec les familles

Gestion des appels téléphoniques



Annexe 7:

Analyse ergonomique du centre de la rétine

a) Ressources



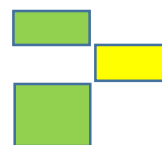
INDICATEURS RH

Absentéisme
Turnover



PROJET DE VIE/ PROJET PROFESSIONNEL

Prévisibilité du planning quotidien
Pénibilité des horaires
Choix des congés
Souplesse (possibilités d'ajustements)

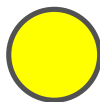


PROJET PROFESSIONNEL

Utilisation dans le travail des compétences acquises
Sentiment d'efficacité dans le travail



b) Exigences perçues



LATITUDE DECISIONNELLE

Articulation sphère professionnelle et sphère privée

Difficulté pour obtenir les congés souhaités
Nombre et choix des week-ends de travail
Modifications imprévus dans le planning



Sphère professionnelle : Marge de décisions dans la journée de travail

Marge de décisions dans l'organisation de la journée de travail
Degré de dépendance par rapport au médecin
Degré d'interdépendance par rapport entre soignants
Degré de dépendance par rapport au cadre de santé
Degré de dépendance par rapport aux professionnels d'autres services
Degré de dépendance avec les services techniques



SOUTIEN SOCIAL

Fréquence des réunions de service
Salles à disposition pour les temps informelles (pauses)
Salles à disposition pour les temps formels (réunions)
Soutien institutionnel (formations, places de parkings,...)
Réunions avec les médecins
Soutien entre les pairs de la même catégorie
Soutien entre les soignants inter-catégories
Soutien (reconnaissance) des patients et des accompagnants



MATERIEL

Disponibilité du matériel de soin
Disponibilité des consommables
Disponibilité du matériel administratif



LOCAUX

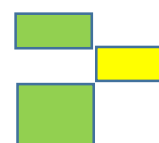
Fonctionnalité

Niveau d'encombrement
Distances parcourus
Locaux adaptés à l'activité du service



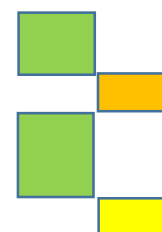
Agréabilité

Luminosité
Température
Etat général
Confort



CONFORT DES PATIENTS ET DES ACCOMPAGNANTS

Signalétique pour les personnes extérieures
Disponibilité du personnel pour l'accueil
Respect des horaires de visite
Salles pour recevoir les familles
Réponse au tout-venant
Organisation des rendez-vous avec les familles
Gestion des appels téléphoniques



Annexe 8 :

Tableau 3 : Répartition des agents par caractéristiques différentielles et médicales sur les deux temps d'évaluation (N=18 sujets appariés T1/T2)

<u>CARACTERISTIQUES DIFFERENTIELLES PERSONNELLES DES AGENTS-REONDANTS</u> (N=18)	T1 (Avant mesures préventives et correctives)	T2 (Après mesures préventives et correctives)
<u>GENRE</u> Féminin Masculin	N (%) 16 (88.89) 2 (11.11)	N (%) 16 (88.89) 2 (11.11)
<u>AGE</u> Echantillon de 18 répondants Répartition par tranches d'âge < 30 ans 30-39 ans 40-49 ans ≥ 50 ans	Moyenne [min-max] 35.11 [23ans-55ans] N (%) 8 (44.44) 4 (22.22) 3 (16.67) 3 (16.67)	Moyenne [min-max] 37.06 [25ans-57ans] N (%) 7 (38.89) 5 (27.77) 3 (16.67) 3 (16.67)
<u>CARACTERISTIQUES DIFFERENTIELLES PERSONNELLES DES AGENTS-REONDANTS</u> (N=18)	T1 (Avant mesures préventives et correctives)	T2 (Après mesures préventives et correctives)
<u>SITUATION MARITALE</u> Célibataire En couple	N (%) 7 (38.89) 11 (61.11)	N (%) 5 (27.78) 13 (72.22)
<u>ENFANTS</u> Oui Non Non renseigné	N (%) 6 (33.33) 11 (61.11) 1 (5.56)	N (%) 8 (44.44) 10 (55.56) 0
<u>PROFESSION</u> → IDE → AS, ASH → Cadre, Cadre Supérieur, Direction	N (%) 6 (33.33) 11 (61.11) 1 (5.56)	N (%) 6 (33.33) 11 (61.11) 1 (5.56)
<u>SECTEUR D'EXERCICE</u> → Urgences → Gériatrie	N (%) 7 (38.89) 11 (61.11)	N (%) 7 (38.89) 11 (61.11)

<u>ANCIENNETE DANS LA PROFESSION (EN ANNEES)</u> Echantillon de 18 répondants Répartition de l'ancienneté dans la profession par tranches d'années ≤ 5 ans 6-10 ans 11-20 ans > 20 ans	Moyenne 9.89 N (%) 10 (55.56) 3 (16.66) 2 (11.11) 3 (16.67)	Moyenne 11.39 N (%) 6 (33.33) 5 (27.78) 4 (22.22) 3 (16.67)
<u>ANCIENNETE DANS LE SERVICE (EN ANNEES)</u> Répartition de l'ancienneté dans le service par tranches d'années ≤ 5 ans 6-10 ans 11-20 ans 21-30 ans	N (%) 14 (77.77) 2 (11.11) 1 (5.56) 1 (5.56)	N (%) 11 (61.11) 5 (27.78) 1 (5.56) 1 (5.56)
<u>CARACTERISTIQUES DIFFERENTIELLES PERSONNELLES DES AGENTS-REpondANTS</u> (N=18)	T1 <i>(Avant mesures préventives et correctives)</i>	T2 <i>(Après mesures préventives et correctives)</i>
<u>CHARGE HORAIRE DE TRAVAIL LA SEMAINE PRECEDENTE</u> Sur échantillon de 18 répondants T1 et de 15 répondants en T2 (3 valeurs non renseignées en T2) Répartition de la charge horaire de travail la semaine précédente → 0 heure → 20 heures → 28 heures → 30 heures → 32 heures → 35 heures → 37 heures → 38 heures → 40 heures → 42 heures → 45 heures → 47 heures → 48 heures → 50 heures → 52 heures → 70 heures Non renseigné	Moyenne (N=18) 40.78 N (%) 0 0 0 0 1 (5.56) 8 (44.44) 0 1 (5.56) 2 (11.11) 1 (5.56) 1 (5.56) 1 (5.56) 1 (5.56) 0 1 (5.56) 1 (5.56) 0	Moyenne (N=15) 33.73 N (%) 1 (5.56) 1 (5.56) 2 (11.11) 1 (5.56) 0 4 (22.22) 2 (11.11) 0 1 (5.56) 0 0 0 2 (11.11) 1 (5.56) 0 0 3 (16.67)
<u>TEMPS DE TRAJET MOYEN POUR ALLER AU TRAVAIL</u> < 45 minutes > 45 minutes	N (%) 16 (88.89) 2 (11.11)	N (%) 14 (77.78) 4 (22.22)

<u>QUANTIFICATION HORAIRE QUOTIDIENNE MOYENNE QUANT A L'ABSENCE DU DOMICILE DU FAIT DU TRAVAIL</u>	Moyenne [min-max] 9h09 [8h-12h]	Moyenne [min-max] 9h18 [8h-12h]
<u>DUREE HORAIRE QUOTIDIENNE MOYENNE DE LA JOURNEE DE TRAVAIL</u>	Moyenne [min-max] 8h05 [7h42-10h30]	Moyenne [min-max] 8h00 [7h42-10h]
<u>OBLIGATION A DORMIR HORS DU DOMICILE DU FAIT DU TRAVAIL</u> Fréquemment Occasionnellement Jamais	N (%) 2 (11.11) 3 (16.67) 13 (72.22)	N (%) 0 4 (22.22) 14 (77.78)
<u>TRAVAIL EN EQUIPES (TRAVAIL POSTÉ)</u> Oui Non	N (%) 17 (94.44) 1 (5.56)	N (%) 17 (94.44) 1 (5.56)
<u>CARACTERISTIQUES DIFFERENTIELLES MEDICALES DES AGENTS-REPONDANTS</u> (N=18)	T1 <i>(Avant mesures préventives et correctives)</i>	T2 <i>(Après mesures préventives et correctives)</i>
<u>TMS</u> Oui Non	N (%) 12 (66.67) 6 (33.33)	N (%) 10 (55.56) 8 (44.44)
<u>MIGRAINES OU CEPHALEES</u> Oui Non → <i>A votre avis en relation avec le travail (sur N=11 en T1 et T2)*</i> Oui Non Non renseigné	N (%) 11 (61.11) 7 (38.89) 5 (45.45)* 6 (54.55)*	N (%) 11 (61.11) 7 (38.89) 7 (63.64)* 3 (27.27)* 1 (9.09)
<u>TROUBLES DU SOMMEIL</u> Oui Non → <i>A votre avis en relation avec le travail (sur N=12 en T1 et N=10 en T2)*</i> Oui Non	N (%) 12 (66.67) 6 (33.33) 7 (58.33)* 5 (41.67)*	N (%) 10 (55.56) 8 (44.44) 9 (90.00)* 1 (10.00)*

Annexe 9

Le calcul de ratio pour le questionnaire de Siegrist

Le ratio du modèle de Siegrist est calculé en utilisant un coefficient de pondération de manière à donner le même poids aux deux scores (les deux dimensions ne comportant pas le même nombre d'items -cf. indice de correction ci-après).

Ce ratio varie de 0,2 à 5 :

- Un ratio inférieur *ou* égal à 1 indique respectivement une condition favorable (efforts bas, récompenses élevées) *ou* un équilibre entre les efforts extrinsèques et les récompenses.
- Un ratio supérieur à 1 indique un déséquilibre entre les efforts extrinsèques et les récompenses, le poids des efforts étant plus élevé que celui des récompenses.

Le calcul de ce ratio permet donc d'identifier les *salariés exposés* à des conditions de travail pathogènes (association entre « efforts élevés » et « faibles récompenses » → ratio >1) et les salariés *non exposés* (→ ratio ≤ 1).

La formule du ratio est la suivante : « $e / (r \times c)$ »

e = somme des scores de l'échelle d'efforts

r = somme des scores de l'échelle de récompenses* (après inversion du codage de certains items*)

c = indice de correction = 0.545454 (6/11).

Remarque : L'échelle de Siegrist introduite dans notre questionnaire d'auto-évaluation permet l'obtention de scores sur la base d'une cotation en 7 points (format initial notamment retenu à fins de traitements paramétriques envisagés ultérieurement). De façon à pouvoir procéder au calcul du ratio établi comme variant de 0,2 à 5, les scores vont être ramenés, par transformation proportionnelle, sur une base en 5 points pour les items de ces deux dimensions « efforts extrinsèques » et « récompenses ». Les scores des items de surinvestissement vont également être ramenés sur une base en 5 points afin de permettre une meilleure visualisation (c'est-à-dire sur un même ordre de grandeur) des scores moyens eu égard aux autres items du questionnaire de Siegrist.

L'identification des agents « surinvestis » *versus* « non surinvestis » se détermine comme suit :

- un niveau élevé de surinvestissement est déterminé par un score supérieur ou égal au dernier tertile de la distribution
- un niveau bas de surinvestissement est déterminé par un score inférieur au dernier tertile de la distribution

Annexe 10 :

Tableau 4 : Valeurs moyennes et écarts-types observés pour les différentes dimensions du questionnaire de Siegrist. (N=18) et pour les deux temps d'évaluation respectifs (T1 et T2)

Dimensions et items du questionnaire de Siegrist	T1 <i>(Avant mesures préventives et correctives)</i>		T2 <i>(Après mesures préventives et correctives)</i>	
	Moyennes 1-5 *	Ecarts- Types*	Moyennes 1-5 *	Ecarts- Types*
Dimension « Efforts extrinsèques »				
1. Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail	3,26	0,69	3,41	1,10
2. Je suis fréquemment interrompu(e) dans mon travail	3,37	1,13	3,41	1,12
3. J'ai beaucoup de responsabilités à mon travail	3,70	1,08	3,41	1,00
4. Je suis souvent contraint(e) à faire des heures supplémentaires	1,96	1,08	2,15	1,23
5. Mon travail exige des efforts physiques	4,33	0,82	3,89	1,12
6. Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant	4,22	0,57	4,00	0,80
Dimension « Récompenses (sous-dimensions E, CS et GM¹)				
7. Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs (E)	3,89	1,05	3,37	0,69
8. Je reçois le respect que je mérite de mes collègues (E)	4,00	0,70	4,07	0,61
9. Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles (E)	3,30	0,86	3,41	1,12
10. On me traite injustement dans mon travail (E)	2,07	1,26	2,22	0,92
11. Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement non désiré dans ma situation de travail (CS)	2,85	1,73	2,26	1,29
12. Mes perspectives de promotion sont faibles (CS)	3,26	1,26	3,30	1,45
13. Ma sécurité d'emploi est menacée (CS)	1,30	0,66	1,67	1,07
14. Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation (CS)	4,37	0,58	4,22	0,62
15. Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail (E)	3,26	0,97	3,30	0,86
16. Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes (CS)	3,37	0,95	2,57	0,88
17. Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant (GM)	2,07	1,17	1,78	0,83

<i>Dimension « Surinvestissement »</i>				
18. Au travail, il m'arrive fréquemment d'être pressé(e) par le temps	4,19	0,54	3,89	1,00
19. Je commence à penser à des problèmes au travail dès que je me lève le matin	2,19	1,20	2,15	0,91
20. Quand je rentre à la maison, j'arrive facilement à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne mon travail	3,52	1,13	3,19	1,37
21. Mes proches disent que je me sacrifie trop pour mon travail	2,59	1,26	3,15	1,38
22. Le travail me trotte encore dans la tête quand je vais au lit	2,63	1,30	2,56	1,48
23. Quand je remets à plus tard quelque chose que je devrais faire le jour même, j'ai du mal à dormir le soir	3,04	1,40	2,41	1,35

¹ E= Estime ; CS= Contrôle du statut ; GM= Gratifications monétaires

*** après transformation des scores sur 5 points**

Annexe 11 :

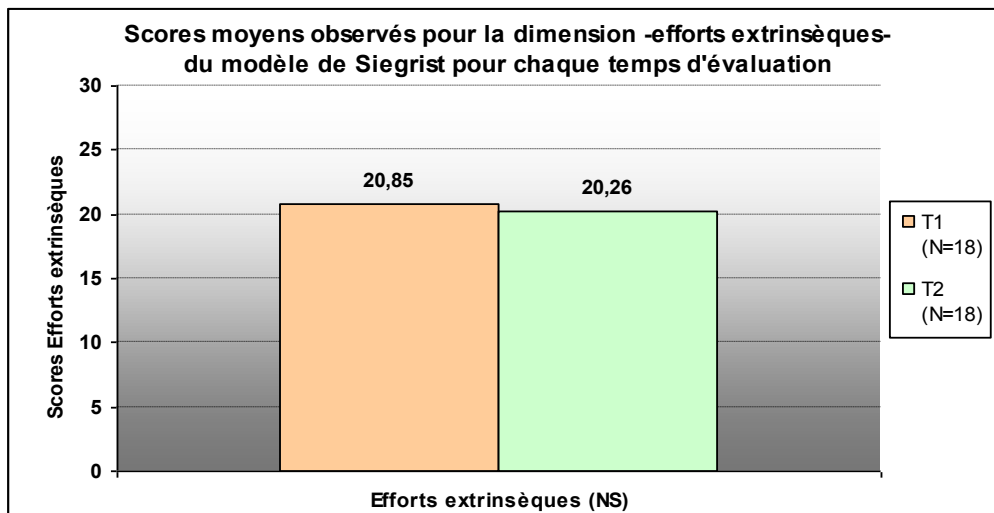
Le calcul des scores du questionnaire de Siegrist

Cf Siegrist, Starke, Chandola, Godin, Marmot, Niedhammer & Peter, 2004

- Le score d'*efforts extrinsèques* est calculé en sommant les items 1 à 6. Sur la base de modalités cotées de 1 à 5 pour ces 6 items, le score peut varier de | 6 à 30 | (cf. article de Siegrist, Starke, Chandola, Godin, Marmot, Niedhammer & Peter, 2004). L'interprétation est la suivante : plus le score des efforts extrinsèques est élevé, plus les efforts perçus liés à la situation de travail sont importants.
- Le score de *récompenses* est calculé en sommant les items 7 à 17 après inversion de quatre scores. Sur la base d'une cotation de 1 à 5, le score peut varier de | 11 à 55 | (cf. Siegrist et al., 2004). L'interprétation est la suivante : plus le score des récompenses est haut, plus les récompenses perçues sont élevées. Les sous-scores afférents à cette dimension s'interprètent dans le même sens.
- Le score de surinvestissement est également calculé en sommant les items après inversion d'un score. L'interprétation est la suivante : plus le score est élevé, plus le niveau de surinvestissement au travail est important (Siegrist et al., 2004). Sur la base d'une cotation en 5 points, le score peut varier de | 6 à 30 | .

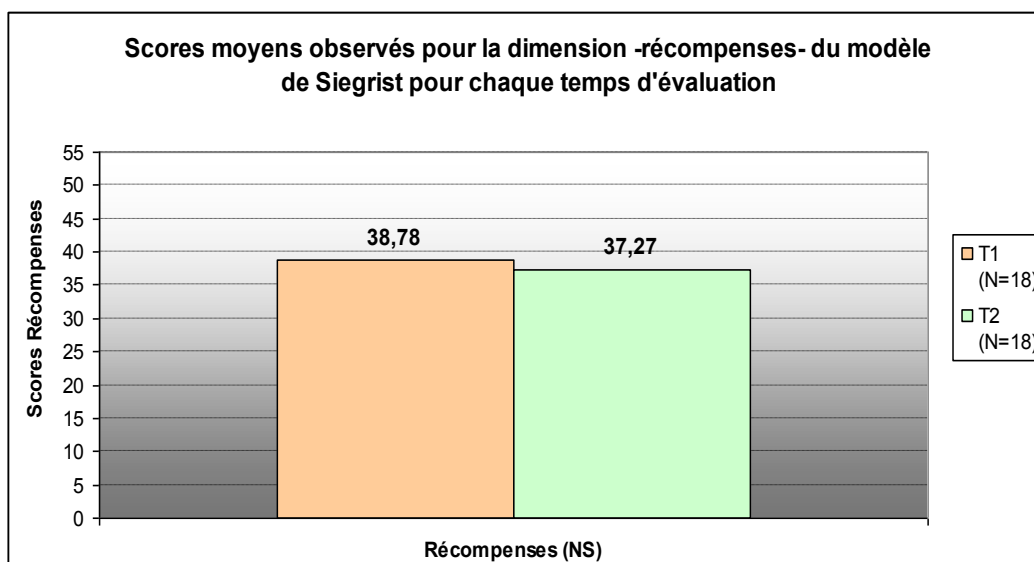
Annexe 12 :

Niveaux des scores observés pour chacune des trois dimensions du modèle de Siegrist en T1 et en T2 (figures : 15, 16, 17)



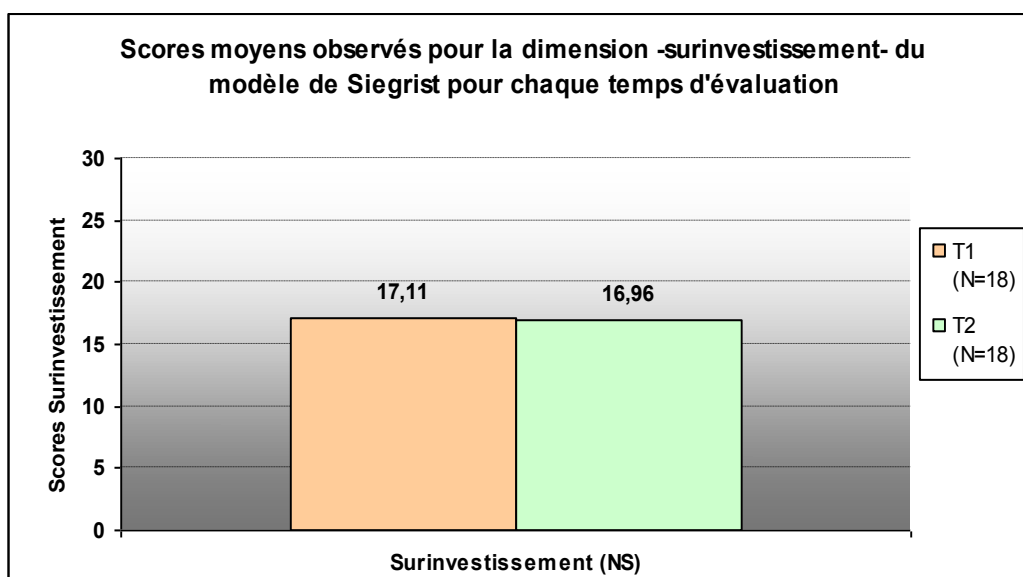
N.B. : (NS) = non significatif (Test T de Student apparié)

Figure 15 : Scores moyens observés pour la dimension « efforts extrinsèques » du modèle de Siegrist lors des deux temps d'évaluation (N=18)



N.B. : (NS) = non significatif (Test T de Student apparié)

Figure 16 : Scores moyens observés pour la dimension « récompenses » du modèle de Siegrist lors des deux temps d'évaluation (N=18)



N.B. : (NS) = non significatif (Test T de Student apparié)

Figure 17 : Scores moyens observés pour la dimension « surinvestissement » du modèle de Siegrist lors des deux temps d'évaluation (N=18)

Annexe 13 :

Comme énoncé précédemment, la modélisation de Siegrist offre la possibilité de calculer un ratio entre le score des efforts extrinsèques et le score des récompenses à partir de la formule établie « $e / (r \times c)$ ». C'est ce ratio qui permet de caractériser la situation de travail et d'identifier les *salariés exposés à des conditions de travail pathogènes* (association entre « efforts élevés » et « faibles récompenses » → ratio >1 = déséquilibre efforts-récompenses) *en opposition aux salariés non exposés à des conditions de travail pathogènes* (association entre « efforts faibles » et « récompenses élevés » → ratio < 1 ou association équilibrée entre « efforts » et « récompenses » → ratio = 1).

Le surinvestissement au travail apparaît également comme un facteur de risque pour la santé. La prévalence de ce dernier peut ainsi être calculée et permet d'identifier les *agents surinvestis dans le travail* versus les *agents non surinvestis*. Les personnes dont le score est supérieur ou égal au dernier tertile de la distribution apparaissent comme surinvestis.

Annexe 14 :

Tableau 11 : Prévalence (N, % ligne) des expositions pathogènes du modèle de Siegrist pour les deux temps d'évaluation selon les différentes caractéristiques sociodémographiques et de santé

MODELE DE SIEGRIST - EXPOSITIONS PATHOGENES							
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET DE SANTE		T1			T2		
		N	Déséquilibre Efforts- Récompenses (ERI)	Surinvestissement / engagement excessif dans le travail (S)	N	Déséquilibre Efforts- Récompenses (ERI)	Surinvestisse- ment / engagement excessif dans le travail (S)
	< 30 ans	8	3 (37,50%)	3 (37,50%)	7	3 (42,86%)	3 (42,86%)
	30-39 ans	4	3 (75%)	2 (50%)	5	3 (60%)	3 (60%)
	40-49 ans	3	1 (33,33%)	1 (33,33%)	3	1 (33,33%)	0
	≥ 50 ans	3	1 (33,33%)	1 (33,33%)	3	3 (100%)	1 (33,33%)
Ancienneté profession	≤ 5 ans	10	4 (40%)	4 (40%)	6	4 (66,67%)	4 (66,67%)
	6-10 ans	3	3 (100%)	1 (33,33%)	5	1 (20%)	1 (20%)
	11-20 ans	2	0	1 (50%)	4	2 (50%)	1 (25%)
	> 20 ans	3	1 (33,33%)	1 (33,33%)	3	3 (100%)	1 (33,33%)
TMS	Oui	12	6 (50%)	5 (41,67%)	10	7 (70%)	3 (30%)
	Non	6	2 (33,33%)	2 (33,33%)	8	3 (37,50%)	4 (50%)
Migraines- céphalées	Oui	11	5 (45,45%)	4 (36,36%)	11	6 (54,55%)	3 (27,27%)
	Non	7	3 (42,86%)	3 (42,86%)	7	4 (57,14%)	4 (57,14%)
Troubles du sommeil	Oui	12	6 (50%)	6 (50%)	10	6 (60%)	4 (40%)
	Non	6	2 (33,33%)	1 (16,67%)	8	4 (50%)	3 (37,50%)

Annexe 15 :

Calcul des scores du MBI

Les scores du MBI se calculent comme suit :

Épuisement émotionnel (9 items) → scores pouvant varier de | 0 à 54 | :

$Q1+Q2+Q3+Q6+Q8+Q13+Q14+Q16+Q20$

- total $\leq$ à 17 → □ degré de *burnout* bas
- | 18-29 | → □ degré de *burnout* modéré
- total $\geq$ à 30 → □ degré de *burnout* élevé

Dépersonnalisation (5 items) → scores pouvant varier de | 0 à 30 | :

$Q5+Q10+Q11+Q15+Q22$

- total $\leq$ à 5 → □ degré de *burnout* bas
- | 6-11 | → □ degré de *burnout* modéré
- total $\geq$ à 12 → □ degré de *burnout* élevé

Accomplissement personnel (8 items) → scores pouvant varier de | 0 à 48 |

$Q4+Q7+Q9+Q12+Q17+Q18+Q19+Q21$

- total $\geq$ à 40 → □ degré de *burnout* bas
- | 34-39 | → □ degré de *burnout* modéré
- total $\leq$ à 33 → □ degré de *burnout* élevé

A noter : Cette dernière dimension « accomplissement personnel » varie en sens inverse des deux autres dimensions. Un score bas d'accomplissement personnel renvoie à un niveau de *burnout* élevé.

Un score élevé aux deux premières échelles allié à un score bas à la dernière signale un épuisement professionnel sévère.

Annexe 16 :

Tableau 12: Fréquences de réponse (% ; N) des agents matérialisant différentes occurrences temporelles pour chacun des 22 items du M.B.I. en T1 (N=18)

Temps d'évaluation n°1- T1								
ITEMS	Dimensions du M.B.I	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois / semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	EE	0 % (0)	33,33 % (6)	22,22 % (4)	16,67 % (3)	11,11 % (2)	11,11 % (2)	5,56 % (1)
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	EE	0 % (0)	11,11 % (2)	5,56 % (1)	44,44 % (8)	11,11 % (2)	27,78 % (5)	0 % (0)
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail	EE	0 % (0)	16,67 % (3)	22,22 % (4)	22,22 % (4)	27,78 % (5)	11,11 % (2)	0 % (0)
4. Je peux comprendre facilement ce que mes « patients » ressentent	AP	0 % (0)	0 % (0)	5,56 % (1)	0 % (0)	16,67 % (3)	22,22 % (4)	55,56 % (10)
5. Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	D	38,89 % (7)	16,67 % (3)	11,11 % (2)	16,67 % (3)	5,56 % (1)	5,56 % (1)	5,56 % (1)
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts	EE	38,89 % (7)	16,67 % (3)	16,67 % (3)	16,67 % (3)	5,56 % (1)	5,56 % (1)	0 % (0)
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes « patients »	AP	0 % (0)	5,56 % (1)	0 % (0)	11,11 % (2)	5,56 % (1)	27,78 % (5)	50 % (9)
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	EE	22,22 % (4)	44,44 % (8)	27,78 % (5)	5,56 % (1)	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	AP	5,56 % (1)	11,11 % (2)	0 % (0)	16,67 % (3)	5,56 % (1)	33,33 % (6)	27,78 % (5)
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	D	33,33 % (6)	16,67 % (3)	5,56 % (1)	22,22 % (4)	0 % (0)	22,22 % (4)	0 % (0)
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	D	11,11 % (2)	27,78 % (5)	16,67 % (3)	22,22 % (4)	11,11 % (2)	0 % (0)	11,11 % (2)
12. Je me sens plein(e) d'énergie	AP	0 % (0)	5,56 % (1)	0 % (0)	11,11 % (2)	11,11 % (2)	38,89 % (7)	33,33 % (6)
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	EE	16,67 % (3)	38,89 % (7)	0 % (0)	33,33 % (6)	0 % (0)	11,11 % (2)	0 % (0)
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	EE	0 % (0)	16,67 % (3)	11,11 % (2)	38,89 % (7)	5,56 % (1)	22,22 % (4)	5,56 % (1)
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes « patients »	D	61,11 % (11)	16,67 % (3)	16,67 % (3)	5,56 % (1)	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)

ITEMS (suite)	Dimension s du M.B.I	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelque s fois par mois	Une fois par semaine	Quelque s fois par semaine	Chaque jour
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	EE	44,44 % (8)	44,44 % (8)	0 % (0)	5,56 % (1)	5,56 % (1)	0 % (0)	0 % (0)
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes « patients »	AP	0 % (0)	0 % (0)	5,56 % (1)	5,56 % (1)	0 % (0)	44,44 % (8)	44,44 % (8)
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes « patients »	AP	11,11 % (2)	0 % (0)	0 % (0)	5,56 % (1)	16,67 % (3)	27,78 % (5)	38,89 % (7)
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	AP	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)	22,22 % (4)	5,56 % (1)	44,44 % (8)	27,78 % (5)
20. Je me sens au bout du rouleau	EE	11,11 % (2)	50% (9)	5,56 % (1)	22,22 % (4)	11,11 % (2)	0 % (0)	0 % (0)
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	AP	0 % (0)	5,56 % (1)	0 % (0)	16,67 % (3)	16,67 % (3)	38,89 % (7)	22,22 % (4)
22. J'ai l'impression que mes « patients » me rendent responsable de certains de leurs problèmes	D	38,89 % (7)	33,33 % (6)	5,56 % (1)	5,56 % (1)	5,56 % (1)	5,56 % (1)	5,56 % (1)

N.B. 1 : **EE**= Epuisement émotionnel ; **D**=Dépersonnalisation ; **AP**= Accomplissement personnel

N.B. 2 : Fréquence(s) de réponse la (ou les) plus importante(s) pour chaque item = marquée(s) en rouge

Tableau 13: Fréquences de réponse (% ; N) des agents matérialisant différentes occurrences temporelles pour chacun des 22 items du M.B.I. en T2 (N=18)

Temps d'évaluation n°2- T2								
ITEMS	Dimensions du M.B.I	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelque s fois par mois	Une fois par semaine	Quelque s fois / semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	EE	5,56 % (1)	38,89 % (7)	11,11 % (2)	22,22 % (4)	11,11 % (2)	11,11 % (2)	0 % (0)
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	EE	5,56 % (1)	16,67 % (3)	5,56 % (1)	27,78 % (5)	22,22 % (4)	16,67 % (3)	5,56 % (1)
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail	EE	5,56 % (1)	27,78 % (5)	11,11 % (2)	16,67 % (3)	22,22 % (4)	11,11 % (2)	5,56 % (1)
4. Je peux comprendre facilement ce que mes « patients » ressentent	AP	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)	5,56 % (1)	44,44 % (8)	50% (9)
5. Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	D	33,33 % (6)	38,89 % (7)	22,22 % (4)	5,56 % (1)	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)

ITEMS (suite)	Dimensions du M.B.I	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelque s fois par mois	Une fois par semaine	Quelque s fois par semaine	Chaque jour
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts	EE	33,33 % (6)	27,78 % (5)	16,67 % (3)	11,11 % (2)	0% (0)	5,56 % (1)	5,56 % (1)
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes « patients »	AP	0 % (0)	0 % (0)	0% (0)	5,56 % (1)	5,56 % (1)	22,22 % (4)	66,67% (12)
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	EE	38,89 % (7)	50% (9)	5,56 % (1)	0% (0)	5,56 % (1)	0 % (0)	0 % (0)
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	AP	0 % (0)	11,11 % (2)	5,56 % (1)	22,22 % (4)	0 % (0)	33,33 % (6)	27,78 % (5)
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	D	50% (9)	16,67 % (3)	11,11 % (2)	5,56 % (1)	5,56 % (1)	11,11 % (2)	0 % (0)
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	D	27,78 % (5)	27,78 % (5)	11,11 % (2)	11,11 % (2)	16,67 % (3)	0 % (0)	5,56 % (1)
12. Je me sens plein(e) d'énergie	AP	0 % (0)	0 % (0)	5,56 % (1)	5,56 % (1)	0 % (0)	55,56 % (10)	33,33 % (6)
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	EE	22,22 % (4)	33,33 % (6)	11,11 % (2)	16,67 % (3)	11,11 % (2)	0 % (0)	5,56 % (1)
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	EE	5,56 % (1)	11,11 % (2)	16,67 % (3)	33,33 % (6)	5,56 % (1)	16,67 % (3)	11,11 % (2)
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes « patients »	D	61,11% (11)	33,33 % (6)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	5,56 % (1)	0 % (0)
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	EE	61,11% (11)	33,33 % (6)	5,56 % (1)	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes « patients »	AP	0 % (0)	5,56 % (1)	0 % (0)	5,56 % (1)	0 % (0)	50% (9)	38,89 % (7)
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes « patients »	AP	5,56 % (1)	11,11 % (2)	11,11 % (2)	5,56 % (1)	0 % (0)	27,78 % (5)	38,89 % (7)
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	AP	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)	11,11 % (2)	16,67 % (3)	33,33 % (6)	38,89 % (7)
20. Je me sens au bout du rouleau	EE	27,78 % (5)	50% (9)	11,11 % (2)	0 % (0)	5,56 % (1)	0 % (0)	5,56 % (1)
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	AP	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)	16,67 % (3)	11,11 % (2)	27,78 % (5)	44,44 % (8)
22. J'ai l'impression que mes « patients » me rendent responsable de certains de leurs problèmes	D	33,33 % (6)	38,89 % (7)	5,56 % (1)	0 % (0)	16,67 % (3)	0 % (0)	5,56 % (1)

N.B. 1 : EE= Epuisement émotionnel ; D=Dépersonnalisation ; AP= Accomplissement personnel

N.B. 2 : Fréquence(s) de réponse la (ou les) plus importante(s) pour chaque item = marquée(s) en rouge

Annexe 17

Tableau 15 : Corrélations (Pearson r) entre les dimensions du *Burnout* et les composantes du Siegrist, les variables sociodémographiques et de santé physique lors du Temps 1 (N=18)

Corrélations entre les variables définissant le syndrome d'épuisement professionnel et les composantes psychosociales du travail, les variables sociodémographiques et de santé physique observées au T1 (N=18)			
Variables	<i>Epuisement émotionnel</i>	<i>Dépersonnalisation</i>	<i>Accomplissement personnel</i>
Efforts extrinsèques	.08	.40	-.08
Récompenses	.09	-.12	.16
<i>Estime</i>	.14	-.01	.27
<i>Contrôle du statut professionnel</i>	.13	.02	-.10
<i>Gratifications monétaires</i>	-.31	-.50	.12
Surinvestissement	.31	.36	.49
Age	-.57	-.57	-.08
Ancienneté dans la profession	-.32	-.37	-.19
TMS	.17	.15	-.18
Migraines-céphalées	.31	.38	-.24
Troubles du sommeil	.00	.11	-.02

Note : Corrélations significatives $\geq |.48|$, $p < .05$.

Annexe 18 :

Tableau 16: Corrélations (Pearson r) entre les dimensions du *Burnout* et les composantes du Siegrist, les variables sociodémographiques et de santé physique lors du Temps 2 (N=18)

Corrélations entre les variables définissant le syndrome d'épuisement professionnel et les composantes psychosociales du travail, les variables sociodémographiques et de santé physique observées au T2 (N=18)			
Variables	<i>Epuisement émotionnel</i>	<i>Dépersonnalisation</i>	<i>Accomplissement personnel</i>
Efforts extrinsèques	.51	.39	.08
Récompenses	-.45	-.41	-.04
<i>Estime</i>	-.21	-.30	-.07
<i>Contrôle du statut professionnel</i>	-.55	-.37	-.08
<i>Gratifications monétaires</i>	-.04	-.13	.26
Surinvestissement	.51	.36	.26
Age	-.31	-.27	.02
Ancienneté dans la profession	.07	-.10	.03
TMS	-.12	-.10	-.04
Migraines-céphalées	.10	.13	-.39
Troubles du sommeil	.18	.25	-.49

Note : Corrélations significatives $\geq |.48|$, $p < .05$.

Annexe 19 :

Calcul des scores pour l'échelle HADS

Pour chaque sous-échelle que comporte l'HADS (HADS-A par la sous-échelle d'anxiété et HADS-D pour la sous-échelle de dépression), il est possible de calculer un score (par sommation des items concernés) dont l'intervalle va de 0 à 21.

Des valeurs seuils (cut-off points) ont été déterminées. En se basant sur les travaux initiaux et les recommandations de Zigmond & Snaith (1983), trois tranches de scores sont définies pour les deux sous-échelles considérées à savoir la sous-échelle d'« Anxiété » et de « Dépression » :

- un score entre 0 et 7 traduit une absence de troubles anxieux et/ou dépressifs.
- un score entre 8 à 10 traduit des troubles anxieux et/ou dépressifs suspectés (ou borderline).
- un score entre 11 et 21 (donc > 10) traduit des troubles anxieux et/ou dépressifs avérés (ou cliniquement définis).

Annexe 20 :

Tableau 25 : Corrélations (Pearson r) entre l'anxiété, la dépression et les composantes du Siegrist, les dimensions du *Burnout*, les variables sociodémographiques et de santé physique lors du Temps 1 (N=18)

Corrélations entre les variables d'anxiété, de dépressivité et les composantes psychosociales du travail, les dimensions du burnout, les variables sociodémographiques et de santé physique observées au T1 (N=18)		
Variables	<i>ANXIETE</i>	<i>DEPRESSION</i>
Efforts extrinsèques	.41	-.22
Récompenses	.00	-.09
<i>Estime</i>	.16	.20
<i>Contrôle du statut professionnel</i>	.00	-.38
<i>Gratifications monétaires</i>	-.48	-.08
Surinvestissement	.50	.25
Epuisement émotionnel	.67	.10
Dépersonnalisation	.77	.23
Accomplissement personnel	.09	-.08
Age	-.41	.16
Ancienneté dans la profession	-.21	.33
TMS	.31	.25
Migraines-céphalées	.30	.31
Troubles du sommeil	.23	.40

Note : Corrélations significatives $\geq |.48|$, $p < .05$.

Annexe 21 :

Tableau 26 : Corrélations (Pearson r) entre l'anxiété, la dépression et les composantes du Siegrist, les dimensions du *Burnout*, les variables sociodémographiques et de santé physique lors du Temps 2 (N=18)

Corrélations entre les variables d'anxiété, de dépressivité et les composantes psychosociales du travail, les dimensions du burnout, les variables sociodémographiques et de santé physique observées au T2 (N=18)		
Variables	<i>ANXIETE</i>	<i>DEPRESSION</i>
Efforts extrinsèques	.24	.26
Récompenses	-.24	-.22
<i>Estime</i>	.13	-.19
<i>Contrôle du statut professionnel</i>	-.42	-.28
<i>Gratifications monétaires</i>	-.27	.31
Surinvestissement	.65	.12
Epuisement émotionnel	.60	.51
Dépersonnalisation	.32	.52
Accomplissement personnel	-.03	-.24
Age	-.30	-.03
Ancienneté dans la profession	-.12	.18
TMS	.10	-.19
Migraines-céphalées	.28	.23
Troubles du sommeil	.35	.11

Note : Corrélations significatives $\geq |.48|$, $p < .05$.

Annexe 22 :

Tableau 31 : Corrélations (Pearson r) entre la satisfaction de vie professionnelle et les composantes du Siegrist, les dimensions du *Burnout*, l'anxiété, la dépression, les variables sociodémographiques et de santé physique lors du Temps 1 (N=18)

Corrélations entre la satisfaction de vie professionnelle et les composantes psychosociales du travail, les dimensions du burnout, l'anxiété, la dépressivité, les variables sociodémographiques et de santé physique observées au T1 (N=18)	
Variables	SATISFACTION DE VIE PROFESSIONNELLE
Efforts extrinsèques	-.09
Récompenses	.50
<i>Estime</i>	.21
<i>Contrôle du statut professionnel</i>	.48
<i>Gratifications monétaires</i>	.41
Surinvestissement	-.41
Epuisement émotionnel	-.03
Dépersonnalisation	-.13
Accomplissement personnel	-.26
Anxiété	-.18
Dépression (ou dépressivité)	-.33
Age	.02
Ancienneté dans la profession	-.04
TMS	-.09
Migraines-céphalées	.34
Troubles du sommeil	-.11

Note : Corrélations significatives $\geq |.48|$, $p < .05$.

Annexe 23 :

Tableau 32 : Corrélations (Pearson r) entre la satisfaction de vie professionnelle et les composantes du Siegrist, les dimensions du *Burnout*, l'anxiété, la dépression, les variables sociodémographiques et de santé physique lors du Temps 2 (N=18)

Corrélations entre la satisfaction de vie professionnelle et les composantes psychosociales du travail, les dimensions du burnout, l'anxiété, la dépressivité, les variables sociodémographiques et de santé physique observées au T2 (N=18)	
Variables	SATISFACTION DE VIE PROFESSIONNELLE
Efforts extrinsèques	-.22
Récompenses	.36
<i>Estime</i>	-.01
<i>Contrôle du statut professionnel</i>	.48
<i>Gratifications monétaires</i>	.42
Surinvestissement	-.55
Epuisement émotionnel	-.55
Dépersonnalisation	-.38
Accomplissement personnel	.15
Anxiété	-.59
Dépression (ou dépressivité)	-.31
Age	.34
Ancienneté dans la profession	.14
TMS	-.04
Migraines-céphalées	.10
Troubles du sommeil	-.02

Note : Corrélations significatives $\geq |.48|$, $p < .05$.

Résumé en anglais

The evaluation of psychosocial constraints of the perceived working environment following a multidisciplinary prevention strategy of psychosocial risks at CHU Toulouse

Objectives:

To make an evaluation of the changing in the perception of psychosocial constraints of the medical care employees, working in 3 different hospital units after the establishment of organizational prevention measures.

Methods:

The analysis of the 3 units and the elaboration of organizational changes were constructed using a multidisciplinary approach. The synthesis of the group interviews and of the ergonomic analysis, allowed the investigators to propose preventing strategies for psychosocial risks. The longitudinal follow up using questionnaires was realised at two different times (before and after the organizational changes – T1 and T2).

Results:

Some trends remain to be clarified (a lower score of emotional exhaustion at T2, anxiety scores lower at T2, the score of satisfaction with professional life higher at T2); and the correlations found (between the psychosocial dimensions of Siegrist, the scores of professional burnout, the scores of anxiety using the HADS scale and the professional life satisfaction scale using the ESVP – 5 questionnaire) need to be validated using a more representative study group.

Discussion:

This work should be considered as a preliminary study based on a multidisciplinary approach and an attempt to evaluate a prevention strategy. Even if the preliminary results cannot confirm with certainty the improvement of the hospital's staff working conditions, the first analyses are encouraging and they confirm the positive feedback of the study participants during the group interviews.

Key words: psychosocial risk, medical care employees, prevention, multidisciplinary, longitudinal follow up.

RESUME EN ANGLAIS:

TITLE: The evaluation of psychosocial constraints of the perceived working environment following a multidisciplinary prevention strategy of psychosocial risks at CHU Toulouse

Objectives: To make an evaluation of the changing in the perception of psychosocial constraints of the medical care employees, working in 3 different hospital units after the establishment of organizational prevention measures.

Methods: The analysis of the 3 units and the elaboration of organizational changes were constructed using a multidisciplinary approach. The synthesis of the group interviews and of the ergonomic analysis, allowed the investigators to propose preventing strategies for psychosocial risks. The longitudinal follow up using questionnaires was realised at two different times (before and after the organizational changes – T1 and T2).

Results: Some trends remain to be clarified (a lower score of emotional exhaustion at T2, anxiety scores lower at T2, the score of satisfaction with professional life higher at T2); and the correlations found (between the psychosocial dimensions of Siegrist, the scores of professional burnout, the scores of anxiety using the HADS scale and the professional life satisfaction scale using the ESVP – 5 questionnaire) need to be validated using a more representative study group.

Discussion: This work should be considered as a preliminary study based on a multidisciplinary approach and an attempt to evaluate a prevention strategy. Even if the preliminary results cannot confirm with certainty the improvement of the hospital's staff working conditions, the first analyses are encouraging and they confirm the positive feedback of the study participants during the group interviews.

Key words: psychosocial risk, medical care employees, prevention, multidisciplinary, longitudinal follow up.

AUTEUR : Dana – Iuliana MACOVEI

TITRE : Evaluation des contraintes psychosociales de l'environnement de travail perçues suite à une démarche pluridisciplinaire de prévention des RPS au CHU de Toulouse

DIRECTEUR DE THESE : Mme le Docteur Monique MARPINARD

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Bordeaux, le 14/10/2010

RESUME EN FRANÇAIS :

Objectif : Evaluer les modifications de perception des contraintes psychosociales des agents exerçant dans 3 secteurs hospitaliers suite à la mise en place de mesures de prévention sur le plan organisationnel.

Méthode : L'analyse de la situation et l'élaboration des modifications organisationnelles ont été construites en pluridisciplinarité. La synthèse des entretiens collectifs des agents et des analyses ergonomiques a permis de proposer des plans de prévention des risques psychosociaux. Le suivi longitudinal des agents par des questionnaires a été réalisé à deux temps (T1, T2).

Résultats : Certaines tendances restent à préciser (diminution globale du niveau d'épuisement professionnel au T2, scores d'anxiété plus faibles au T2, score moyen de satisfaction de vie professionnelle plus élevé au T2) ; et des corrélations retrouvées (entre les dimensions psychosociales du Siegrist, les scores d'épuisement professionnel selon le MBI test, les scores d'anxiété selon l'échelle HADS et l'échelle de satisfaction de la vie professionnelle selon l'ESVP-5) seront à valider sur un échantillon plus représentatif.

Discussion : Ce travail doit être envisagé comme une étude préliminaire avec une approche pluridisciplinaire et un essai d'évaluation des effets d'une démarche de prévention. Même si les résultats préliminaires ne permettent pas d'affirmer avec certitude statistique que cette démarche a amélioré le vécu au travail des agents, les premières analyses sont encourageantes et corroborent aux retours positifs des agents du secteur lors d'entretiens collectifs.

MOTS - CLES : risques psychosociaux, soignants, prévention, pluridisciplinarité, suivi longitudinal

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine du travail

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R OU DU LABORATOIRE : UMR INSERM – UPS
1027, Faculté de Médecine Purpan