



HAL
open science

Évaluation du retentissement des risques psychosociaux sur l'état de santé du personnel hospitalier du CHU de Rouen

Nicoleta Lesueur

► **To cite this version:**

Nicoleta Lesueur. Évaluation du retentissement des risques psychosociaux sur l'état de santé du personnel hospitalier du CHU de Rouen. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01529564

HAL Id: dumas-01529564

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01529564>

Submitted on 31 May 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2016-2017

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

Diplôme d'état

Par

LESUEUR Nicoleta (née DRAGNEA)

Née le 04 avril 1974 à Rosiori de Vede

Présentée et soutenue publiquement le 26 avril 2017

**EVALUATION DU RETENTISSEMENT DES RISQUES
PSYCHOSOCIAUX SUR L'ETAT DE SANTE DU
PERSONNEL HOSPITALIER DU CHU DE ROUEN**

Président du jury : Professeur Jean-François GEHANNO

Directeur de thèse : Docteur Laetitia ROLLIN

Membres du jury : Professeur Jean-François CAILLARD

Docteur Laurent POSTEL

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2016-2017

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

Diplôme d'état

Par

LESUEUR Nicoleta (née DRAGNEA)

Née le 04 avril 1974 à Rosiori de Vede

Présentée et soutenue publiquement le 26 avril 2017

**EVALUATION DU RETENTISSEMENT DES RISQUES
PSYCHOSOCIAUX SUR L'ETAT DE SANTE DU
PERSONNEL HOSPITALIER DU CHU DE ROUEN**

Président du jury : Professeur Jean-François GEHANNO

Directeur de thèse : Docteur Laetitia ROLLIN

Membres du jury : Professeur Jean-François CAILLARD

Docteur Laurent POSTEL

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017
U.F.R. DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHO	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé

Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI communication	HCN	Informatique médicale et techniques de
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile

Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoît MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale

Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>sumombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>sumombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire

Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais – retraite 01/10/2016
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie

Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique

Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHOT	Bactériologie
---------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med) Physiologie (ADEN)

Mr Paul **MULDER** (phar) Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med)

Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 03 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Jean-François GEHANNO

Vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse.

Je vous remercie pour l'enseignement particulièrement riche dont j'ai pu bénéficier durant ces quatre années d'internat de médecine du travail et pour l'accompagnement et le soutien lors de mes stages au sein de votre service. Je vous prie d'accepter mes remerciements et l'assurance de ma sincère gratitude.

Monsieur le Professeur Jean-François CAILLARD

Vous m'honorez en acceptant de siéger dans le jury de cette thèse.

Je vous remercie pour la qualité de l'enseignement dont j'ai pu bénéficier tout au long de mon internat et pour votre grande disponibilité.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Docteur Laetitia ROLLIN

Je vous remercie de m'avoir fait confiance et de m'avoir permis de mener cette thèse à bien.

Les mois passés à vos côtés sur ce travail de thèse m'ont énormément apporté. Merci pour cet apprentissage, votre soutien, votre implication, et surtout pour votre grande disponibilité. Je vous suis très reconnaissante pour votre investissement dans ma formation tout au long de l'internat.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère amitié et de ma profonde estime.

Monsieur le Docteur Laurent POSTEL

Vous avez aimablement accepté de me faire l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie pour l'accueil et la confiance accordée, la richesse de votre enseignement dont j'ai pu bénéficier tout au long de mon stage dans votre service, pour m'avoir fait partager votre vaste expérience dans la médecine du travail, pour votre humanisme tout simplement.

Veillez trouver ici l'expression de ma respectueuse gratitude.

Au personnel du service MTPH du CHU de Rouen pour leur accueil et leur participation à cette étude.

A Madame Angélique Lefebvre, statisticienne à l'OR2S, pour son aide et sa disponibilité.

A Xavier

Je tiens à te témoigner ici tout mon amour et à te remercier pour tout le bonheur que tu m'apportes depuis maintenant 11 ans. Merci pour ton soutien et ton aide précieuse dans ce travail de thèse. Tu as toujours été à mes côtés durant ces longues et éprouvantes études. Je t'en serai éternellement reconnaissante et je tiens à te dédier ce travail.

A mes filles

Jade, Emma et Camille qui me comblent de bonheur.

A mes parents et à mon frère

Sans vous rien n'aurait été possible. Je vous remercie de tout cœur de m'avoir permis de faire ces longues études et vous remercie pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A toute ma famille

Aux amis, aux médecins, à mes co-internes et à toutes les personnes qui m'ont offert leur aide et leur soutien tout au long de l'élaboration de cette thèse.

LISTE DES ABREVIATIONS

ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions du Travail
ANFH	Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIRC	Centre International pour la Recherche sur le Cancer
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNAM	Conservatoire National des Arts et Métiers
CNIL	Commission Nationale de l'Information et des Libertés
CRRMP	Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles
DARES	Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques
DGI	Direction Générale des Impôts
DGOS	Direction Générale de l'Offre des Soins
DMP	Dossier Médical Personnel
DMS-IV	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DUERP	Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
EHPAD	Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes
ERI-Q	Effort-Reward Imbalance Questionnaire
ESENER	European Enterprise Survey on New and Emerging Risks
EU-OSHA	European Agency for Safety and Health at Work,
EVA	Echelle Visuelle Analogique
EVREST	EVolutions et RELations en Santé au Travail
FPE	Fonction Publique d'Etat
FPH	Fonction Publique Hospitalière
FPT	Fonction Publique Territoriale

HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IMC	Indice de Masse Corporelle
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
JCQ	Job Content Questionnaire
MBI	Maslach Burnout Inventory
MTPH	Médecine du Travail du Personnel Hospitalier
NWI-EO	Nursing Work Index Extended Organisation
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONVS	Observatoire National des Violences en milieu de Santé
OR2S	Observatoire Régional de la Santé et du Social
ORSOSA	ORganisation des SOins-SAnté
RAIVHAT	Réseau d'Analyse et d'Intervention face à la Violence et au Harcèlement au Travail
RPS	Risques Psycho-Sociaux
SGA	Syndrome Général d'Adaptation
SUMER	SURveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels
T2A	Tarifcation à l'Activité
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques
UCP	Unité Centrale de Production
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
VAI	Veille, Alerte et Intervention

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	20
II. RISQUES PSYCHOSOCIAUX	22
II.1. Conceptualisation des problèmes psychosociaux	22
II.1.1. Une histoire récente de liens santé-travail.....	23
II.1.2. Etat des lieux des RPS en Europe.....	23
II.2. Sur et autour de la notion de « risque psychosocial »	25
II.2.1. Des risques difficile à identifier, mais très présents	27
II.2.1.1. Le modèle spécifique de Selye	28
II.2.1.2. Le modèle théorique du stress, coping et adaptation.....	29
II.2.1.3. Le modèle de Karasek et Theorell.....	30
II.2.1.4. Le modèle de Siegrist	33
II.2.2. Risques psychosociaux et troubles psychosociaux.....	37
II.2.3. Les six dimensions d'analyse des risques psychosociaux.....	38
II.3. Les risques psychosociaux dans le milieu de soins	42
II.3.1. Les transformations organisationnelles des hôpitaux publics	42
II.3.2. Conséquences sur les conditions de travail des salariés	43
II.3.3. Un contexte propre au milieu hospitalier du CHU de Rouen.....	45
II.4. RPS et maladies professionnelles.....	47
II.5. Cadre réglementaire des RPS	51
III. PRESENTATION DE L'ETUDE.....	56
III.1. Objectifs de l'étude.....	56
III.2. Matériel et Méthode de l'étude.....	56
III.2.1. Population d'étude.....	56
III.2.2. Lieu de l'étude : le Centre Hospitalier Universitaire de Rouen	56
III.2.2.1. Situation du CHU-Hôpitaux de Rouen et population.....	56
III.2.2.2. Organisation des services de soins par pôles.....	57
III.2.3. Type d'étude	57
III.2.4. Recueil de données	58
III.2.4.1. Le questionnaire EVREST	59
III.2.5. Analyse statistique.....	60
III.2.5.1. Recueil et analyse de données.....	60

III.2.5.2. Tests statistiques.....	61
III.2.6. Aspects éthiques	62
IV. RESULTATS	63
IV.1. Description de la population d'étude	63
IV.1.1. Représentativité de l'échantillon	63
IV.1.2. Caractéristiques socio-professionnelles.....	64
IV.2. Résultats enquête EVREST- comparaison « santé humaine » et « secteur national »	65
IV.2.1. Conditions de travail.....	65
IV.2.1.1. Changement de travail.....	65
IV.2.1.2. Rythmes de travail.....	65
IV.2.1.3. Contraintes de temps	66
IV.2.1.4. Les appréciations sur le travail.....	68
IV.2.1.5. Les charges physiques du poste de travail	69
IV.2.2. Expositions professionnelles	70
IV.2.3. Formation.....	71
IV.2.4. Mode de vie	72
IV.2.5. Etat de santé.....	73
IV.2.5.1. Corpulence selon l'IMC	73
IV.2.5.2. Appareil respiratoire/cardio-vasculaires/HTA.....	74
IV.2.5.3. Troubles neuropsychiques : fatigue/lassitude, anxiété/nervosité/irritabilité, troubles du sommeil	75
IV.2.5.3.1. Analyse uni variée des facteurs RPS associés aux troubles neuropsychiques	76
IV.2.5.3.2. Analyse multi variée des facteurs RPS associés aux troubles neuropsychiques	76
IV.2.5.4. Appareil ostéo-articulaire.....	77
IV.2.5.4.1. Existence d'un trouble ostéo-articulaire du membre supérieur selon les appréciations sur le travail (analyse uni variée des facteurs RPS associés aux TMS des MS).....	79
IV.2.5.4.2. Existence d'un trouble ostéo articulaire du rachis selon les appréciations sur le travail (Analyse uni variée des facteurs RPS associés aux TMS du rachis)...	80
IV.2.5.4.3. Analyse multi variée des facteurs RPS associés aux TMS.....	81
IV.2.5.5. Appareil digestif - troubles dermatologiques - troubles de l'audition	83
IV.2.6. Questions supplémentaires	83
IV.2.6.1. Avez-vous peur de faire des erreurs ?	83
IV.2.6.2. Arrivez-vous à concilier vie professionnelle et vie personnelle ?.....	84

IV.2.6.3. Cotation de l'ambiance de travail	85
IV.2.6.4. Etes-vous exposés à des violences physiques ou verbales ?	85
IV.2.6.5. Avez-vous le sentiment d'avoir été suffisamment informés des risques professionnels de votre travail ?	86
IV.2.6.6. Les changements institutionnels sont-ils suffisamment accompagnés ?....	87
IV.2.6.7. Dans le cadre de la prévention des RPS, une consultation avec le médecin est-elle nécessaire ?	87
V. DISCUSSION	88
V.1. Justification des objectifs de l'étude	88
V.2. Points forts et limites de cette étude.....	89
V.2.1. L'originalité de la démarche.....	89
V.2.2. Intérêt des entretiens individuels	89
V.2.3. Limites de l'étude	90
V.3. Discussion des résultats.....	90
V.3.1. RPS selon la classification du Collège d'expertise Gollac.....	91
V.3.1.1. Intensité et temps de travail.....	91
V.3.1.2. Exigences émotionnelles	95
V.3.1.3. Autonomie au travail	97
V.3.1.4. Rapports sociaux au travail	99
V.3.1.5. Conflits de valeurs.....	100
V.3.1.6. Insécurité de la situation de travail.....	101
V.3.2. RPS et état de santé	103
V.3.2.1. RPS et troubles neuropsychiques	103
V.3.2.2. RPS et autres pathologies	106
V.3.2.2.1. RPS et troubles musculo-squelettiques	106
V.3.2.2.2. RPS et troubles cardiovasculaires	109
V.3.2.2.3. RPS et troubles dermatologiques	110
V.4. Suite donnée à ces constats et pistes d'amélioration proposées....	111
V.4.1. De la responsabilité à la mise en œuvre de la prévention.....	111
V.4.2. Plan d'action de prévention des RPS au CHU de Rouen	115
VI. CONCLUSION.....	119
BIBLIOGRAPHIE	121
ANNEXES.....	143

I. INTRODUCTION

Le monde du travail a été marqué ces dernières décennies par l'évolution de l'organisation et des conditions du travail. L'observatoire européen des risques de l'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail (EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work) confirmait en 2007, que ces importants changements survenus dans le monde du travail avaient entraîné l'émergence de risques nouveaux dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail : les risques psychosociaux (RPS) (EU-OSHA 2007).

A côté des risques physiques, biologiques et chimiques, les RPS constituent actuellement un problème réel, avec des enjeux lourds en termes de santé publique et de coût pour les entreprises et la société.

Les risques psychosociaux font référence à de nombreuses situations : stress, harcèlement moral, violence, souffrance, suicide, dépression, troubles musculo-squelettiques etc., et touchent tous les acteurs de l'entreprise, du salarié au dirigeant en passant par l'encadrement.

Ils touchent tous les secteurs d'activité et ils n'épargnent pas le milieu hospitalier. Le but premier dans ce secteur étant de soigner les personnes et de contribuer au bien-être et au rétablissement des patients, il est indispensable que les acteurs eux-mêmes se sentent bien. Outre la profession de soignant la plus à risque car dite de « contact », tous les acteurs sont ainsi concernés. Les récentes réformes hospitalières et la transformation de l'organisation du système de soin français, la modernisation du matériel, le manque du personnel sont autant d'éléments qui affectent les conditions de travail de l'ensemble du personnel et renforcent leur exposition aux risques. La prévention des RPS représente donc un enjeu majeur pour les établissements du secteur sanitaire.

Dans ce contexte de demande politique et sociale grandissante sur le thème des risques psychosociaux au travail, un accord relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique a été signé en octobre 2013 par huit organisations syndicales et par l'ensemble des employeurs des trois versants de la fonction publique. Cet accord-cadre prévoit la mise en place d'un plan national d'action pour la prévention des RPS dans la fonction publique qui doit se traduire par l'élaboration pour chaque employeur public d'un

plan d'évaluation et de prévention des RPS. Une circulaire ministérielle en date du 20 mars 2014 a fixé les conditions de mise en œuvre du plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux dans les trois versants de la fonction publique.

Si travailler dans le secteur public augmente le « degré de bonheur » toutes choses égales par ailleurs (Gollac et Volkoff 2006), les conditions de travail, ainsi que les expositions aux facteurs de RPS, varient sensiblement d'un versant de la fonction publique à l'autre, selon le risque considéré; mais au-delà des versants de la fonction publique, les risques professionnels sont souvent spécifiques aux métiers (Coutrot et Davie 2014).

Afin de déterminer les causes d'un « état psychologique ressenti au travail », le Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Rouen a envisagé un plan d'action de prévention des RPS pour 2013-2015 soutenu par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Haute-Normandie et a réalisé une étude auprès des salariés à travers l'observatoire EVREST (EVolutions et RELations en Santé au Travail). La nécessité de mettre en œuvre une démarche globale de prévention des risques était particulièrement aiguë dans ce secteur professionnel.

L'objectif de ce travail était de décrire les risques psychosociaux et d'évaluer l'état de santé des personnels du CHU de Rouen, à partir du questionnaire EVREST, portant notamment sur les conditions de travail.

Dans un premier temps, nous présenterons à travers une revue de la littérature des éléments de compréhension et différentes approches des risques psychosociaux.

Puis nous exposerons le cadre méthodologique de cette étude, ensuite les résultats en présentant les conditions de travail et l'état de santé de la population étudiée.

Enfin, nous discuterons des résultats et présenterons les éléments mis en place à la suite de ces constats.

II. RISQUES PSYCHOSOCIAUX

II.1. Conceptualisation des problèmes psychosociaux

À partir des années 1980, et surtout 1990, face à la montée de l'instabilité de l'environnement et de l'exposition à la concurrence internationale, les entreprises ont développé la recherche de gains de productivité et la réduction de l'ensemble des coûts. Elles ont transformé l'organisation de la production, notamment en développant la standardisation des lignes de production, la production juste-à-temps, les démarches de qualité totale, la déconcentration productive, ou encore le recours à la sous-traitance (Askenazy et al. 2002). Concernant l'emploi, elles ont réagi par un accroissement de la productivité et une recherche de flexibilité tant quantitative que qualitative (diversification des horaires de travail, polyvalence, développement de formes d'emploi atypiques, externalisation des activités). Parallèlement, l'informatisation et les nouvelles technologies de l'information ont révolutionné le contrôle du travail (Gollac et al. 2000). Au total, ces changements organisationnels, visant à rendre les salariés plus autonomes, plus responsables et nécessitant de nouveaux savoir-faire, ont dans de nombreux cas, rendu le travail plus intéressant, mais au prix d'une intensification et d'une dégradation des conditions de travail (Bué et Rougerie 1999; Valeyre 2001; Green et McIntosh 2001); ils ont par ailleurs bousculé la structure verticale de l'emploi propre au modèle taylorien (Coutrot 2000).

Par ailleurs, alors que la part de l'industrie dans l'emploi diminue, celle du tertiaire progresse, et favorise l'expansion des activités de service pour répondre aux besoins des entreprises et des personnes.

La pression sociale agit comme un stimulant de l'intervention publique. La volonté d'améliorer les conditions de travail va alors trouver un large écho dans les milieux politiques. Cela s'est traduit par la création, en décembre 1973, de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) et l'adoption de lois et de règlements qui ont conduit à la mise en œuvre de réformes.

II.1.1. Une histoire récente de liens santé-travail

L'expression « risques psychosociaux » (RPS) est apparue récemment dans les préoccupations des professionnels de la santé au travail. On peut situer son émergence au cours des années 2000 comme une extension du vocable « stress », qui a servi de cadre de référence, même si ces risques sont initialement apparus dans les années 1970 avec les changements profonds du monde du travail (Légeron 2003). Cette notion de « stress » est plus ancienne, assez bien définie et recouvre des cadres théoriques explicatifs circonscrits. A l'époque le terme de RPS n'est pas vraiment stable, impliquant des concepts particulièrement poreux qui désignent soit des causes d'origine professionnelle, qualifiées de risques professionnels (comme par exemple, ceux du registre de l'organisation ou du management), soit des effets sur la santé (stress, harcèlement, violence interne, violence externe, burn-out, addictions, souffrance, etc.). À ce flou sémantique s'ajoutent des difficultés épistémologiques et méthodologiques, car ces risques sont au carrefour des sphères personnelles et professionnelles et touchent à la subjectivité comme à la difficulté d'authentifier les troubles. Toutefois, cette notion se diffuse toujours dans l'espace public, soutenue par les effets médiatiques de suicides survenus au sein de grandes entreprises et par le nombre croissant de décisions rendues par la justice relatives aux RPS, au-delà même des problèmes théoriques et méthodologiques qu'elle pose.

II.1.2. Etat des lieux des RPS en Europe

Pour faire face à un fort absentéisme et à de nombreux départs prématurés, dans les années 1990, en Europe, les gouvernements ont été incités à se préoccuper des situations stressantes ou des mauvaises conditions de travail. Il s'agissait surtout de réduire le coût élevé du travail et des politiques sociales dans un contexte de forte compétitivité internationale et dans une moindre mesure de se préoccuper des aspects éthiques et sociaux associés à ces risques (Kompier et Cooper 1999). Ainsi la directive européenne du 12 juin 1989 (Directive-cadre n°89/391/CEE) a défini les obligations de l'employeur en termes d'évaluation des risques professionnels, et de mise en place de plans de prévention en privilégiant la prévention à la source (éliminer le risque ou à minima le réduire). Les risques psychosociaux en faisaient partie.

En 1996, la Commission Européenne publie un rapport « Manuel d'orientation sur le stress lié au travail, piment de la vie ... ou coup fatal ? » mettant l'accent sur la gestion du stress sur le lieu de travail (CE 2000).

En 2002, l'Agence Européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA) avait comme thématique prioritaire « la prévention pratique des risques psychosociaux et du stress au travail ».

Par la suite, en 2007, l'Union Européenne, souhaitant mettre en commun et développer les différentes approches des RPS existantes dans chaque état membre, lance un projet intitulé « Psychological RISK Management-European Framework (Prima-EF) (Stavroula et Cox 2008).

Enfin, entre 2014 et 2015, l'OSHA a proposé une campagne intitulée « Healthy Workplaces : Manage stress ».

En 2016 l'EU-OSHA a publié le rapport global de la deuxième enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents (ESENER-2), à laquelle près de 50 000 établissements de 36 pays européens ont participé en 2014 : les risques psychosociaux sur les lieux de travail européens sont importants : 77% des établissements déclaraient au moins un facteur de risque psychosocial au travail. Les facteurs de risque les plus fréquemment mentionnés étaient la confrontation avec des clients, des patients, des élèves difficiles (58% des établissements), suivie d'assez près par la pression des délais (43%) (EU-OSHA 2015).

L'EU-OSHA a lancé, aussi en 2016, à Bruxelles, une campagne 2016-2017 intitulée « *Être bien sur les lieux de travail quel que soit l'âge* ». Cette nouvelle campagne porte principalement sur le travail durable et le vieillissement en bonne santé dès le début de la vie professionnelle et souligne l'importance de la prévention des risques tout au long de la carrière. Sur la base du projet du Parlement européen « Travailler dans des conditions plus sûres et plus saines à tout âge » mené par l'EU-OSHA, la campagne met en exergue les avantages d'une bonne sécurité et santé au travail pour les travailleurs, les entreprises et l'ensemble de la société.

II.2. Sur et autour de la notion de « risque psychosocial »

D'après la définition de la santé de l'OMS, non amendée depuis 1948, la santé se conçoit comme un « *état complet de bien-être physique, psychique et social et non uniquement comme absence de maladie ou d'infirmité* ». Le concept de santé s'avère donc être multidimensionnel : la santé dépendrait de nombreux facteurs et serait une expérience subjective, personnelle voire même culturelle. Cette définition de la santé fait référence au contexte biologique mais également psychosocial de l'individu (Contandriopoulos 1999). Cependant le terme « *psychosocial* » est de nos jours un concept utilisé à grande échelle (Martikainen et al 2002), d'où la nécessité de situer plus précisément ce que ce concept sous-entend.

Les termes « risques psychosociaux » laissent à penser que le psychosocial, c'est à dire la relation à l'autre, est toxique et représente un risque pour la santé.

Toutes les approches de la santé montrent que le « *psychosocial* » n'est pas un « risque » et ne peut en aucun cas être posé en référence à cette catégorie ; il est au contraire une dimension consubstantielle à la vie des personnes au travail et il ne peut être approché que comme une donnée même de la vie sociale en entreprise. Le terme de « risques » dans ce domaine est très ambigu.

Première notion sous-entendue : celle de « danger ». *Le risque se définit comme la probabilité qu'une exposition au danger entraîne un dommage et les stratégies de prévention se doivent donc de faire en sorte que l'exposition soit nettement en dessous du niveau où vont apparaître les dommages* ».

S'agissant des contextes en cause à l'occasion des actions sur les « RPS » et des pathologies associées, aucun danger ne peut être identifié en tant que tel. Nous savons que les causes sont multiples, se combinent à l'infini. Des facteurs d'organisation ont bien été mis en évidence comme favorisant des situations pathogènes, mais il n'existe pas à priori une ou des situations de « danger » ou un type « d'organisation dangereuse » pouvant dans une relation univoque de type « cause-effet », sur le modèle de la prévention classique, provoquer des effets pathogènes sur la santé des salariés.

Dans le même ordre d'idée, le concept de « risques » sous-entend la notion de « seuil » limite d'exposition. Là aussi, tant l'expérience d'intervention que les données scientifiques montrent l'incohérence de cette notion, s'agissant de contextes éminemment variables dans le temps et l'espace, de causes multiples, d'individus avec leur subjectivité.

Enfin, dernier pilier de cette approche préventive classique sous-entendue par le concept de risques, celui relatif à l'action de prévention : la prévention vise logiquement à éliminer les risques ou, à défaut, les réduire notamment par des dispositifs d'éloignement ou de protection par rapport aux contextes dangereux ; et ceci, souvent, par des processus de normalisation de ces contextes ou de normes d'hygiène du comportement (Clot 2008). Là aussi, cette approche est largement mise en défaut sur ce thème. L'approche du Réseau ANACT privilégie le point de vue que le travail est d'abord une opportunité essentielle pour construire sa santé par opposition à l'idée d'un travail d'abord « porteur de risques ». C'est dans le travail, en affrontant ses difficultés – et notamment au travers de la résolution des problèmes liés à l'écart entre le prescrit et le réel – que l'individu peut développer ses capacités, ses relations aux autres et ainsi construire sa santé. L'utilisation en intervention des concepts de « tensions » et de « régulation » (Sahler et al. 2007) met bien en avant les difficultés du travail comme inhérentes à la situation professionnelle, mais sont tout autant déterminantes les réponses individuelles et collectives des salariés comme modes de construction de la santé, dans un processus plutôt de type « chaotique » et dont le résultat n'est jamais acquis de façon définitive. L'objet de l'action en entreprise sur ce thème devient moins alors la « réduction de risques » que la recherche du développement de moyens de « régulation » des difficultés et de la création d'environnements de travail (Falzon et Mas 2007) qui permettent aux salariés de développer leurs capacités. Cette approche s'inscrit alors moins dans une approche « réductrice des risques » que dans une approche dynamique et constructrice de la santé en agissant sur les capacités des organisations, cibles principales de l'action, à favoriser des processus vertueux tant pour des raisons de santé au travail que de performance. On est loin aussi des processus de normalisation surtout lorsqu'ils portent sur les comportements des individus.

Ainsi, nombreuses sont les ambiguïtés autour des « risques psychosociaux », sur la notion elle-même, mais plus généralement sur ce qu'elle infère. Pour autant cette expression nous permet d'agir et d'appuyer des transformations en entreprise qui s'ouvrent plutôt vers cette conception large et constructrice de la santé.

II.2.1. Des risques difficile à identifier, mais très présents

Comme nous venons de le voir, ces « nouveaux risques professionnels », caractérisés par leur subjectivité, leur multi causalité et l'absence de consensus conceptuel sont difficiles à définir, alors même qu'ils demeurent très présents dans le monde du travail et qu'ils constituent, à ce titre, un enjeu majeur de santé publique.

A ce jour, les RPS au travail ne sont définis ni scientifiquement ni juridiquement. Toutefois nous retiendront la définition acceptée aujourd'hui, celle rendue dans son rapport final par le Collège d'expertise sur les risques psychosociaux missionné par le Ministère du travail en 2011 pour définir les indicateurs statistiques pour le suivi des RPS : « *les risques psychosociaux au travail sont des 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* » (Gollac et Bodier 2011).

Cette définition distingue clairement deux notions essentielles dans les sciences de prévention :

- **le risque** qui est la probabilité d'apparition d'un effet négatif redouté (atteintes à la santé mentale et physique ou dysfonctionnements sociaux) ;
- **les facteurs de risque** qui sont les éléments de tout type (relationnels, organisationnels ou appartenant aux conditions d'emploi) qui constituent la source du risque ou les éléments de majoration du risque.

Elle a le mérite d'inclure les éléments nécessaires à une démarche scientifique :

- **les causes** : les conditions d'emploi, les facteurs organisationnels et relationnels
- **le mécanisme** : l'interaction avec le fonctionnement mental
- **les effets** : l'altération de la santé mentale, physique et sociale.

Plusieurs modèles scientifiques du stress professionnel ont été développés pour essayer d'expliquer les problématiques complexes liées aux RPS. Ces modèles visent à décrire l'organisation du travail telle que la perçoivent les travailleurs. Ils représentent également un bon outil pour étudier l'analyse entre le travail et la santé.

II.2.1.1. Le modèle spécifique de Selye

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 stéréotypées (Burchfield 1979).

Selye, endocrinologue canadien d'origine autrichienne, considéré comme le « père » de la notion biologique ou physiologique du stress, a élaboré, en 1956, 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 » (Selye 1956).

Le "Syndrome Général d'Adaptation" se déroule en trois phases :

- une première, dite phase d'alarme (ou de choc) correspond à la réaction immédiate à l'exposition soudaine à un stressor, à laquelle l'individu n'était pas préparé. Toutes les défenses sont mobilisées pour faire face à l'agression. Elle est constituée d'un ensemble de symptômes qui reflètent la souffrance de l'organisme et peut durer de quelques minutes à plusieurs heures.
- la seconde, dite phase de résistance (ou d'habituance) a lieu si la situation se prolonge et correspond aux phénomènes adaptatifs développés pour faire face à la situation (mise en action de l'axe hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien). Les manifestations physiologiques de la phase d'alarme s'atténuent, mais l'organisme poursuit sa « lutte » face au stressor.
- la troisième, dite phase d'épuisement est l'étape ultime qui survient si l'agent causal est suffisamment stressant, et l'exposition à celui-ci suffisamment prolongée, les capacités d'adaptation d'un être vivant étant toujours limitées. Les capacités adaptatives physiques et psychologiques sont dépassées, des manifestations pathologiques peuvent alors être observées. Dans cette phase on peut intégrer le « burn-out syndrome » dont l'avatar ultime serait le « karoshi » nippon (la mort par le travail).

On peut résumer le syndrome général d'adaptation par le schéma suivant :

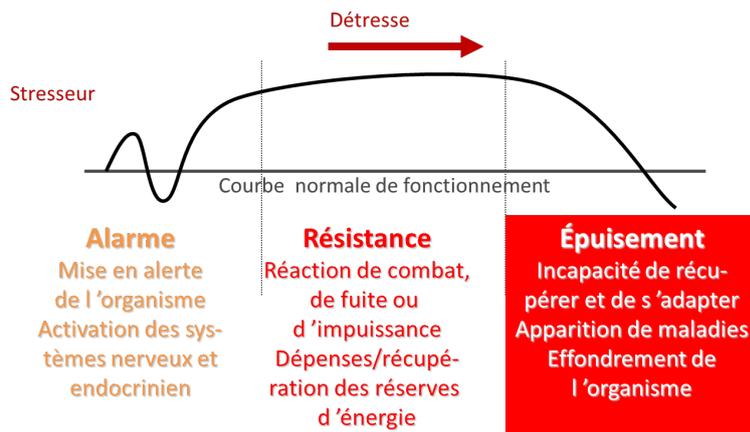


Figure n° 1 : Le syndrome général d'adaptation selon Selye

Si l'agression persiste en durée et en intensité, l'organisme perd ses ressources adaptatives et les conséquences sont négatives (Burchfield 1979).

II.2.1.2. Le modèle théorique du stress, coping et adaptation

Le stress peut être vu comme le résultat d'une relation dynamique entre l'individu et les exigences de l'environnement, les ressources individuelles et sociales pour faire face à ces demandes, et la perception par l'individu de cette relation. C'est un processus par lequel des événements menaçants provoquent des comportements d'ajustement face à cette menace.

Pour Lazarus, il y a un stress quand une situation a été évaluée par le sujet comme impliquant et comme excédant ses ressources adaptatives (Virtanen et al. 2012). Par conséquent, le stress dépend autant de la situation environnementale que des ressources ou des capacités pour y faire face. Le modèle développé par Lazarus et Folkman en 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 termes (Guillet 2011).

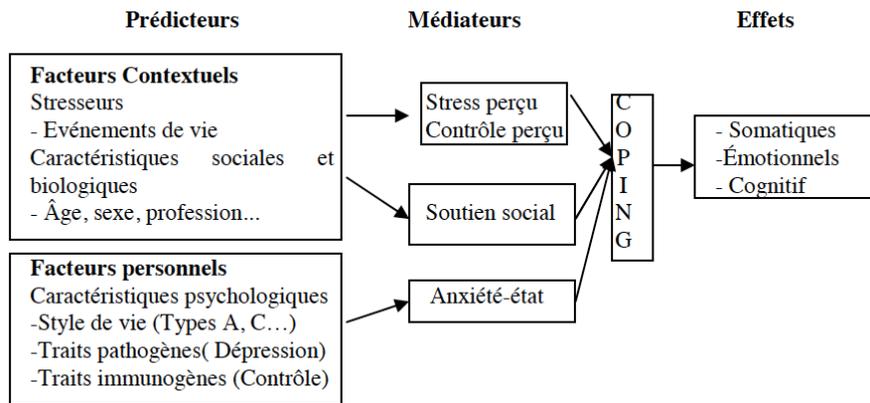


Figure n° 2 : Schématisation du modèle de Lazarus et Folkman

Ce modèle 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. Le constat de Lazarus et Folkman est que la prise en compte des prédicteurs (variables personnelles et variables environnementales) ne suffit pas à expliquer les conséquences sur la santé et sur le comportement des individus (Lazarus et Folkman 1984; Lazarus 1999). 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.

Le questionnaire « Ways of coping check list » (ou WCC), élaboré à partir du modèle de Lazarus, existe en une version complète et une plus courte (WCC-R).

II.2.1.3. Le modèle de Karasek et Theorell

Dans le domaine du stress au travail, le modèle de Karasek (psychologue américain) 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 (Karasek et Theorell 1990; Vézina 2008).

Pour simplifier, ce modèle relie trois composantes :

- **demande psychologique ou exigences du travail, « job demand »** : correspond à une évaluation de la perception de la charge de travail et de sa vitesse d'exécution ainsi que celle

des interruptions dans le travail. Elle correspond en quelque sorte aux deux premiers facteurs de risque psychosociaux « intensité du travail et temps de travail » et « exigences émotionnelles » du rapport du Collège d'expertise sur la prévention des risques psychosociaux (Gollac et Bodier 2011).

- **latitude décisionnelle ou degré d'autonomie, « job control »** : évalue la perception de la marge de manœuvre pour organiser et réaliser son travail, la créativité ou répétitivité des tâches menées dans le travail et la possibilité de faire valoir ses compétences. Elle correspond au troisième facteur de risques psychosociaux « autonomie » du rapport Gollac.

- **soutien social** : évalue la perception de l'aide apportée par les collègues et l'encadrement de proximité pour réaliser son travail. Cette composante a été ajoutée par Johnson au modèle Karasek à la fin des années 1980 (Johnson et al. 1989).

Aucune de ces composantes ne suffit, seule, à expliquer le stress au travail. C'est la combinaison d'une faible autonomie et d'une forte demande, appelée « tension au travail » (*job-strain*) qui engendre le stress (Bourbonnais et al. 2001). Au Québec, 25 % des femmes et 21 % des hommes étaient exposés à cette situation en 1998 (Bourbonnais et al. 2001).

Le manque de soutien de la part de la hiérarchie et des collègues renforce significativement cet effet.

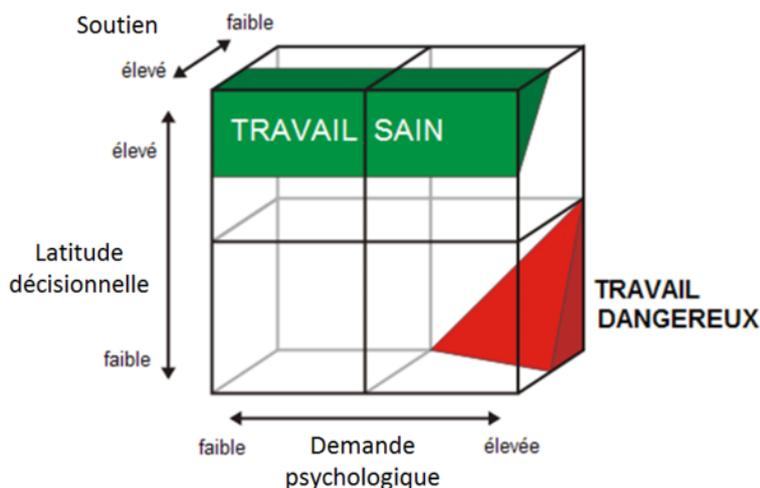


Figure n° 3 : Le modèle du stress de Karasek et Theorell

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.

La combinaison d'une forte demande psychologique, d'une faible autonomie décisionnelle et d'un faible soutien social (*iso-strain*) représente la situation la plus délétère pour l'individu en terme de risque pour sa santé (Johnson et al. 1989).

De plus, dans une situation professionnelle contraignante l'absence ou le faible niveau de ressources individuelles entraîne une augmentation de l'intensité de stress perçu. L'existence d'un soutien social des collègues adéquat et d'une exigence de la hiérarchie modérée permet d'améliorer le bien-être de ces personnes. La perspective d'un tel fonctionnement apparaît diminuer le stress perçu et les conséquences sur le bien-être individuel, collectif semblent positives. Karasek et Theorell (1990) soulignent également que de telles dispositions peuvent conduire à un gain de productivité.

Le modèle de Karasek s'accompagne d'un questionnaire : le Job Content Questionnaire (JCQ) (Brisson et al. 1998) qui permet d'évaluer un niveau d'exposition à des facteurs de risque de stress professionnel. Il s'agit d'un auto-questionnaire décliné en 49 questions, courtes et simples afin d'être accessibles au plus grand nombre et d'induire les réponses les plus spontanées possibles (Karasek et al. 1998). Les différents items explorent :

- la latitude décisionnelle (19 items)
- le soutien social (11 items)
- la demande psychologique et la charge mentale de travail (8 items)
- l'insécurité du travail (6 items)
- les exigences physiques (5 items).

Les réponses se font selon une échelle de Likert à 4 degrés : de « fortement en désaccord » à « tout à fait d'accord ». Des recommandations et formules sont ensuite données pour calculer les scores. Il existe des versions plus courtes du JCQ dont une en 18 items ne portant que sur les deux dimensions principales (Brisson et al. 1998).

Le JCQ est traduit en plusieurs langues et validé par différentes études, y compris dans ses versions courtes (Kristensen 1995; Larocque et al. 1998; Ostry et al. 2001; Niedhammer et al. 2006).

En France, l'enquête SUMER-enquête nationale transversale périodique menée conjointement par la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES) et la

Direction des Relations de Travail (inspection médicale du travail) en collaboration avec un réseau de médecins inspecteurs régionaux du travail et de médecins, utilise notamment le JCQ (version à 26 questions) pour évaluer les expositions aux facteurs de risque psychosociaux. Dans la dernière version de cette enquête (menée en 2009-2010) (Arnaudo et al. 2012) dressant un état des lieux de l'exposition des salariés du secteur privé aux principaux risques professionnels (nuisances physiques, expositions biologiques ou chimiques et contraintes organisationnelles), la demande psychologique a augmentée (+ 2% en moyenne) entre 2003 et 2010 pour toutes les catégories socioprofessionnelles. En outre, les femmes sont davantage concernées que les hommes (20 % chez les hommes et 28 % chez les femmes) et disposent d'une faible latitude décisionnelle pour un soutien social équivalent (Niedhammer et al. 2007) et plus particulièrement dans les secteurs d'activité de la santé et de l'action sociale (55%) (Cohidon et Murcia 2009) où les tensions avec le public renforcent les risques de « *job strain* ».

Dans la littérature, plusieurs études ont montré une relation entre divers types de TMS (maux de dos, membres supérieurs) et les demandes psychologiques élevées, mais beaucoup moins souvent avec la latitude décisionnelle ou le soutien social au travail faible (Marfarlane et al. 2009). Une méta-analyse d'études longitudinales sur la réaction entre les TMS et le *job strain*, a montré que cette relation était significative pour les TMS au cou et aux épaules (13 études) et pour les TMS au dos (quatre études), mais pas pour les TMS aux membres supérieurs (cinq études) (Hauke et al. 2011).

Ce modèle a été associé à la dépression, à la détresse psychologique, à l'épuisement professionnel et à la consommation importante des psychotropes (Vézina 2008).

II.2.1.4. Le modèle de Siegrist

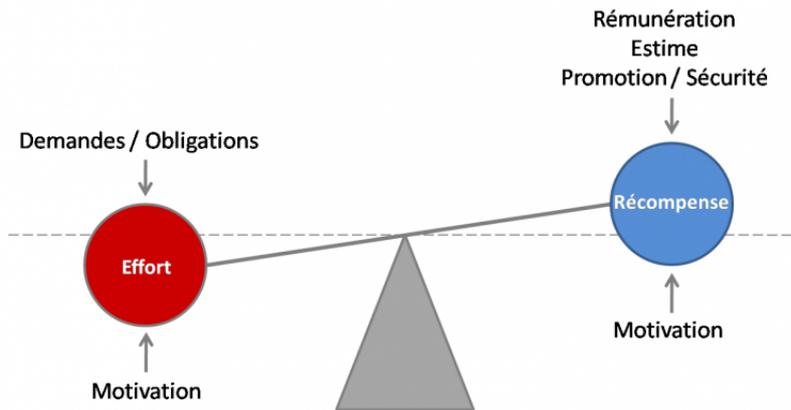
Il s'agit d'un modèle bidimensionnel qui repose sur l'équilibre entre les efforts consentis par l'individu pour son travail et les récompenses attendues en retour. Ce modèle repose sur l'hypothèse qu'une situation de travail caractérisée par une combinaison d'efforts élevés et des faibles récompenses 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) (Vézina 2008).

Le modèle de Siegrist propose lui aussi un outil psychométrique : l'Effort-Reward Imbalance Questionnaire (ERI-Q) qui évalue trois dimensions :

1. ***les efforts extrinsèques*** : ce sont les contraintes et exigences liées au travail à la fois sur le plan psychologique que physique :
 - contraintes de temps,
 - interruptions fréquentes,
 - responsabilités nombreuses,
 - charge physique élevée,
 - exigence croissante du travail.
2. ***les récompenses*** :
 - salaire,
 - estime,
 - contrôle sur son propre statut professionnel (perspectives de promotion, sécurité d'emploi).
3. ***les efforts intrinsèques ou surinvestissement*** correspondent à des attitudes, des comportements qui sont associées à un engagement excessif dans le travail :
 - compétitivité,
 - hostilité,
 - impatience,
 - irritabilité,
 - besoin d'approbation,
 - incapacité à s'éloigner du travail.

Il existe une version courte de ce questionnaire (dix questions), déjà traduite et validée en français.



Balance effort-récompense du modèle de Siegrist

Figure n° 4 : Le modèle de Siegrist

Des déséquilibres importants entre les efforts consentis par les individus, dans le cadre de leur travail, et les récompenses obtenues en retour, peuvent constituer une source de stress.

L'existence de tels déséquilibre peut en outre résulter de situations très diverses. J. Siegrist, au Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, 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 ».

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 défavorisés (Vézina 2008).

Chacun de ces modèles explique une partie, mais jamais la totalité de la problématique du stress. On comprend bien que selon que l'on privilégiera tel ou tel modèle, les définitions que l'on donnera du stress, tout comme les approches évaluatives ou préventives que l'on préconisera seront différentes.

Nous pouvons ainsi reprendre la conclusion de l'étude européenne *Stress impact* :

« Si l'on doit accorder une réelle attention au modèle transactionnel de Lazarus, qui devrait être considéré comme un modèle théorique de grande valeur, il faut aussi considérer ses difficultés à le mettre en pratique. D'un autre côté, les modèles de Karasek et de Siegrist sont relativement clairs et aisés dans leur mise en application sur le terrain, mais sont cependant limités pour comprendre les processus de développement du stress... Cela dit, les différentes voies explorées par chacun ne sont pas exclusives, mais complémentaires : Lazarus se focalise sur le processus même du stress, Karasek sur le poste de travail et Siegrist sur la perception des individus » (Stress, 2006).

Car, comme le souligne l'ANACT en 2007 : *« les facteurs de causes et d'effets se croisent à l'infini. Les situations pathogènes ne résultent pas d'une seule cause, mais toujours d'une série de causes, à un moment donné, dans un contexte précis pour une personne en particulier. Pour une même cause on observe des effets différents d'un individu à l'autre et différents pour un même individu selon les périodes et les contextes de travail »* (Sahler et al. 2007).

Aborder les risques psychosociaux en ne tenant compte que des aspects organisationnels et en adoptant donc une démarche ergonomique « pure » réduirait l'approche aux seules « conditions de travail ». De la même façon, aborder ces mêmes risques en ne tenant compte que de l'individu et en adoptant une démarche exclusivement médicale réduirait cette fois-ci l'approche à la seule santé mentale au travail. C'est bien sûr l'association de cette double dimension et son intégration qui nous a semblé pertinente en utilisant le questionnaire EVREST. Même si ce questionnaire se limite à une grande simplicité, il vise à décrire le salarié, les dangers de ses conditions de travail et l'ensemble des risques auxquels il est exposé, y compris les risques psychosociaux.

II.2.2. Risques psychosociaux et troubles psychosociaux

Pour éviter toute confusion, il est aussi nécessaire de bien distinguer les risques psychosociaux proprement dits, qui sont des risques professionnels, des troubles psychosociaux qui en sont les conséquences sur la santé physique et mentale des travailleurs.

Le terme « psychosocial » peut se définir sous la forme d'un facteur déclencheur (cause psychosociale, influence psychosociale, facteur à risque psychosocial), en tant que facteur médiateur (mécanisme psychosocial, environnement psychosocial, contexte psychosocial) et en tant que facteur résultant (stress psychosocial, bien-être psychosocial, santé psychosociale). En effet, le « psychosocial » peut être d'une part à l'origine d'un trouble, qualifié alors de facteur à risque psychosocial, comme par exemple le stress expérimenté sur le lieu de travail qui est susceptible de conduire à des troubles gastriques. D'autre part, le « psychosocial » en tant que trouble en soi peut être désigné comme problème psychosocial, comme par exemple le stress professionnel lui-même.

Il s'avère difficile de trouver une définition unanime différenciant premièrement les problèmes psychosociaux et deuxièmement les facteurs à risque psychosociaux. En premier lieu, les troubles psychosociaux se retrouvent par exemple dans le quatrième axe de la classification des troubles mentaux du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Cet axe comprend divers problèmes liés au groupe de référence, à l'environnement social, à l'éducation, à la profession, au logement, à la situation économique, à l'accès aux services de santé, aux institutions judiciaires voire pénales et autres problèmes psychosociaux et environnementaux. Ici le « psychosocial » renvoie à la dimension environnementale et correspond à un problème qui est en lien avec un contexte social. En deuxième lieu, les facteurs à risque qualifiés de psychosociaux sont entretemps bien intégrés dans les différents modèles des maladies physiques et renvoient aux répercussions sociales sur la santé.

On réduit souvent les RPS à la seule notion de « stress », qui n'est en fait qu'une des manifestations de ce risque. Les RPS sont « des risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et des facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental » (Gollac et Bodier 2011), regroupés

en six dimensions : l'intensité et le temps de travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie au travail, les rapports sociaux au travail, la souffrance éthique et l'insécurité de la situation de travail. Ils sont à l'origine de troubles sur le plan psychologique, physique et social avec un impact prévisible plus ou moins grave sur le plan physique pour les salariés : fatigue, troubles du sommeil, pathologies mentales (dépression, anxiété) (Niedhammer et al. 1998; Godin et al. 2005) troubles musculo-squelettiques (Hoogendoorn et al. 2000), maladies cardiovasculaires (Schnall et al. 2000; Kivimäki et al. 2002; Netterstrom et al. 2006).

Ces troubles peuvent se traduire par un stress au travail mais aussi par un sentiment de mal-être ou de souffrance au travail, incivilités, par du désengagement au travail, un absentéisme accru, des conflits entre les personnes (agressions physiques ou verbales, violences).

II.2.3. Les six dimensions d'analyse des risques psychosociaux

Dans un contexte de demande politique et sociale grandissante sur le thème des RPS au travail, et à la suite du rapport Nasse-Légeron sur la détermination, la mesure et le suivi des RPS au travail, le Collège d'experts de différentes disciplines réuni en 2011, a regroupé les facteurs de RPS en six dimensions. Cette démarche participe des lors à la définition même du risque psychosocial.

Ces six dimensions sont :

1) L'intensité du travail et le temps de travail : Le caractère exigeant du travail peut provenir du temps qu'il occupe ou de son intensité. Les exigences temporelles sont liées à la durée du travail et à l'organisation du temps de travail. L'intensité du travail se traduit en termes de facteurs de risque psychosociaux à travers des concepts tels que ceux de « demande psychologique » (Karasek 1979) ou « d'efforts » (Siegrist et al. 2004) : ils se rapportent aux exigences associées à l'exécution du travail en termes quantitatifs (contraintes de temps, quantité de travail excessive, etc.), mais aussi qualitatifs (complexité mal maîtrisée des tâches, concentration, demandes contradictoires, responsabilités, etc.) :

- La quantité de travail (évaluée en volume de tâches à réaliser par agent et en temps de travail. Un nombre d'heures supplémentaires élevé, des congés non pris doivent

alerter). Une méta analyse en 2014 concluait que le fait de passer de longues heures au travail était associé à la dépression, à l'anxiété, aux troubles du sommeil et à l'apparition des maladies coronariennes (Bannai et Tamakoski 2014).

- La pression temporelle au travail : elles concernent les horaires atypiques (travail en quart, travail de nuit), le sentiment de ne pas avoir assez de temps pour faire son travail et tout ce qui est lié à la notion d'urgence. La pression temporelle demeure liée aux situations professionnelles elles-mêmes (par exemple pour les personnels médicaux) ou aux conditions d'exercice des missions.
- La complexité du travail : elle s'apprécie en fonction des missions exercées, mais aussi de l'organisation de travail (polyvalence, suppléances, glissement de tâches).
- Les difficultés de conciliation entre vie professionnelle et personnelle renvoient quant à elles tant aux horaires eux-mêmes qu'à leur prévisibilité, à l'éloignement domicile-travail.

2) Les exigences émotionnelles : la notion d'exigence émotionnelle est utile pour mesurer le coût pour la santé de ce qu'on appelle « travail émotionnel » (« emotion work » ou « emotional labour » en anglais) (Hochschild 1985).

Cette dimension regroupe l'épuisement professionnel (burn-out), les relations avec les usagers, l'empathie et le contact avec la souffrance, les tensions avec les usagers, l'obligation de cacher ses émotions, la peur au travail.

Elle concerne tous les travailleurs en contact direct avec des publics par essence nombreux dans la fonction publique hospitalière.

Les exigences émotionnelles impliquent de maîtriser ses propres émotions et de faire en permanence « bonne figure » car le contact avec le public peut être source de tensions (plus ou moins fréquentes et intenses).

Un aspect spécifique et très important pour nombre d'agents des services hospitaliers concerne le contact avec la détresse sociale et la souffrance sous toutes ses formes, y compris la mort et les situations de deuil.

Enfin, le risque d'agressions verbales ou physiques, et le sentiment de peur au travail, sont

aussi des facteurs de tension présents dans un grand nombre de situations de travail d'agents.

3) L'autonomie au travail

L'idée d'autonomie au travail a émergé très tôt dans la littérature consacrée au travail (Weil, 1951). Elle désigne la possibilité pour le travailleur d'être acteur, et non passif, vis-à-vis de son travail, de sa participation à la production et de la conduite de sa vie professionnelle. Cette idée a connu un renouvellement à la fin des années 1970 grâce aux travaux de Robert Karasek (1979), qui montra l'intérêt de combiner les exigences du travail à ce qu'il appela la latitude décisionnelle (« job decision latitude »). Cette dernière dimension inclut l'autonomie dans la réalisation du travail, c'est-à-dire non seulement la marge de manœuvre dont dispose le travailleur dans son travail, mais aussi sa participation dans la prise des décisions qui le concernent. Elle inclut également l'utilisation et le développement des compétences. L'autonomie au sens de Karasek est donc une autonomie au sens fort, comprenant tous les aspects du travail qui contribuent à l'autonomie de l'individu dans son emploi et sa carrière. La latitude décisionnelle croît avec le niveau de qualification. Les femmes bénéficient en général d'une moindre latitude décisionnelle que les hommes dans leur travail (Guignon et al. 2008).

4) Les rapports sociaux au travail : cet axe recouvre les rapports sociaux entre travailleurs ainsi que les rapports sociaux entre le travailleur et l'organisation qui l'emploie. On y considère :

- la qualité des relations : qualité des relations interpersonnelles, insertion dans un ou des collectifs, qualité des relations avec les supérieurs, soutien que ces relations et cette insertion apportent ;
- le style de direction et le degré de justice de l'organisation ;
- la violence éventuelle des relations.

Le manque de soutien social et émotionnel de la part des collègues ou de la hiérarchie, pilotage déficient du changement, mauvaise qualité du management (cohérence, clarté des explications, qualité de la communication, justice organisationnelle), conflits/harcèlement, non-reconnaissance constitueraient des facteurs favorisant les RPS.

5) L'insécurité de la situation de travail : comprend l'insécurité socio-économique et risque de changement non-maîtrisé de la tâche et des conditions de travail. L'insécurité socio-économique, concerne à la fois les risques pesant sur la pérennité de l'emploi, sur le maintien du niveau du salaire ou sur le déroulement jugé normal de la carrière.

En comparaison avec la situation du secteur privé, la sécurité de l'emploi n'est pas un facteur qui concerne fortement le secteur public. Cependant, il existe, même au sein de la fonction publique hospitalière, des agents à statuts précaires (contrat à durée déterminée, contrats aidés) qui craignent pour leur avenir en cas de non-reconduction de leur contrat.

6) Les conflits de valeurs : incluent tous les conflits portant sur des choses auxquelles les travailleurs attribuent de la valeur (Molinier 2012) : conflits éthiques, qualité empêchée, sentiment d'inutilité du travail, atteinte à l'image du métier.

L'obligation de travailler d'une façon qui heurte, sous une forme quelconque, sa conscience professionnelle représente une contrainte dont l'émergence et l'effet sur la santé mentale ont été décrits par de nombreux médecins du travail, tant en France qu'ailleurs dans le monde (Maranda et al. 2006; Cohidon et al. 2009).

Cette dimension s'applique tout particulièrement au monde de l'hôpital, la notion même de « service public » se définissant en termes de valeurs : égalité d'accès, protections des personnes et services aux usagers.

Un manque de moyens et une organisation de travail inadaptée aux besoins des usagers sont des points qui peuvent être à l'origine d'un conflit éthique pour les agents.

Certains d'entre eux peuvent alors sentir une forte contradiction entre ce qu'ils vivent au quotidien et ce qu'ils estimeraient nécessaire pour faire un travail en conformité avec leur convictions, ce qu'il est possible d'appeler « la qualité empêchée ».

Cette classification en six grandes catégories de facteurs générateurs de RPS dans l'entreprise est désormais bien établie. Toutefois, si l'idée que des pathologies peuvent être engendrées par les dysfonctionnements de l'organisation du travail est aujourd'hui largement acceptée, celle-ci ne fait pas l'unanimité.

II.3. Les risques psychosociaux dans le milieu de soins

II.3.1. Les transformations organisationnelles des hôpitaux publics

Les hôpitaux publics, en France et ailleurs dans le monde, traversent une période de réforme culturelle et de réorganisation fonctionnelle afin de réduire les coûts et les déficits budgétaires (Burke et al. 2011), susceptible de générer des risques psychosociaux (Greenglass et Burke 2000; Brown et al. 2006). Depuis le début des années 2000, en France, une succession de lois a conduit à des changements organisationnels et a changé la manière d'exercer les métiers de soins :

- la Loi du Financement de la Sécurité Sociale du 18 décembre 2003 - mise en œuvre de la "tarification à l'activité" (T2A) faisant dépendre les ressources de l'hôpital de l'évaluation de son activité, pour l'ensemble des établissements de santé publics et privés ;
- la Loi Douste-Blazy du 13 août 2004 – mise en place d'un système de « médecin traitant », du parcours de soins et du dossier médical personnel (DMP), d'une procédure d'accréditation des médecins et création de nouvelles instances nationales de pilotage (Haute Autorité de Santé – HAS, Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie - UNCAM) ;
- en mai 2005, l'Ordonnance sur la nouvelle gouvernance avec la création d'une nouvelle organisation hospitalière (création des pôles d'activité ou de soins cliniques et médico-techniques, mise en place d'un conseil exécutif, modification de la composition et des attributions du conseil d'administration...)
- la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST, dite Loi Bachelot) du 21 juillet 2009 - création des Agences Régionales de Santé (ARS), réforme la gouvernance hospitalière (renforcement des pouvoirs 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 territoire ».

Quatorze missions du service public ont été définies suite à la loi HPST, ayant comme conséquence le changement profond des pratiques professionnelles des équipes médicales et paramédicales (Annexe 1).

En dehors de ces nombreuses modifications, qui ont eu un impact sur les conditions de travail des agents hospitaliers, susceptibles de générer des RPS (Duffied et al. 2007), d'autres facteurs peuvent être à l'origine de l'émergence des RPS dans le monde hospitalier. Jean de Kervasdoué, professeur titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé au Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), dans son livre, en 2003, en prenant en compte différentes études réalisées par DREES, CNAM, DGI ou INSEE évoquait plusieurs causes : les disparités géographiques, le féminisation du monde médical influençant sur la durée du travail, l'explosion des savoirs médicaux, les transformations techniques (informatisation) dans le milieu hospitalier, le vieillissement de la population soignée, l'organisation du travail en général (Kervasdoué 2003).

Le séminaire HAS de 2010 sur la « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé » évoquait plusieurs facteurs responsables de la dégradation des conditions de travail et suggérait quelques pistes d'actions. Yves Clot, psychologue du travail, expliquait la complexité de la problématique, la relation entre la santé des personnels soignants et l'efficacité dans les établissements de soins. Pierre Lombrail, professeur de santé publique au CHU de Nantes, accentuait le fait que les établissements hospitaliers vivaient une densification et une accélération du travail. Il expliquait également que la réduction du temps de présence des personnes hospitalisées, l'augmentation de la technicité de soins, les exigences sécuritaires et les contraintes budgétaires ont modifié profondément la qualité du travail des soignants (HAS, 2010).

II.3.2. Conséquences sur les conditions de travail des salariés

La conséquence majeure des restructurations des hôpitaux publics est la réduction des effectifs (Brown et al. 2006; Burke et al. 2011). De nombreuses études montrent qu'il existe un lien entre les restructurations des hôpitaux et l'épuisement professionnel. Cela est probablement dû à l'augmentation des contraintes et de la charge de travail liée à cette réduction des effectifs qui accompagne les changements organisationnels (Aiken et al. 2002; Lu et al. 2005; Duffied et al. 2007).

Ces restructurations, mettant souvent l'accent sur un accroissement de la productivité, ne

prennent pas en compte les facteurs qui peuvent influencer sur la qualité des soins et la vie professionnelle des soignants. En d'autres termes, un changement organisationnel entraînant une surcharge de travail permet d'améliorer la productivité à court terme mais à long terme les risques psychosociaux générés par cette augmentation de la charge de travail sont à l'origine d'une baisse de rendement et de la productivité du personnel de soins (Pisljar et al. 2011). De plus, cette surcharge de travail constitue un risque pour la santé physique et mentale des soignants et est un facteur de risque fréquemment rencontré en milieu de soins (Brun et al. 2003; McVicar 2003). D'ailleurs, Aiken et al. ont montré en 2002 que les hôpitaux à effectifs réduits ont des taux de mortalité significativement plus importants que les autres (Aiken et al. 2002).

Une étude réalisée par Cummings en 2003 a montré que l'un des effets observés lors des changements dans les hôpitaux est une perturbation des relations de l'équipe de soins (Cummings et Estabrooks 2003). Ceci peut s'expliquer par le fait que plus la charge de travail est importante, plus le temps de discussion au sein des équipes est limité et moins les relations sont de bonne qualité (Lu et al. 2005).

D'autre part, il faut souligner combien le supérieur hiérarchique occupe un rôle crucial dans la gestion du changement. Les travailleurs attendent de ce dernier un support technique et émotionnel ainsi qu'une aide à la compréhension des événements auxquels ils sont confrontés (Rhoades et Eisenberger 2002; Albert et al. 2010). Il a également été démontré dans de nombreuses études l'importance du soutien social lors des changements de conditions de travail. Un bon soutien social semble réduire les effets néfastes de ces changements sur la santé des salariés (Brun et al. 2003; Vahtera et al. 2006). À l'inverse, un manque de soutien du supérieur hiérarchique et de l'administration augmente l'insatisfaction au travail, l'épuisement professionnel et les symptômes dépressifs des salariés (Burke et Greenglass 2001; Aiken et al. 2002; Jolivet et al. 2010).

II.3.3. Un contexte propre au milieu hospitalier du CHU de Rouen

Le CHU-Hôpitaux de Rouen se situe parmi les 10 centres hospitaliers de France en termes d'effectif avec plus de 10 000 salariés. L'activité est répartie dans 5 établissements : l'hôpital Charles Nicolle, l'hôpital Bois-Guillaume, l'hôpital Saint Julien, l'hôpital d'Oissel et l'EHPAD de Boucicaut.

A partir des années 2000, plusieurs démarches évaluatives et mesures de prévention des RPS ont été mises en place au CHU de Rouen :

- depuis 2002, une psychologue du personnel est chargée de réaliser des accompagnements individuels ou collectifs des salariés en souffrance ;
- création en 2002 du Réseau d'Analyse et d'Intervention face à la Violence et au Harcèlement au Travail (RAIVHAT) : groupe de travail constitué des médecins du travail, de la psychologue du personnel et des assistantes sociales du personnel qui se réunit une fois par mois et qui a pour objet la prise en charge globale des agents en souffrance face à une situation de violence ou de harcèlement moral présumé ;
- identification du risque lié à la charge mentale dès 2005 dans le Document Unique ;
- l'audit absentéisme réalisé en 2011 par un consultant extérieur qui a permis de mettre en évidence un certain nombre de facteurs d'absence dont plusieurs étaient en lien direct avec les facteurs psychosociaux de risque au travail (contraintes organisationnelles, conflits de valeurs, gestion des plannings ou des effectifs) (Albédo, 2011) ;
- différents dispositifs de prévention dans le cadre du plan pluriannuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PPAPRIACT 2008-2012) dont un plan d'action de prévention de la violence et de l'insécurité qui comportait différentes actions (sensibilisation du personnel sur la conduite à tenir en cas d'incivilités, amélioration de la sécurisation d'accès aux bâtiments, renforcement des équipes de médiation sureté et gardiennage, signalements auprès de l'ONVS...) et un plan de prévention du risque psychique et de l'épuisement professionnel (renforcement de la coopération interprofessionnelle et de la reconnaissance au travail, amélioration de la détection de signes précurseurs d'épuisement professionnel par des

formations, mise en place d'un dispositif d'accompagnement et d'orientation en matière de parcours professionnel...);

- recrutement en 2011 d'un ingénieur responsable de la prévention des risques professionnels qui a permis notamment la relance de la dynamique autour de la mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels.

En 2011, la création de la Commission de prévention des RPS, renforce la politique institutionnelle en matière de prévention des RPS. Cette commission était composée de différentes directions (des soins, des affaires médicales, des ressources humaines), de représentants de plusieurs entités (cadres, membres du CHSCT, internes, médecins du travail), du président du CHSCT central et du vice-président de la CME. En se basant sur différentes sources d'informations disponibles la commission a abouti à un diagnostic partagé par l'ensemble de ses membres : à savoir la prégnance des problématiques psychosociales au sein du CHU de Rouen et la nécessité d'une mise en œuvre d'un plan d'action de grande envergure afin de réduire ces risques et de formaliser leurs modalités de prise en charge. Un plan d'évaluation et de prévention des RPS a donc été proposé à la DGOS en 2011, et accepté et financé en 2012.

L'originalité de ce plan résidait dans sa démarche : il était basé sur trois approches (culturelle, opérationnelle et évaluative) qui se voulaient concomitantes (à contrario par exemple de la démarche INRS qui s'effectue étape par étape) :

- ***l'approche culturelle*** visait à améliorer l'appréhension et la compréhension des RPS, à faire en sorte que ces notions soient partagées par l'ensemble des parties prenantes. L'objectif était de renforcer les connaissances et donc les compétences des différents acteurs en matières d'identification et de prise en charge des RPS, en sensibilisant et mobilisant un maximum d'acteurs. En pratique, elle était essentiellement basée sur le partage d'expériences au sein des cinq groupes de professionnels qui se réunissaient en groupe de travail ainsi qu'en sessions intergroupes. Ils élaboraient des propositions d'actions. Des supports documentaires ont été mis à leur disposition, un cycle de conférence était organisé ainsi que des modules de formation.
- ***l'approche opérationnelle*** était fondée sur la création et l'analyse d'indicateurs approfondis, d'enquêtes ciblées (EVREST et ORSOSA) et de propositions d'actions de réduction des causes et des effets des RPS identifiés.

L'objectif de notre étude s'intègre donc dans cette démarche opérationnelle du plan d'évaluation et de prévention des RPS du CHU de Rouen et plus particulièrement dans la Fiche Action n°17.

- ***L'approche évaluative*** comprenait une évaluation prospective prévue pour être réalisée en continu, en analysant la pertinence et la cohérence des démarches mises en place au fur et à mesure. Elle était complétée d'une analyse des pratiques sociales des partenaires sociaux et des groupes de professionnels participants. Bien entendu, au terme de la réalisation des différentes actions du plan, elle devrait en objectiver les résultats.

II.4. RPS et maladies professionnelles

La visibilité croissante de la problématique des atteintes à la santé mentale en milieu de travail incite depuis plusieurs années à faire une relecture de certains concepts juridiques. Notamment, les notions d'accident du travail et de maladie professionnelle, présentes en droit français depuis plus d'un siècle, demeurent, à la lumière des « risques psychosociaux », des catégories juridiques encore difficiles à cerner.

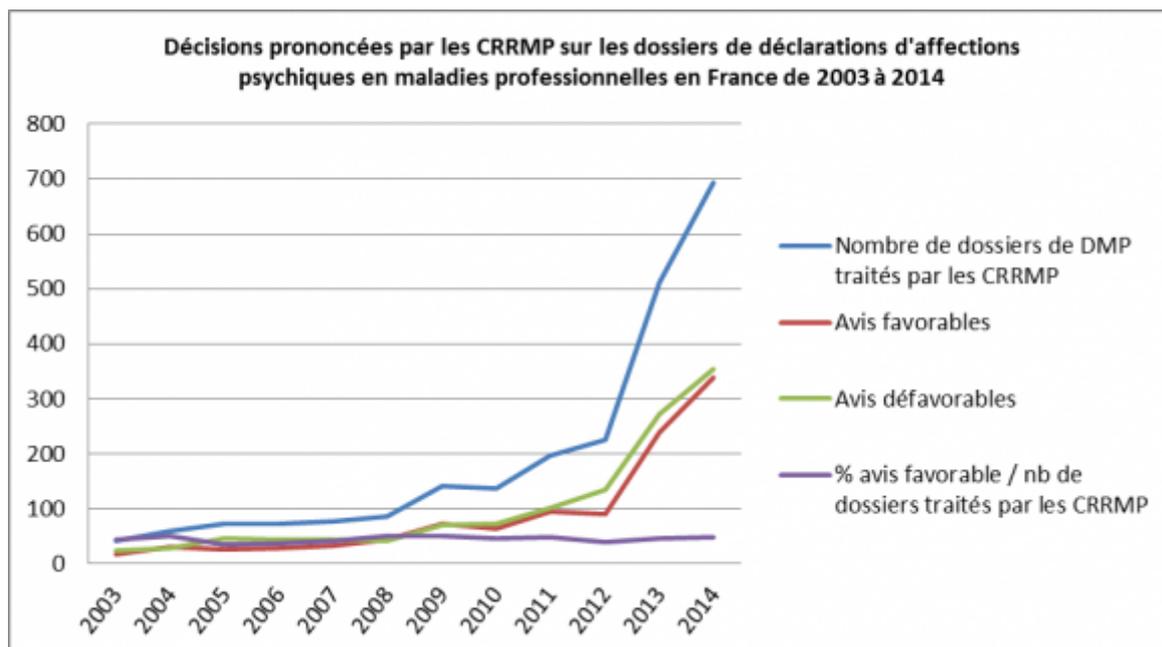
Elaborée autour du risque industriel, l'histoire législative et jurisprudentielle des risques professionnels témoigne d'un véritable travail de construction théorique et juridique faisant face à la difficulté de prendre en compte les réalités sociales extrêmement changeantes. C'est d'ailleurs pourquoi, aujourd'hui, les risques professionnels désignent de nombreuses situations. Le travail, ne cessant de se diversifier, fait naître avec lui ces nouveaux risques. L'accroissement des métiers de services, des nouveaux modes de management et de gestion, de nouveaux outils informatiques et technologiques mettent aujourd'hui davantage en lumière les risques « psychosociaux » du travail, tout comme au XIXe siècle, l'accroissement de l'industrie révélait plutôt ses nombreux risques physiques. L'importance grandissante accordée aux questions de santé mentale en milieu de travail ainsi que leur appropriation par l'opinion publique amène alors inévitablement à se questionner sur leur éventuelle prise en charge par le régime contemporain des risques professionnels.

En effet, la mise en lumière de pathologies mentales, liées à une organisation, une ambiance de travail, témoigne de la nécessité de les réparer, tant les conséquences peuvent être graves, voire dramatiques.

Pour autant, le régime actuel des accidents du travail et des maladies professionnelles garde les traces de sa construction originaire, tournée essentiellement vers le risque physique, difficilement adaptable aux risques psychosociaux. La maladie professionnelle, à laquelle les troubles psychiques, s'inscrivant dans un processus lent, semblent davantage s'apparenter, est principalement reconnue sur une base de tableaux énumérant des maladies de manière limitative, dont les critères sont très précis. Les troubles psychosociaux n'y figurent pas. L'accident du travail est quant à lui surtout reconnu parce qu'il est soudain, ne permettant pas la prise en considération de tous les troubles psychiques.

Actuellement en l'absence de tableau de maladies professionnelles les concernant, les maladies psychiques peuvent être reconnues au titre de l'article L.461-1, alinéa 4 du Code de la Sécurité Sociale dès lors que la maladie présente une gravité justifiant une incapacité permanente égale ou supérieure à 25% et à condition qu'un lien « direct et essentiel » avec l'activité professionnelle ait été mis en évidence par un Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP). Quelques dizaines de cas de pathologies psychiques sont ainsi reconnues chaque année en France. Les demandes de reconnaissance et les cas reconnus sont en hausse continue. Pratiquement un dossier sur deux (46%) aboutit à une reconnaissance. Ce taux est stable depuis dix ans ainsi que la gravité des cas étudiés, mais il s'applique à un nombre croissant de dossiers (qui a doublé en 3 ans) (Eurogip 2015).

Les chiffres fournis par l'Assurance Maladie – Risques professionnels dans son rapport de gestion 2014 sont très légèrement inférieurs, mais indiquent exactement les mêmes tendances : 55 avis favorables rendus par les CRRMP concernant des affections psychiques en 2010, 86 en 2011, 82 en 2012, puis 223 en 2013 et 315 en 2014. Ce rapport apporte également des précisions sur le type d'affections reconnues, des dépressions principalement : en 2014, sur les 315 avis positifs rendus par les CRRMP, 243 concernaient des dépressions, 39 des troubles anxieux, et 33 des états de stress post-traumatique (Assurance Maladie – Risques Professionnels 2015).



Source : Pascual, Chrétien, Osvath, 2015 : 61-62.

Figure n° 5 : Détail des décisions rendues par CRRMP entre 2003 et 2014

En 2015, le nombre de reconnaissances des maladies psychiques liées au travail atteint 418 cas, soit environ un tiers de plus qu'en 2014. Cette hausse importante par rapport à l'année précédente du nombre d'avis favorables des CRRMP sur des cas d'affections psychiques liées au travail — ce qui était déjà le cas en 2013 et en 2014 — est liée à un assouplissement réglementaire qui permet de soumettre plus de dossiers aux CRRMP grâce à la nouvelle notion d'« incapacité permanente prévisible à la date de la demande ».

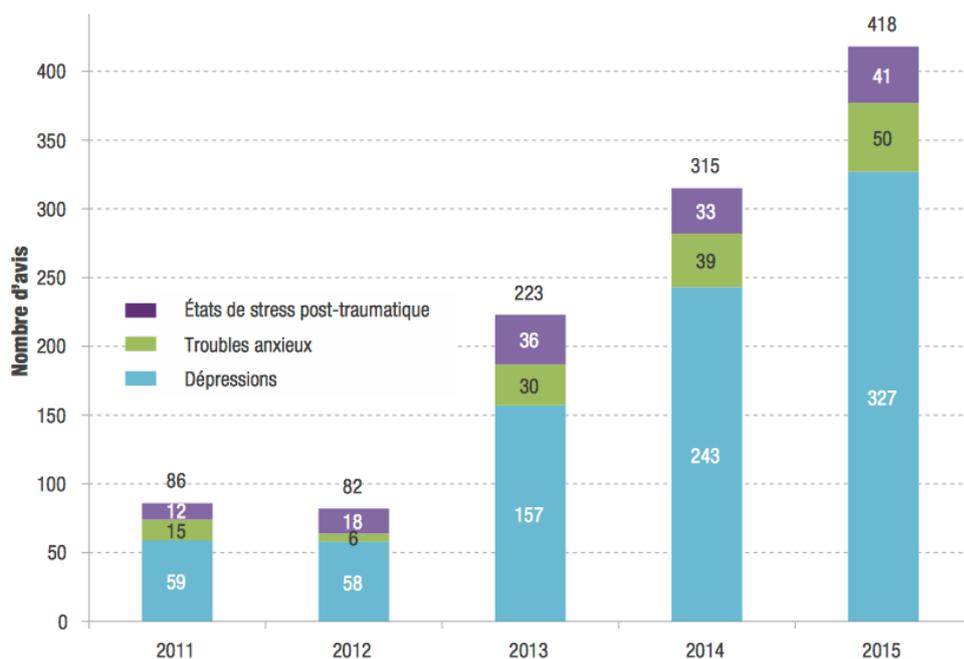


Figure n° 6 : Détail par pathologies des avis favorables des CRRMP relatifs à des affections psychiques de 2011 à 2015

A noter que le syndrome d'épuisement professionnel, ou burn-out, ne figure pas dans les nosographies d'usage international (DSM IV ou CIM10). Toutefois, les manifestations de ce syndrome d'épuisement professionnel sont majoritairement des dépressions graves ou des syndromes anxieux.

Dans la Fonction Publique Hospitalière, on parle de « maladie imputable au service ». Toute maladie pouvait jusqu'à l'heure faire l'objet d'une demande de reconnaissance car la présomption d'imputabilité ne s'appliquait pas. L'apport des preuves reposait sur l'agent. C'était la Commission de réforme qui ensuite se prononçait sur le caractère imputable ou non au travail de la pathologie, la décision finale relevant exclusivement de l'employeur. Toutefois, récemment, l'article 10 IV de l'ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017 crée un régime de présomption d'imputabilité au service pour certaines maladies professionnelles contractées dans certaines conditions.

II.5. Cadre réglementaire des RPS

Liés aux conditions générales de travail, les RPS, comme d'autres risques professionnels, font peser sur les salariés la menace d'une altération de leur santé qui peut se traduire par une maladie ou un accident. Il appartient à l'employeur de supprimer ou de réduire ces risques afin d'assurer la sécurité des salariés et de protéger leur santé physique et mentale. Pour ce faire il doit prendre les mesures appropriées et les mettre en œuvre conformément aux principes généraux de prévention énumérés par le Code du travail.

Bien que l'expression RPS ne soit pas encore définie dans le Code du travail, pour plusieurs raisons déjà évoquées (notion multifactorielle, subjectivité de la personne, dimension individuelle et collective, voire sociétale...), il existe tout de même des dispositions juridiques sur lesquelles on peut s'appuyer pour agir.

Le cadre réglementaire repose à la fois sur des textes spécifiques et d'autres non spécifiques, des textes européens et des textes français.

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...».

Dans les années 1990, les gouvernements ont été incités à se préoccuper des mauvaises conditions de travail ou des situations stressantes pour faire face à un fort absentéisme et à de nombreux départs prématurés. Il s'agissait de réduire le coût élevé du travail et des politiques sociales dans un contexte de forte compétitivité internationale et, dans une moindre mesure, de se préoccuper des aspects éthiques et sociaux associés à ces risques (Kompier et Cooper 1999).

Plusieurs directives, lois, accords ont été mis en place progressivement à partir des années 90.

La directive européenne du 12 juin 1989 (89/391/CEE) énonce des obligations pour les employeurs en termes d'évaluation des risques professionnels, y compris des risques psychosociaux et de mise en place de plans de prévention en privilégiant la prévention à la source (éliminer le risque ou à minima le réduire). Son article 6 précise également 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.

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 monotone (Eurogip, 2010).

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.

L'Agence Européenne de la Santé et de la Sécurité au Travail 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 Bilbao (EU-OSHA, 2002).

La notion de *document unique* (DU) est introduite par le décret du *5 novembre 2001*. Tout responsable d'établissement se doit d'évaluer les risques, de réaliser un inventaire y compris les risques psychosociaux et de préconiser des actions. Le DUERP (document unique d'évaluation des risques professionnels) permet un suivi et une réévaluation régulière des risques et doit être revu au minimum chaque année, en particulier après un accident ou un changement dans les conditions de travail.

En droit français la loi du *17 janvier 2002* dite *Loi de modernisation sociale* met l'accent sur la santé mentale des travailleurs : « l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs » (Art. L. 4121-1 du Code du travail). Cette obligation est devenue une obligation de résultats. Cette loi introduit également

la notion de harcèlement moral en droit français et elle est applicable aux établissements publics.

La directive européenne de 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 faisant un seul document. Cette directive définit le harcèlement et le harcèlement sexuel, qui sont considérés ici aussi comme une discrimination.

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.

Un accord national interprofessionnel sur la prévention du stress au travail est signé le 2 juillet 2008 et rendu obligatoire pour toutes les entreprises en avril 2009. Reprenant et élargissant l'accord européen sur le stress du 2004, il propose des pistes d'actions et ouvre des perspectives pour la négociation et la prévention en entreprises :

« L'identification d'un problème de stress au travail doit passer par l'analyse de facteurs tels que :

- l'organisation et les processus de travail (aménagement du temps de travail, dépassement excessifs et systématiques d'horaires, degré d'autonomie, mauvaise adéquation du travail à la capacité ou aux moyens mis à disposition des travailleurs, charge de travail réelle manifestement excessive, des objectifs disproportionnés ou mal définis, une mise sous pression systématique qui ne doit pas constituer un mode de management) ;
- les conditions et l'environnement de travail (exposition à un environnement agressif, à un comportement abusif, au bruit, à une promiscuité trop importante pouvant nuire à l'efficacité, à la chaleur, à des substances dangereuses) ;
- la communication (incertitude quant à ce qui est attendu au travail, perspectives d'emploi, changement à venir, une mauvaise communication concernant les orientations et les objectifs de l'entreprise, une communication difficile entre les acteurs) ;

- les facteurs subjectifs (pressions émotionnelles et sociales, impression de ne pouvoir faire face à la situation, perception d'un manque de soutien, difficulté de conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle) ».

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 soumis au secret médical et du CHSCT sont réaffirmés, mais il est également prévu que l'entreprise puisse faire appel lorsque nécessaire, à un expert externe.

Le plan gouvernemental d'urgence de prévention du stress au travail d'octobre 2009 et les directives du Ministère du Travail de janvier 2010 imposent aux entreprises de plus de 1000 salariés (secteurs privé et public) 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, est effectué 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.

L'accord du 26 mars 2010 sur le harcèlement et la violence au travail, en complément de la loi du 17 janvier 2002 sur le harcèlement moral, transpose au niveau national l'accord-cadre européen signé en 2007. Ce texte complète la démarche de l'accord de 2008 sur le stress en milieu professionnel et instaure l'obligation d'inscrire au règlement intérieur de l'entreprise les dispositions relatives à l'interdiction, la prévention et les sanctions en matière de violence et de harcèlement.

L'accord interprofessionnel du *19 juin 2013 sur la Qualité de Vie au Travail* qui s'inscrit dans le prolongement des dispositions des accords nationaux interprofessionnels sur la mixité et l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes du 1^{er} mars 2004, sur le stress au travail du 2 juillet 2008 et sur la prévention du harcèlement et de la violence au travail du 26 mars 2010, ne débouche pas sur des obligations réglementaires mais sur des recommandations, en matière d'expression des salariés notamment. Il décrit des thèmes sur lesquels les partenaires sociaux peuvent négocier.

En ce qui concerne la fonction publique, un accord sur la santé et la sécurité au travail a été signé le 20 novembre 2009 entre le ministre en charge de la Fonction Publique et sept organisations syndicales représentatives et il s'agit d'un plan d'action national de lutte contre les risques psycho-sociaux. L'objectif est de développer une véritable culture de prévention pour améliorer les conditions de travail en créant un observatoire de la santé et de la sécurité au travail dans la Fonction Publique et la formation des fonctionnaires et notamment des managers aux enjeux de la santé au travail. Le 22 octobre 2013 un autre accord cadre oblige chaque employeur public à élaborer un plan d'évaluation et de prévention des RPS. Ce plan repose sur un préalable indispensable : la phase de diagnostic, à laquelle les agents devront être associés, et qui devra intégrer le DUERP. Une circulaire du 20 mars 2014 fixe les conditions de mise en œuvre de ce plan pour les trois fonctions publiques. Pour la fonction publique hospitalière, l'instruction DGOS du 20 novembre 2014 précise les modalités de mise en œuvre. Elle rappelle notamment les quatre indicateurs de suivi, qui devront être systématiquement intégrés dans tous les plans locaux afin de produire des données nationales. Ces quatre indicateurs sont : le taux d'absentéisme pour des raisons de santé, le taux de rotation du personnel, le taux de visite sur demande de l'agent auprès du médecin du travail et le taux d'actes de violences physiques envers le personnel. Cette circulaire s'accompagne d'outils et notamment un guide d'aide à l'identification, évaluation et prévention des RPS, un référentiel de formation et une liste d'indicateurs de diagnostic des RPS.

Depuis maintenant plus d'une vingtaine d'années, les risques psychosociaux constituent un des risques majeurs pour la santé psychique 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). 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 les entreprises.

III. PRESENTATION DE L'ETUDE

III.1. Objectifs de l'étude

Cette étude descriptive sur la population de salariés de la fonction publique hospitalière a eu pour objectif de décrire dans un premier temps, les risques psychosociaux et l'état de santé des différentes catégories du personnel hospitalier à travers le questionnaire EVREST.

Dans une deuxième partie, nous avons étudié les liens entre les troubles neuropsychiques et ces facteurs de risques psychosociaux afin de mettre en place un plan de prévention.

III.2. Matériel et Méthode de l'étude

III.2.1. Population d'étude

L'échantillon de l'étude était constitué de tous les salariés du CHU-Hôpitaux de Rouen nés en octobre des années paires, soit 322 personnes en activité au moment de la réalisation des questionnaires.

Les critères d'exclusion étaient :

- les étudiants en médecine, pharmacie et des filières paramédicales de l'ERFPS
- les salariés en cours de formation (excepté les internes).

III.2.2. Lieu de l'étude : le Centre Hospitalier Universitaire de Rouen

III.2.2.1. Situation du CHU-Hôpitaux de Rouen et population

Le Centre Hospitalier Universitaire de Rouen est un ensemble de 5 établissements de soins situés dans Rouen et son agglomération : Hôpital Charles Nicolle, Hôpital Bois-Guillaume, Hôpital Saint-Julien, EHPAD Boucicaut et Hôpital Oissel. D'après les chiffres du bilan

social, environ **10000 salariés** y travaillaient en 2014, dont **1300 personnels médicaux** (médecins et internes). Le personnel non médical était constitué de **5500 personnels soignants** (infirmiers et cadres infirmiers, aide soignants, sage femmes, masseurs kinésithérapeutes et spécialistes de la rééducation, ambulanciers, assistants dentaires, psychologues, éducateurs spécialisés) et **2400 personnels non soignants** (personnels techniques et médico-techniques, personnels administratifs). On compte aussi environ **800 étudiants** en médecine et pharmacie. (figure n° 7) :

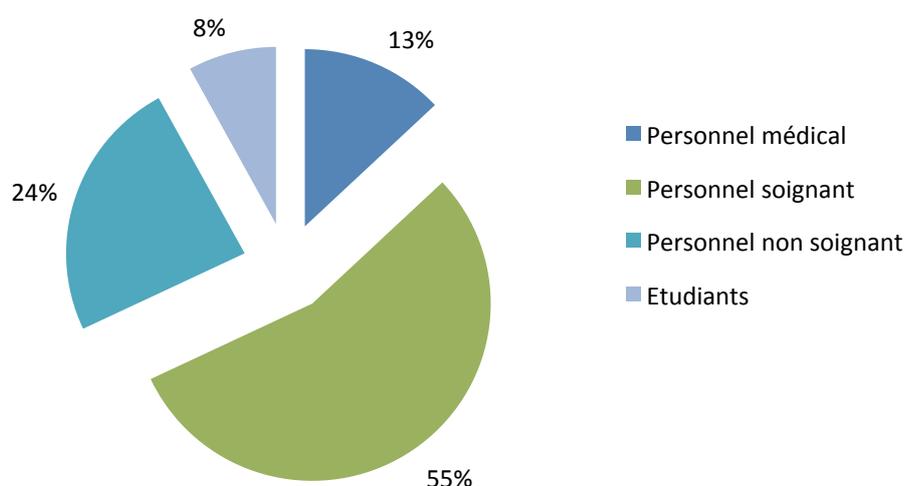


Figure n° 7 : Répartition des salariés du CHU de Rouen par catégorie professionnelle

III.2.2.2. Organisation des services de soins par pôles

L'établissement était organisé en 11 pôles médicaux : 8 pôles cliniques et 3 pôles médico-techniques ; auxquels s'ajoutent les directions administratives, techniques et logistiques ainsi que la blanchisserie et l'unité centrale de production (UCP). Chaque pôle a un responsable médical, un cadre supérieur de pôle, un cadre administratif et un directeur référent.

III.2.3. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive, transversale, uni-centrique.

III.2.4. Recueil de données

Un courrier proposant un entretien individuel médico-professionnel de 45 minutes a été envoyé à tous les salariés de l'échantillon retenu. En cas de non-présentation à l'entretien, un 2^{ème} et dernier rendez-vous a été proposé. Les entretiens ont été réalisés par une infirmière diplômée en santé au travail ou un médecin du travail, entre mi-juin et fin octobre 2014, après qu'une information individuelle ait été faite à chaque participant à l'étude.

Les entretiens ont été réalisés dans le respect du secret médical, chaque entretien ayant lieu dans le service de santé au travail du CHU par les personnels habituellement en charge du suivi médico-professionnel de ces salariés.

Lors de chaque entretien, le questionnaire EVREST v.2014 était alimenté (http://evrest.alamarge.org/_front/Pages/page.php?cat=9&item=29&page=11).

Le questionnaire comprenait trois parties :

- Une partie administrative
- Une partie sur les conditions de travail et le mode de vie, renseignée par salarié, seul ou en collaboration avec l'infirmière ou le médecin du travail. Cette partie aborde les thèmes suivants :
 - conditions de travail (7 thèmes, 49 items)
 - formation (2 thèmes, 5 items)
 - mode de vie (3 thèmes, 4 items)
- Une partie sur l'état de santé actuel renseignée par l'infirmière ou le médecin du travail sur la base de ce que décrivait le salarié. Trois catégories de questions pour chacun des registres suivantes (plaintes, gênes dans le travail, traitement dans les 7 derniers jours) :
 - Cardio respiratoire (3 questions)
 - Neuropsychique (3 questions)
 - Digestif (1 question)
 - Ostéo-articulaire (6 questions)
 - Dermatologie (1 question)
 - Trouble de l'audition (1 question).

Au libre choix, l'infirmière ou le médecin du travail a la possibilité de rajouter quelques questions (maximum dix).

Dans cette étude, la partie du questionnaire relative aux facteurs de risques psycho-sociaux a été exploitée. Elle explore les contraintes psycho-sociales selon 6 axes principaux : intensité et temps de travail (3 items : difficultés liées à la pression temporelle $\geq 6/10$, dépasser les horaires normaux, sauter ou écourter un repas/ne pas prendre de pause), exigences émotionnelles (1 item : pression psychologique), autonomie (4 items : pas le choix dans la façon de procéder, devoir abandonner une tâche pour une autre non prévue, travail non varié, travail ne permettant pas d'apprendre des choses), rapports sociaux (2 items : travail non reconnu par l'entourage professionnel, entraide insuffisante), conflits de valeurs (3 items : faire des choses que l'on désapprouve, ne pas avoir les moyens de faire un travail de bonne qualité, traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin), insécurité de la situation de travail (1 item : travailler avec la peur de perdre son emploi). D'autre part, les troubles neuropsychiques ont été évalués sur la présence des symptômes suivants : fatigue-lassitude, anxiété-nervosité-irritabilité et troubles du sommeil au cours des 7 derniers jours.

Enfin, lors des entretiens réalisés, des informations qualitatives précisant les réponses données dans le questionnaire ont été recueillies auprès des personnels. Ces *verbatim* ont été notés dans un cahier par chaque enquêteur, afin d'aider à la compréhension des situations de travail rapportées par les salariés interrogés.

III.2.4.1. Le questionnaire EVREST

Il s'agit d'un questionnaire utilisé par l'observatoire pluriannuel **EVREST** (**EV**olutions et **RE**lations en Santé au Travail), observatoire national mis en place en France en 2007 à l'initiative de médecins du travail et de chercheurs dans l'objectif d'avoir, pour un échantillon représentatif de salariés, une base de données concernant les conditions de travail et la santé. Ce court questionnaire, standardisé, composé de questions fermées issues des grandes enquêtes sur la santé au travail, est administré par les médecins du travail membres du réseau EVREST ou par les infirmiers de santé au travail, volontairement, lors des entretiens périodiques de santé au travail à tous les salariés nés en octobre d'une année paire.

(http://evrest.alamarge.org/_front/Pages/page.php?cat=1&item=1&page=64,
<https://pistes.revues.org/1852>, <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%209>). Le rapport national présentant les résultats de ces questionnaires est publié chaque année sur le web-site EVREST (http://evrest.alamarge.org/_front/Pages/page.php?cat=4&item=14&page=31). En 2013-2014, 1049 médecins du travail ont participé au dispositif permettant de recueillir 26 227 questionnaires.

Dispositif de recueil continu, EVREST permet de suivre les évolutions du travail et de la santé au fil du temps, en contribuant à rendre visibles, au niveau collectif, certaines informations qui restent le plus souvent limitées au cadre du colloque singulier entre le salarié et le médecin.

Pour approfondir la question des risques psychosociaux liée à la fonction publique hospitalière, sept questions supplémentaires ont été rajoutées :

1. Avez-vous peur de faire des erreurs ?
2. Arrivez-vous à concilier vie professionnelle et vie personnelle ?
3. Cotation de l'ambiance du travail (sur une échelle allant de 0 –« très mauvaise » à 10 – « excellente »),
4. Etes-vous exposés à des violences verbales ?
5. Avez-vous le sentiment d'avoir été suffisamment informés des risques professionnels à votre travail ?
6. Les changements institutionnels sont-ils suffisamment accompagnés ?
7. Une consultation avec le médecin du travail est-elle nécessaire ?

III.2.5. Analyse statistique

III.2.5.1. Recueil et analyse de données

Les salariés de l'enquête ont été catégorisés en 3 groupes professionnels : personnel médical (médecins, internes), personnel non médical soignant (infirmiers, cadres infirmiers, sages-femmes, aides-soignants, ambulanciers, assistants dentaires, masseurs kinésithérapeutes et

spécialistes de la rééducation) et personnel non médical non soignant (personnels administratifs, éducatifs et sociaux, médico-techniques et techniques).

Lors de l'interprétation des données, nous avons choisi de comparer nos résultats aux résultats issus de l'enquête EVREST nationale 2013-2014 concernant « la Santé Humaine » ainsi qu'aux descriptifs du Rapport National EVREST 2013-2014.

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide du logiciel Stata version 9.0 <http://www.stata.com/order/end-user-license-agreement>. Les analyses statistiques comprenaient des calculs de proportions pour chaque contrainte psychosociale.

Afin d'affiner l'interprétation de nos résultats, un débriefing a été organisé avec les infirmières et le médecin de travail ayant réalisé les entretiens, dans le but d'enrichir les données par des éléments qualitatifs qu'ils avaient relevés au cours des entretiens.

III.2.5.2. Tests statistiques

Les tests du chi² et exact de Fisher ont été utilisés afin d'évaluer les différences selon la catégorie professionnelle. Enfin, les variables associées à la présence de troubles neuropsychiques, définis comme l'association de fatigue/lassitude, d'anxiété/nervosité/irritabilité et de troubles du sommeil, ont été testées à l'aide des tests du chi² et exact de Fisher. Les variables présentant, en bivarié, un degré de significativité inférieur à 0.20, ont été ensuite introduites dans un modèle multivarié (régression logistique) ajusté sur les données sociodémographiques (sexe, âge et groupe socioprofessionnel) dans un but de chercher à savoir quels facteurs de risques psychosociaux influaient réellement et le plus sur la présence de troubles neuropsychiques.

Pour l'ensemble de ces tests statistiques, le seuil de significativité p retenu était de 0.05.

Toutes les analyses statistiques ont été effectuées avec l'aide de la biostatisticienne de l'Observatoire Régional de la Santé et du Social (OR2S) de Rouen.

III.2.6. Aspects éthiques

Les données ont été recueillies après information des salariés interrogés, puis saisies et exploitées en respectant la confidentialité des informations (déclaration CNIL de l'observatoire EVREST n°906290 du 7 février 2007, modification n°906290V1 du 4 mars 2008).

IV. RESULTATS

IV.1. Description de la population d'étude

IV.1.1. Représentativité de l'échantillon

Neuf infirmières et un médecin du travail ont réalisé 260 entretiens sur les 322 salariés convoqués, soit un taux de participation de 81%. Parmi les 62 salariés n'ayant pas eu d'entretien, 19 ont refusé et 43 n'ont jamais répondu aux convocations.

Répartition par site : parmi les 260 salariés, 223 travaillaient au CHU Charles Nicole, soit 83% de la population d'étude (figure 8) :

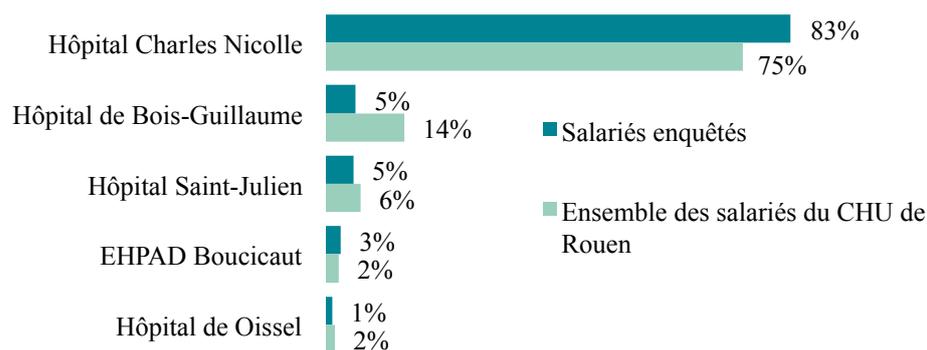


Figure n° 8 : Répartition par site des salariés enquêtés/salariés CHU de Rouen

Répartition par catégorie professionnelle : dans l'effectif enquêté nous avons observé une répartition à peu près similaire à celle observée sur la totalité du CHU avec une part des soignants majoritaire. La part des médecins était moindre entraînant des parts plus importantes des personnels techniques et administratifs dans l'échantillon enquêté.

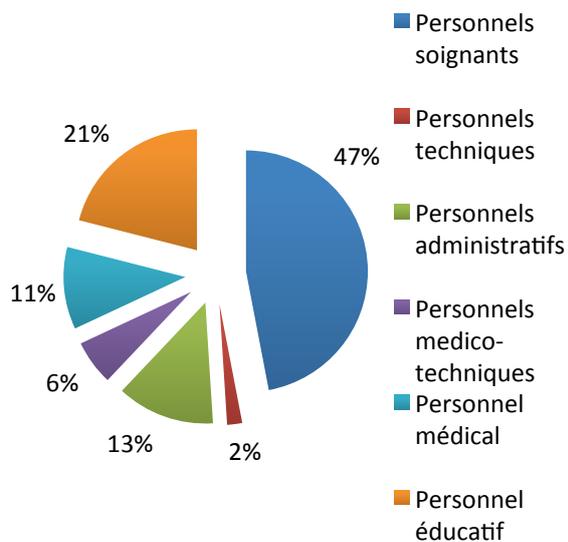


Figure n° 9 : Répartition de l'effectif enquêté par catégorie professionnelle

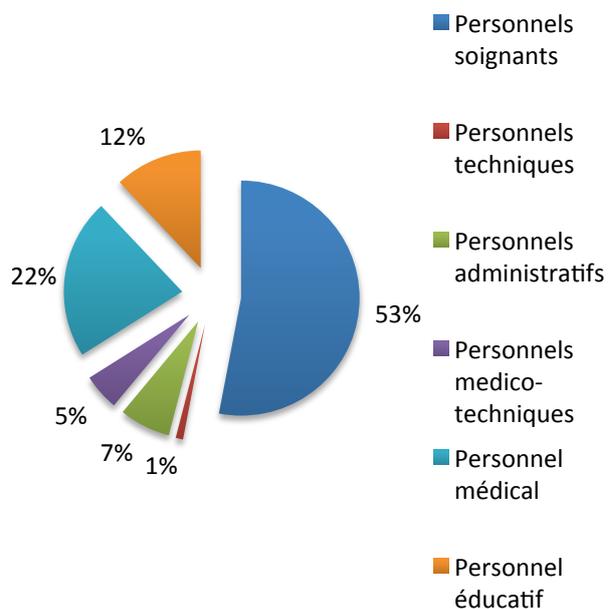


Figure n° 10 : Répartition de l'effectif total du CHU par catégorie professionnelle

IV.1.2. Caractéristiques socio-professionnelles

Sexe : Sur les 260 salariés enquêtés, on notait 209 femmes pour 51 hommes, soit une prédominance féminine de 80%.

Age : L'âge moyen des agents enquêtés était de 39 ans, la classe d'âge entre 25 et 34 ans étant la plus représentée.

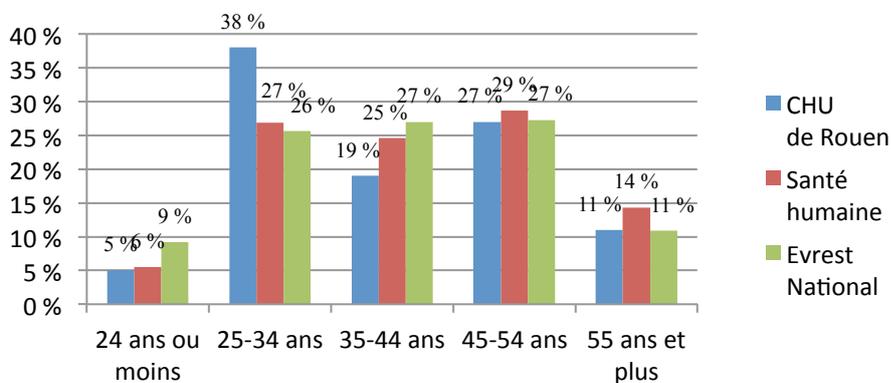


Figure n° 11 : Répartition par classe d'âge

Catégorie professionnelle : Notre population d'étude comportait 47% personnel soignant (n=123), 42% personnel non soignant (n=109) et 11% personnel médical (n=28).

IV.2. Résultats enquête EVREST- comparaison « santé humaine » et « secteur national »

IV.2.1. Conditions de travail

IV.2.1.1. Changement de travail

Au cours de la dernière année, 17% des salariés affirmaient avoir changé de travail et seulement 2% (n=5) pour une raison médicale. Au niveau national et dans le secteur de la santé humaine 13% et respectivement 10% des salariés avaient changé de travail, 1% pour des raisons médicales.

IV.2.1.2. Rythmes de travail

Plus de deux tiers des salariés interrogés (78%) travaillaient à temps plein et 65% déclaraient travailler en journée normale, résultats semblables au secteur de la santé humaine respectivement 76% et 68% ; pour le secteur national, le travail à temps plein était déclaré par 83% des salariés et presque un sur cinq travaillant en journée normale 79%.

Presqu'un salarié sur deux (46%) estimait avoir des horaires irréguliers ou alternés, 43% reconnaissaient avoir des horaires décalés et un tiers des salariés se disait concernés par le travail de nuit, résultats supérieurs aux secteurs « santé humaine » et « national ». En revanche, seulement 3% des interrogés déclaraient avoir des coupures de plus de deux heures contrairement à cinq fois plus dans les deux autres secteurs.

Globalement, sur la population étudiée, 67% des salariés du CHU avaient au moins une de ces contraintes horaires.

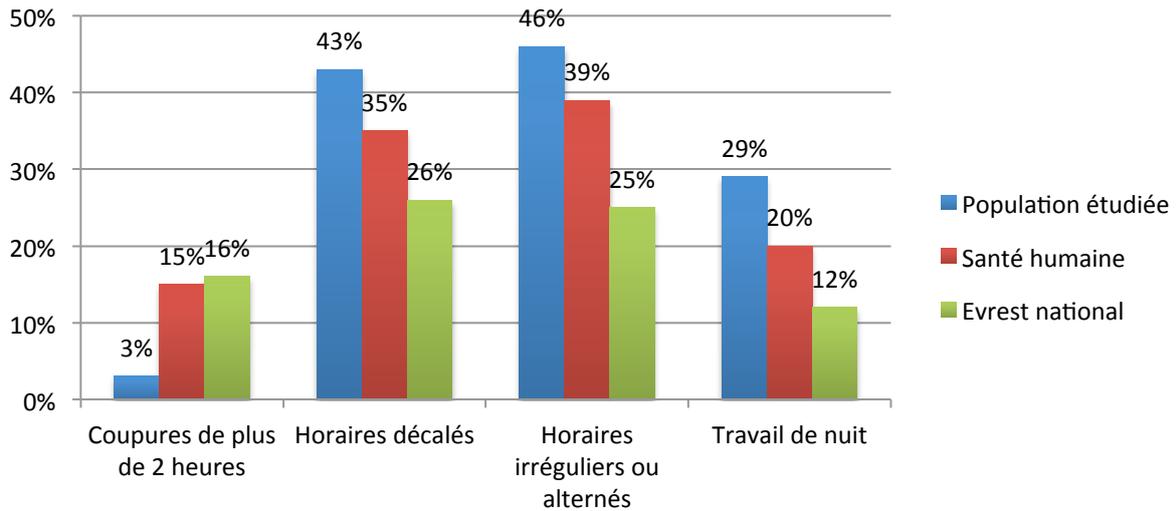


Figure n° 12 : Travail en horaires décalés, horaires irréguliers/alternés, travail de nuit

8% des enquêtés déclaraient faire des déplacements professionnels de plus de 24 heures.

IV.2.1.3. Contraintes de temps

Presqu'un salarié sur deux déclarait dépasser assez et très souvent ses horaires normaux à cause de la charge de travail et un tiers de la population étudiée sautait ou écourtait régulièrement un repas, sans prendre de pause dans la journée.

Le fait de traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soins concernait un tiers des salariés et plus de la moitié des enquêtés (58%) abandonnait une tâche qui était en train de faire pour une autre non prévue.

Sur l'ensemble des salariés concernés par les abandons de tâches, 69% estimaient que cela perturbait leur travail.

Ces contraintes de temps étaient significativement plus rapportées par le personnel soignant et médical.

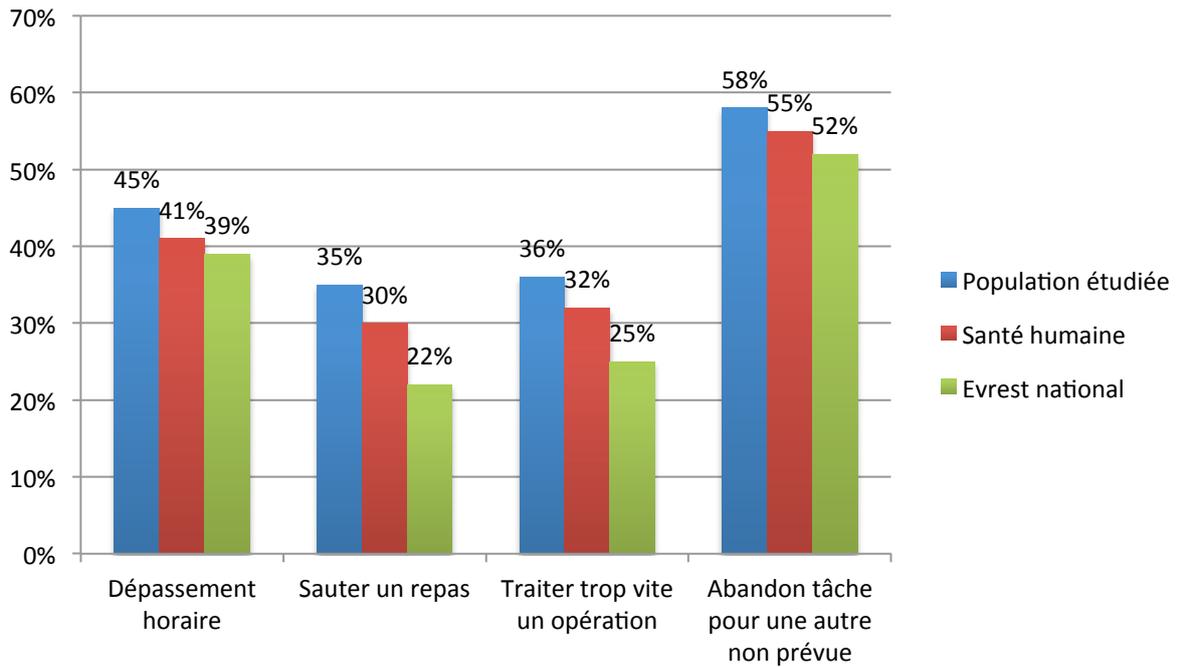


Figure n° 13 : Contraintes temporelles

46% de la population enquêtée avait des difficultés liées à une forte pression temporelle (cotation $\geq 6/10$) et un salarié sur cinq déclarait travailler avec une très forte pression temporelle (cotation $\geq 8/10$).

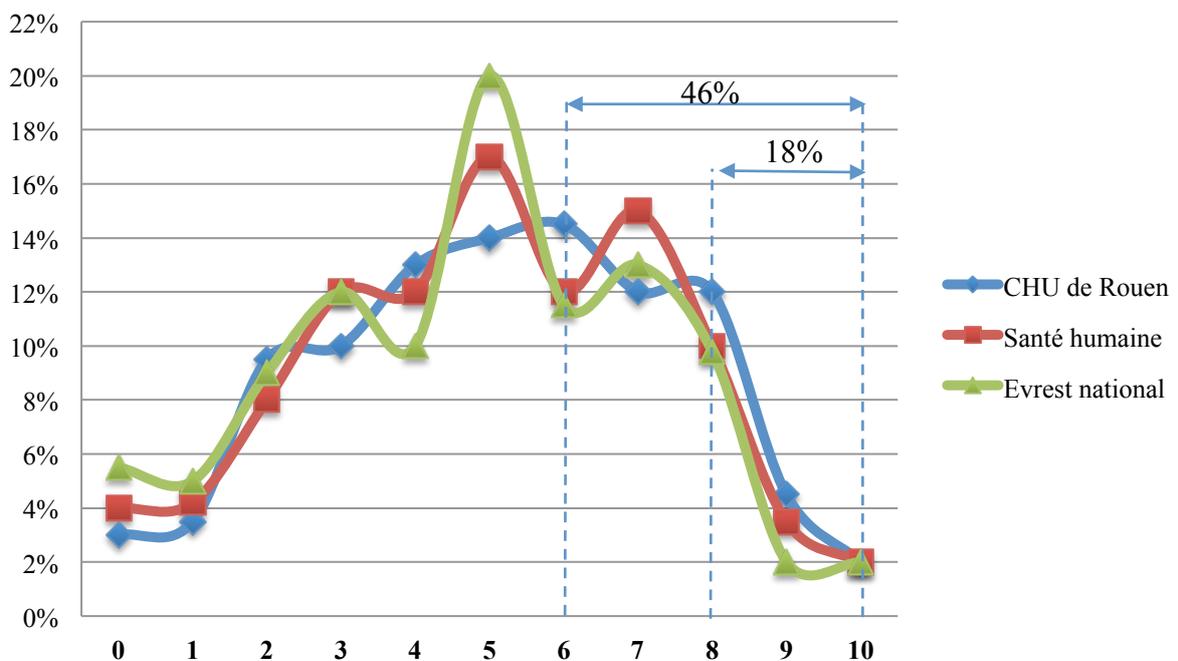


Figure n° 14 : Cotation pression temporelle

IV.2.1.4. Les appréciations sur le travail

La majorité des salariés enquêtés avait de bonnes appréciations sur leur travail, ils trouvaient que l'activité professionnelle leur permettait d'apprendre des choses (92% de la population), tout en ayant un travail varié (86%). Le fait d'avoir un « *travail varié* » différait entre les catégories professionnelles : le personnel administratif et le personnel médical l'avaient plus souvent déclaré (respectivement 94% et 93%) que les soignants (89%) ou le personnel technique (75%).

Un total de 82% de la population étudiée était autonome dans son travail, 84% des salariés déclaraient avoir des possibilités suffisantes d'entraide et de coopération. « *Avoir le choix dans la façon de procéder* » différait significativement selon la catégorie professionnelle : cela concernait davantage le personnel non médical (86%) que le personnel médical (57%) ; parmi le personnel non médical c'étaient les personnels techniques qui étaient les plus concernés : 93% d'entre eux déclaraient avoir le choix dans la façon de procéder.

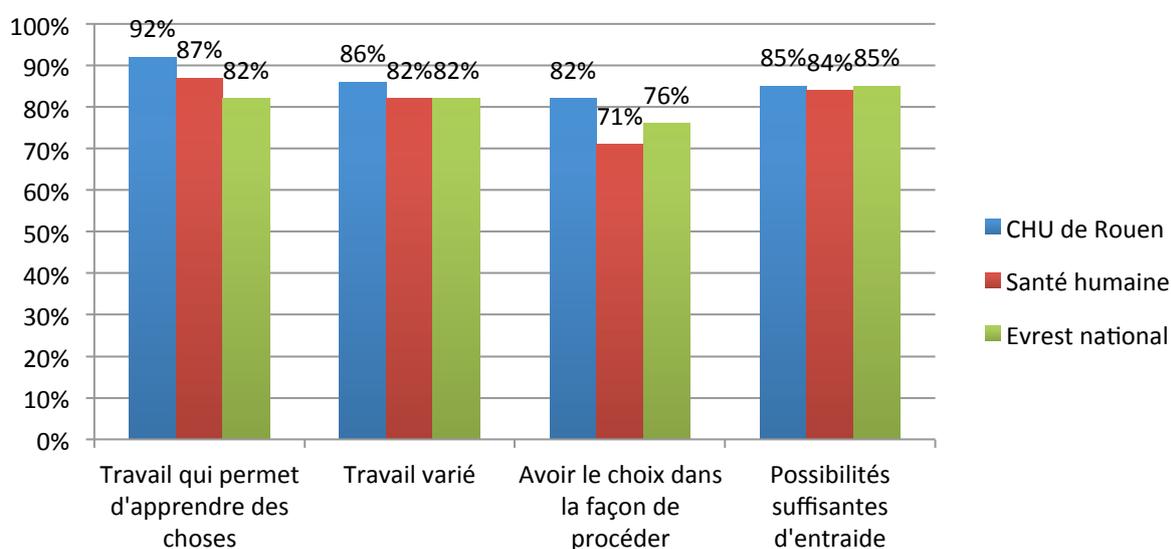


Figure n° 15 : Appréciations sur le travail (1)

« *Avoir les moyens de faire un travail de bonne qualité* » avait été estimé par 82% de la population et 79% des salariés avaient le sentiment que leur travail était reconnu par l'entourage professionnel. En revanche un salarié sur quatre (25% de la population) déclarait faire des choses qu'il désapprouvait et 7% des salariés travaillaient avec la peur de perdre son emploi.

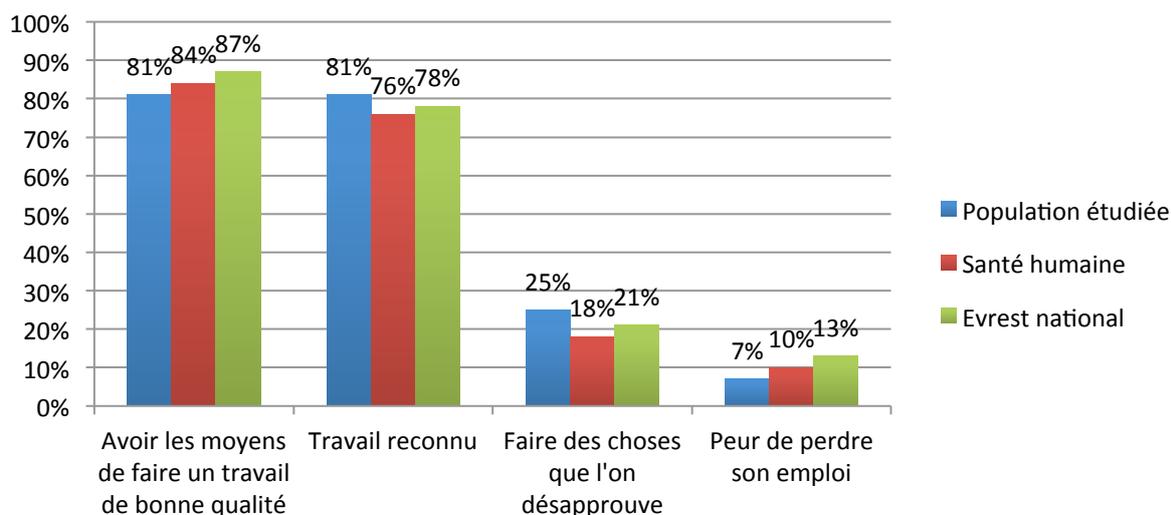


Figure n° 16 : Appréciations sur le travail (2)

IV.2.1.5. Les charges physiques du poste de travail

Un salarié sur trois (33%) se disait concerné souvent par les postures contraignantes et 28% d’entre eux faisaient souvent des efforts ou portaient des charges lourdes.

Plus de la moitié de la population réalisait souvent des gestes répétitifs (51%) et se disait concernée souvent par une station debout prolongée (55%). 38% des salariés déclaraient faire souvent d’importants déplacements à pied pendant leur journée de travail.

Un tiers des salariés interrogés estimait difficiles ou pénibles les postures contraignantes, le port de charges lourdes et la station debout prolongée, alors que un quart de la population trouvait difficile ou pénible les gestes répétitifs. Un salarié sur cinq déclarait difficiles ou pénibles les déplacements à pieds.

Dans l’ensemble, lors des entretiens, pour tous les items des charges physiques du poste de travail, on a observé un ressenti plutôt de pénibilité que de difficulté ; parmi les catégories socioprofessionnelles, les soignants et le personnel technique étaient significativement plus exposés.

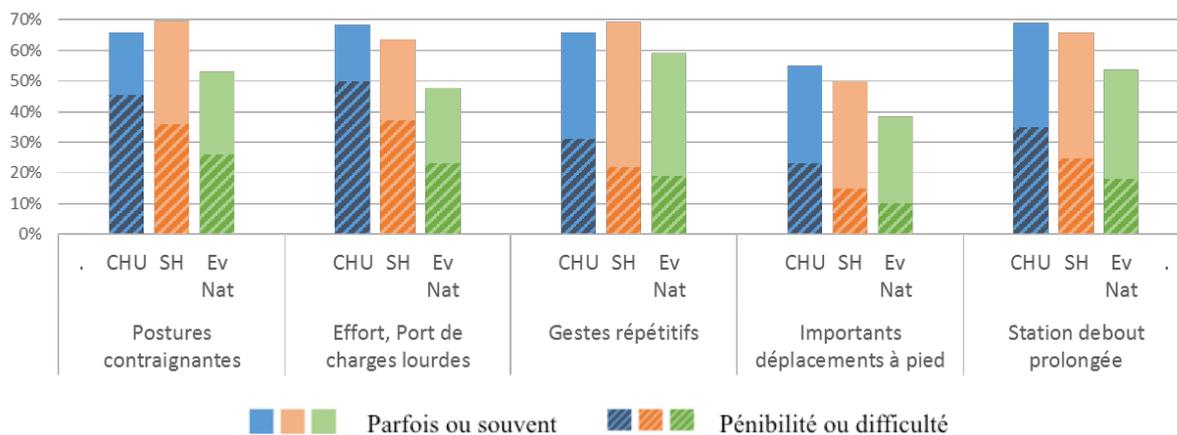


Figure n° 17 : Charges physiques au poste de travail

IV.2.2. Expositions professionnelles

Plusieurs expositions professionnelles ont été déclarées par les salariés : la pression psychologique était importante particulièrement par rapport aux contraintes de temps :

- Contact avec le public : 84%(n=219) ;
- Agents biologiques : 67%(n=175) ;
- Produits chimiques : 55% (n=142) ;
- Contrainte visuelle : 42% (n=110) ;
- Pression psychologique : 40% (n=104) ;
- Gêne sonore : 37% (n=95) ;
- Chaleur intense : 27% (n=70) ;
- Poussières, fumées : 21% (n=55) ;
- Rayonnements ionisants : 14% (n=36) ;
- Bruit > 80dB : 13% (n=34) ;
- Vibrations : 11% (n=29) ;
- Froid intense : 7%(n=19) ;
- Intempéries 7% (n=19) ;
- Conduite routière prolongée : 3% (n=7).

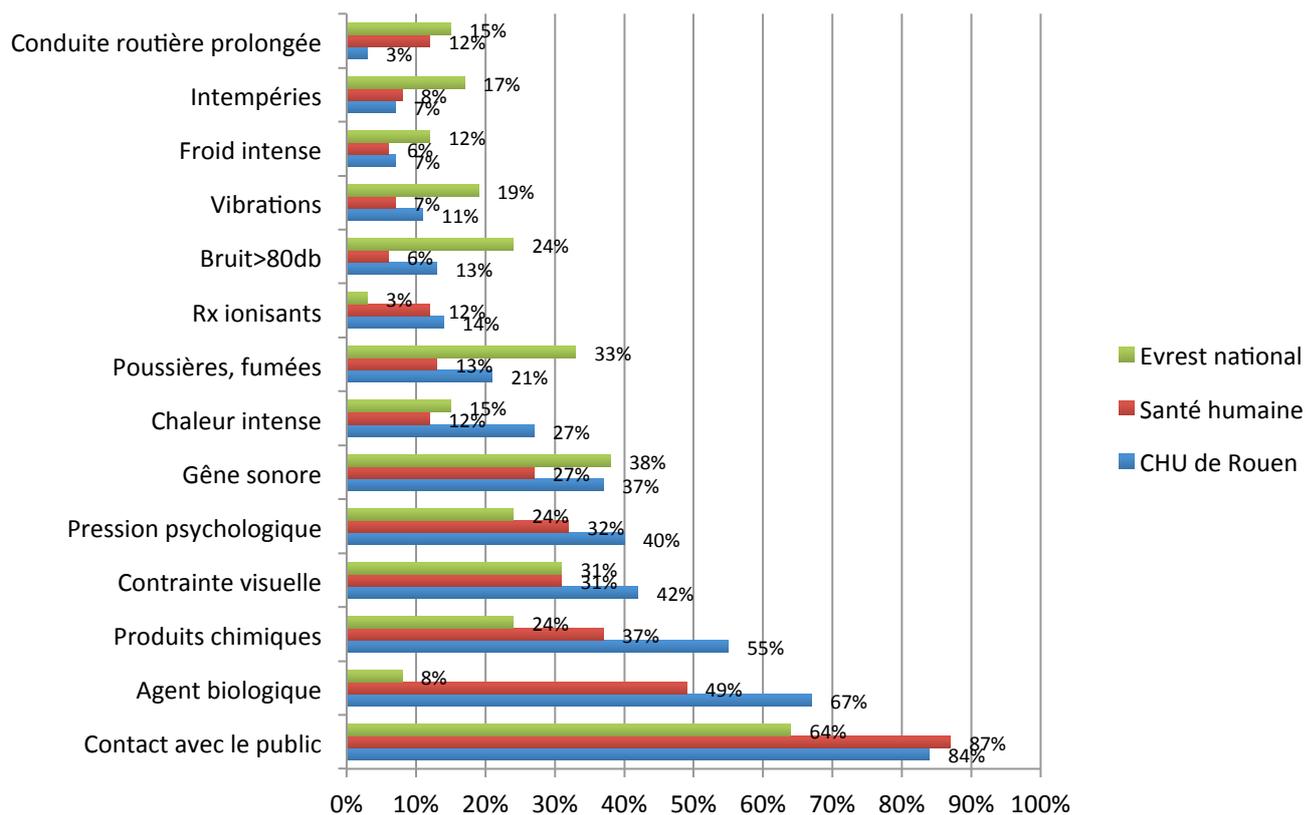


Figure n° 18 : Expositions professionnelles

IV.2.3. Formation

Depuis un an, deux tiers des salariés participants à notre étude affirmaient avoir reçu une formation et pour 87% d'entre eux la formation était en rapport avec leur travail actuel.

La proportion de salariés qui a eu un rôle de formateur ou de tuteur durant l'année écoulée était de 63%, c'est-à-dire plus de la moitié des salariés qui souhaitaient transmettre leur expérience.

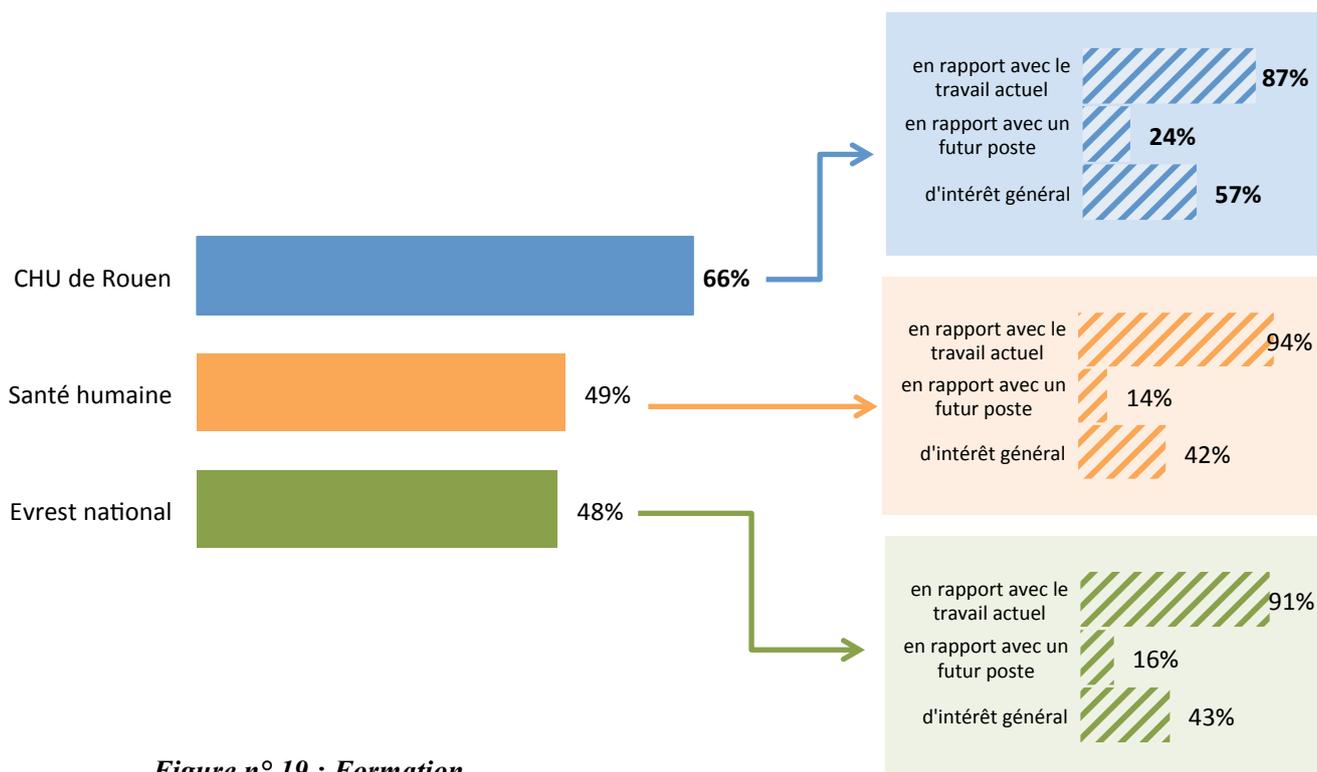


Figure n° 19 : Formation

IV.2.4. Mode de vie

Presque deux tiers des salariés interrogés (59%, n=153) déclaraient pratiquer une activité physique ou sportive régulière (au moins une fois par semaine) (57% dans le secteur de la santé humaine et 53% des salariés enquêtés pour Evrest national).

Dans notre étude 70% des salariés ne consommaient pas de tabac et presque un salarié sur trois ne consommait pas de café dans la journée. 17% des salariés ont indiqué boire au moins 5 tasses de café par jour (18% dans le secteur de la santé humaine et 15% pour le secteur national).

Les trajets domicile/travail longs ou pénibles concernaient 21% de la population étudiée (n=54). 17% dans le secteur de la santé humaine et 17% pour Evrest national).

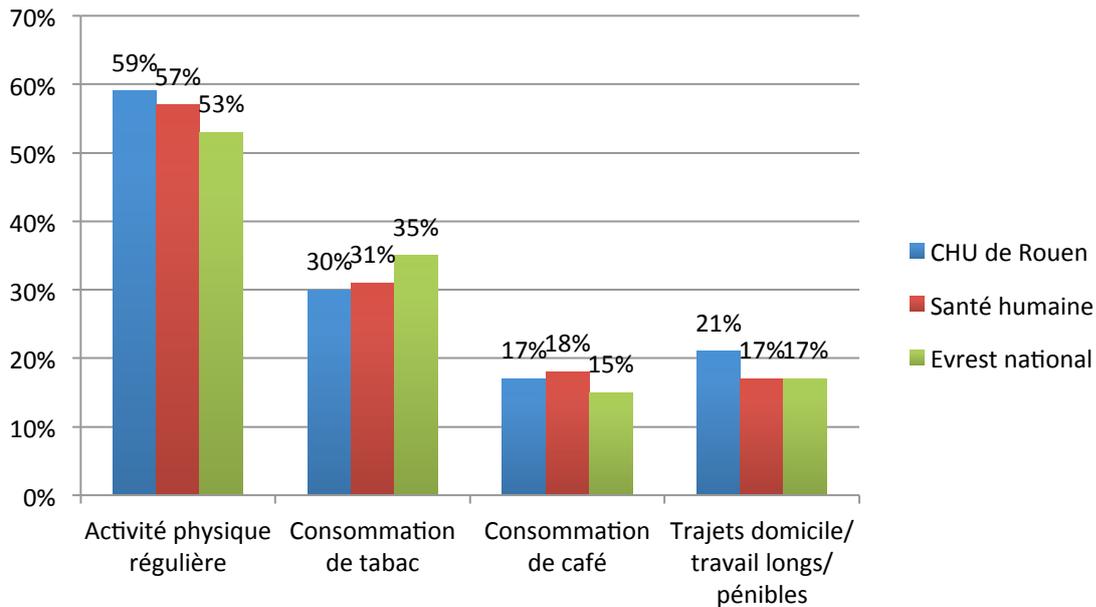


Figure n° 20 : Mode de vie

IV.2.5. Etat de santé

IV.2.5.1. Corpulence selon l'IMC

Une majorité de 61% avait un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 25, 25% des salariés avaient un IMC compris entre 25 et 30 et seulement 13% de la population étudiée avait un IMC supérieur à 30.

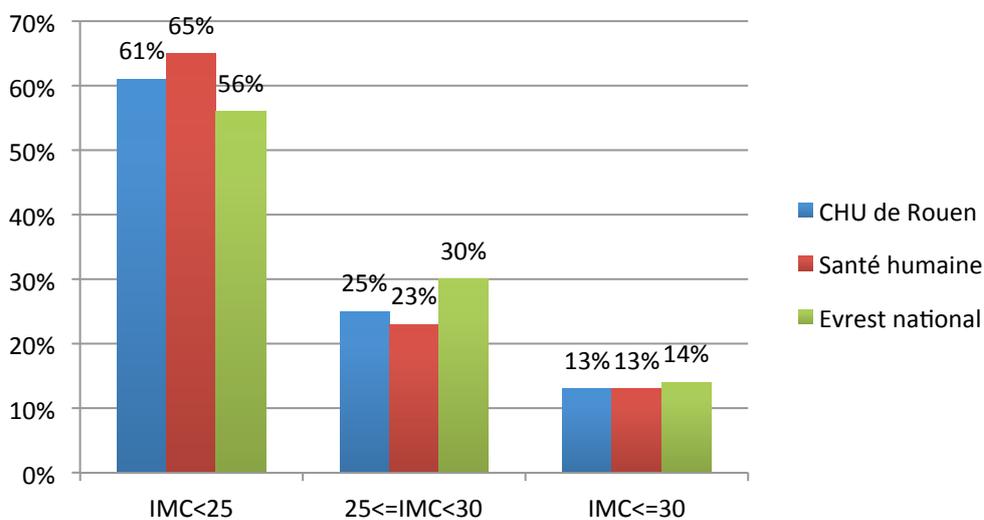


Figure n° 21 : Indice de masse corporelle (IMC)

IV.2.5.2.Appareil respiratoire/cardio-vasculaires/HTA

Presqu'un salarié sur dix présentait des plaintes cliniques respiratoires et/ou était gêné dans son travail et/ou avait un traitement ou des soins en cours en rapport avec une pathologie respiratoire.

Concernant les troubles cardio-vasculaires, 6% des salariés présentait des plaintes ou des signes cliniques et/ou était gêné dans leur travail et/ou recevait des soins dans les sept derniers jours.

Sept pour cent de la population de notre étude présentait des plaintes ou des signes cliniques d'hypertension artérielle et/ou se disait gênée dans leur activité par cette pathologie et/ou recevait des soins dans les sept derniers jours.

Globalement 19% des salariés interrogés (n=50) présentaient un problème cardio-respiratoire ou HTA.

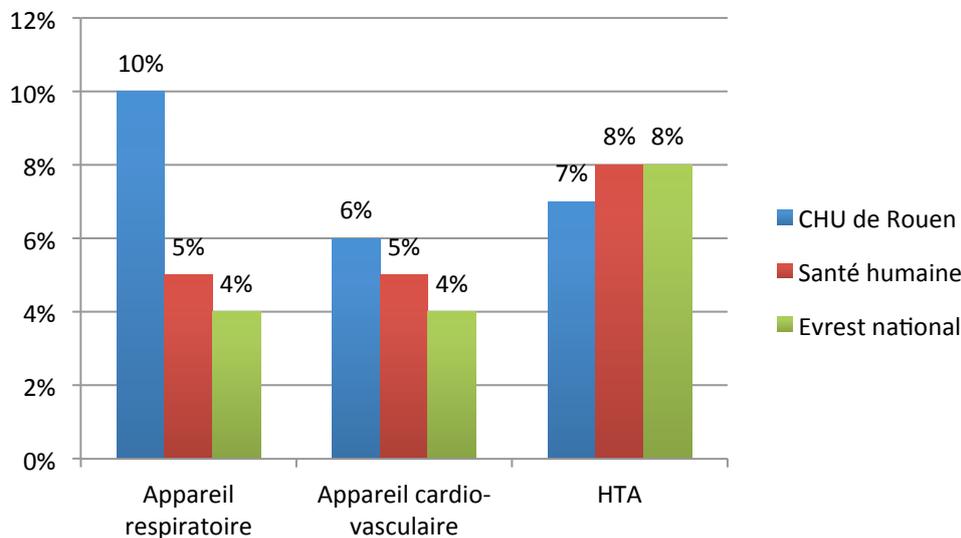


Figure n° 22 : Troubles respiratoires, cardio-vasculaires, HTA

IV.2.5.3. Troubles neuropsychiques : fatigue/lassitude, anxiété/nervosité/irritabilité, troubles du sommeil

Plus d'un salarié sur deux présentait une fatigue ou une lassitude ressentie dans les derniers sept jours.

Presqu'un salarié sur deux se plaignait d'avoir eu, dans les sept derniers jours, de l'anxiété ou nervosité ou irritabilité.

Les troubles du sommeil concernaient 37% de la population étudiée.

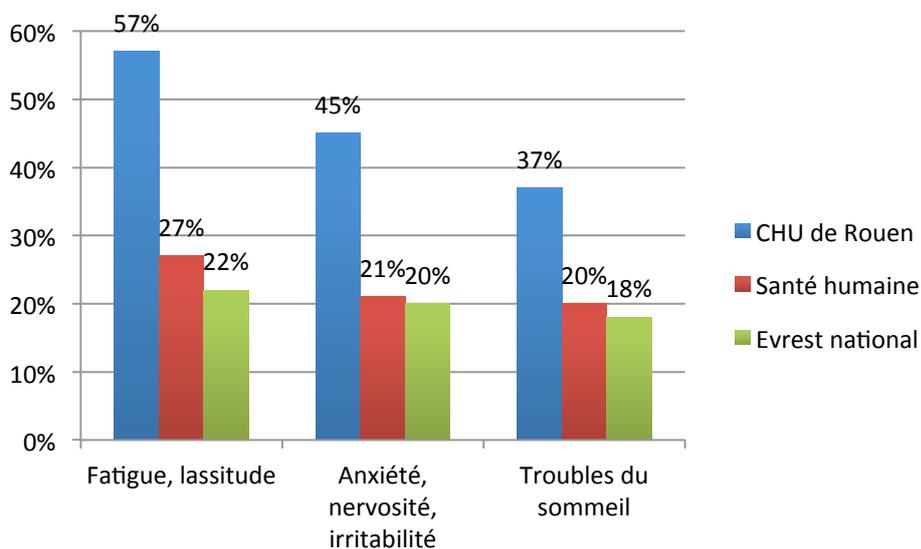


Figure n° 23 : Troubles neuropsychiques : fatigue/lassitude, anxiété /nervosité/irritabilité, troubles du sommeil

Au total, 22% des salariés interrogés présentaient des troubles neuropsychiques (les trois signes à la fois parmi : fatigue/lassitude et anxiété/nervosité/irritabilité et troubles du sommeil).

Ces résultats, que ce soit pour chaque trouble neuropsychique ou les 3 ensemble, sont plus importants dans la population étudiée que le secteur de la santé humaine ou au niveau national.

IV.2.5.3.1. Analyse uni variée des facteurs RPS associés aux troubles neuropsychiques

Les troubles neuropsychiques sont plus fréquemment rencontrés chez les salariés ayant une forte pression temporelle et des appréciations négatives sur leur travail (par exemple 33% contre 13% pour la pression temporelle). Les questions pour lesquelles une différence significative a été mise en évidence sont représentées ci-dessous :

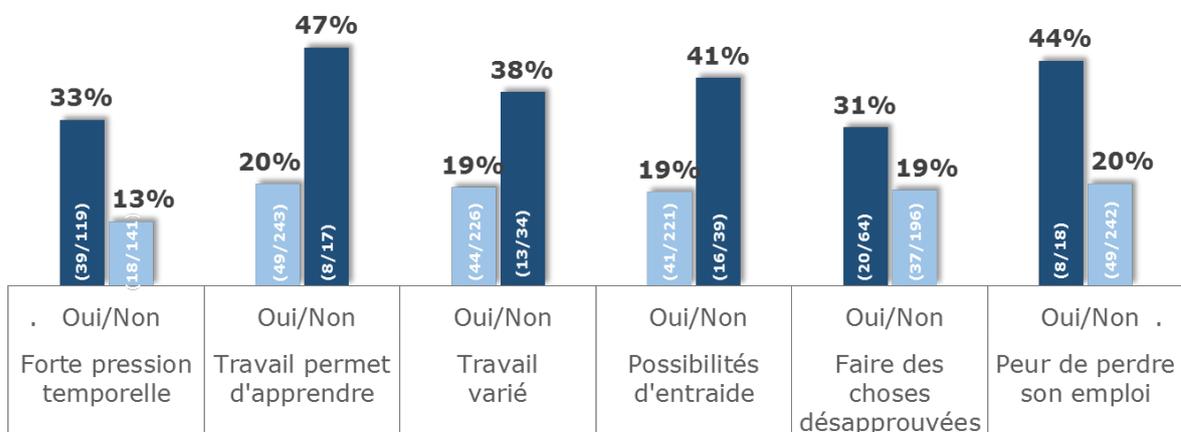


Figure n° 24 : Troubles neuropsychiques selon les conditions de travail

IV.2.5.3.2. Analyse multi variée des facteurs RPS associés aux troubles neuropsychiques

Lors de l'analyse multi variée permettant d'étudier quels facteurs influents sur les troubles neuropsychiques, « toutes choses égales par ailleurs » (à sexe égal, à âge égal, à catégorie professionnelle égale), les facteurs de risques psychosociaux significativement associés étaient : une *forte pression temporelle* au travail et le fait de *ne pas avoir de possibilités suffisantes d'entraide*.

	%	OR ajusté	IC à 95%
Sexe			
Hommes	16%	1	
Femmes	23%	1,0	0,4; 2,6
Age			
Moins de 45 ans	19%	1	
45 ans ou plus	27%	1,7	0,9; 3,3
Catégorie professionnelle			
Personnel médical	11%	0,4	0,1; 1,4
Personnel soignant	21%	1	
Personnel technique	22%	0,9	0,4; 2,2
Personnel administratif	38%	2,7*	1,1; 6,5
Personnel médico-technique	19%	0,8	0,2; 3,5
Pression temporelle			
Pas forte	13%	1	
Forte	33%	3,7***	1,9; 7,4
Travailler sans possibilité d'entraide			
Non	19%	1	
Oui	41%	2,7*	1,2; 5,9

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Figure n° 25 : Facteurs RPS associés aux troubles neuropsychiques

IV.2.5.4.Appareil ostéo-articulaire

Notre étude avait retrouvé que 45% de la population étudiée présentait des plaintes en lien avec des troubles musculo-squelettiques (TMS) du rachis. Trente deux pour cent des salariés interrogés présentaient des plaintes en lien avec des TMS du membre supérieur et 25% d'entre eux présentaient les mêmes plaintes au niveau du membre inférieur.

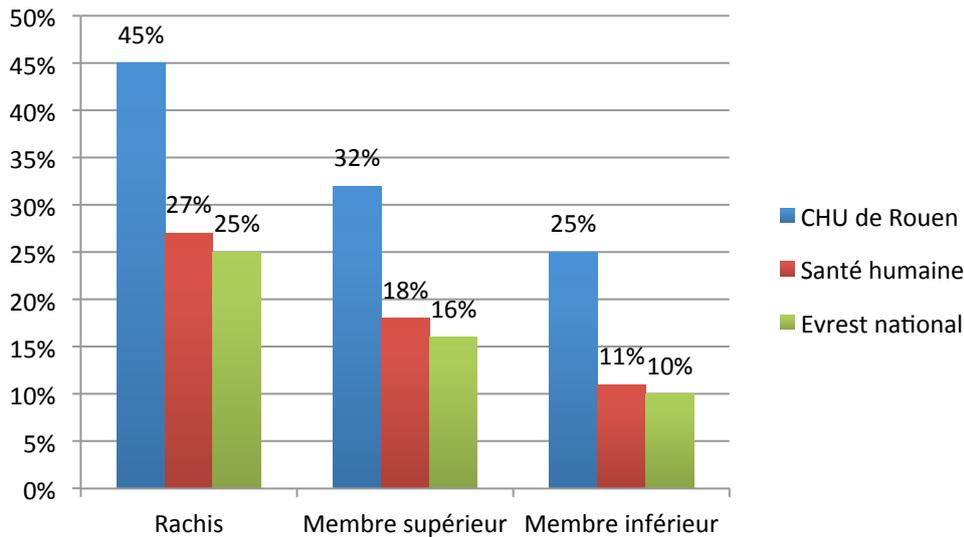


Figure n° 26 : TMS du rachis/membre supérieur/membre inférieur

Vingt trois pour cent des salariés enquêtés présentaient des plaintes en lien avec un TMS du rachis cervical alors que 38% d’entre eux se plaignaient des troubles au niveau du rachis dorsolombaire.

Pour les TMS du membre supérieur, 22% de la population étudiée présentait des plaintes en lien avec des TMS de l’épaule, 16% des salariés présentaient des plaintes au niveau du poignet ou des mains alors que 7% d’entre eux étaient atteints des TMS du coude.

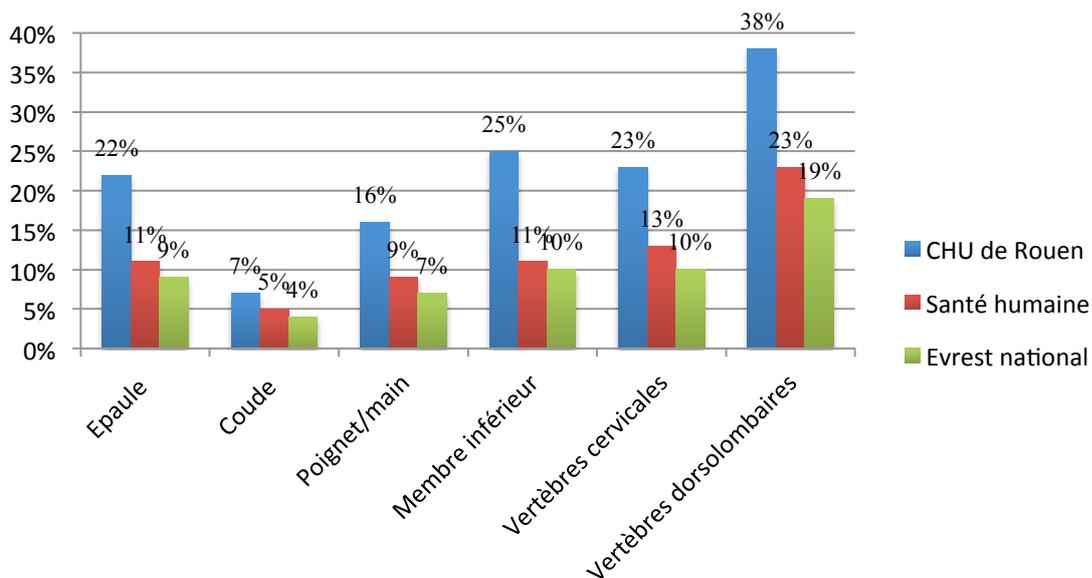


Figure n° 27 : Répartition TMS par segment ostéo-articulaire

Au final, 62% des salariés enquêtés présentait un trouble musculo-squelettique (au moins un parmi les six évoqués).

Les TMS étaient plus souvent déclarés par les personnels soignants (83 salariés sur 123), en particulier les aides-soignantes (80%, soit 35 salariés sur 44).

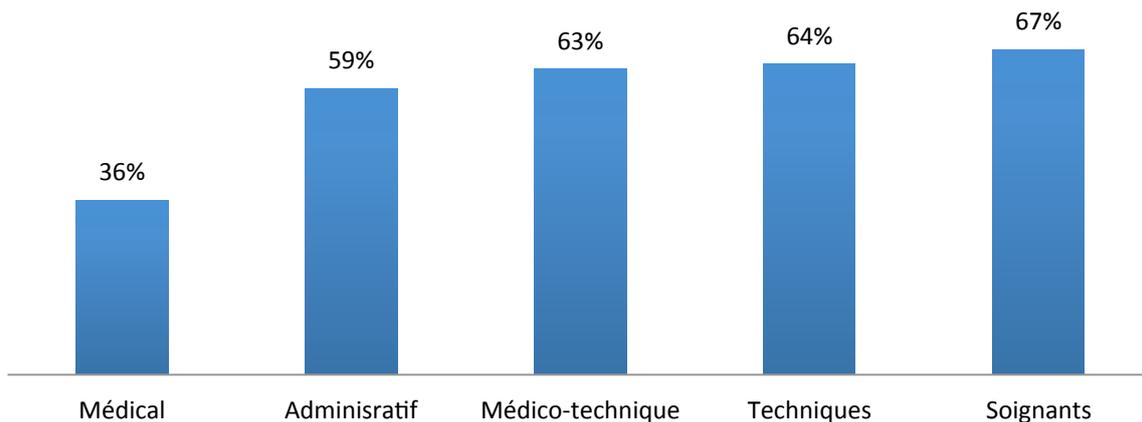


Figure n° 28 : Troubles ostéo-articulaires selon la catégorie professionnelle

IV.2.5.4.1. Existence d'un trouble ostéo-articulaire du membre supérieur selon les appréciations sur le travail (analyse uni variée des facteurs RPS associés aux TMS des MS)

Dans la population étudiée, 32% des salariés étaient atteints des TMS de l'épaule et/ou des TMS du coude et/ou des TMS du poignet/main.

Les TMS des MS sont plus fréquemment déclarés chez les salariés ayant des appréciations négatives sur le travail.

Seuls les résultats significatifs sont présentés ci-dessous : parmi les salariés qui estimaient que leur travail leur permettait d'apprendre des choses, 30% d'entre eux déclaraient des TMS du MS ; en revanche parmi ceux qui estimaient que leur travail ne leur permettait pas d'apprendre des choses 59% d'entre eux déclaraient des TMS du MS. Même significativité

pour « *le travail varié* » et le fait d'« *avoir les moyens pour faire un travail de bonne qualité* ».

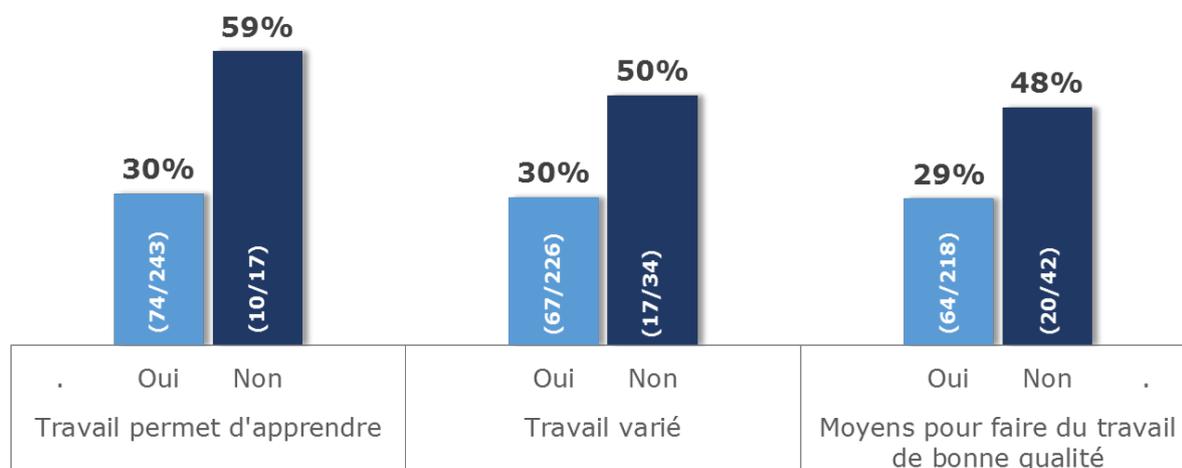


Figure n° 29 : TMS du MS selon les appréciations sur le travail

IV.2.5.4.2. Existence d'un trouble ostéo articulaire du rachis selon les appréciations sur le travail (Analyse uni variée des facteurs RPS associés aux TMS du rachis)

Notre étude a démontré que 45% des salariés interrogés présentaient des plaintes en lien avec un TMS du rachis.

Les salariés ayant des appréciations négatives sur leur travail ont plus souvent des TMS du rachis que ceux ayant des appréciations positives sur leur travail.

Les TMS du rachis étaient plus fréquents chez ceux exprimant avoir un travail non reconnu, ayant peur de perdre leur emploi et avoir une mauvaise ambiance de travail.

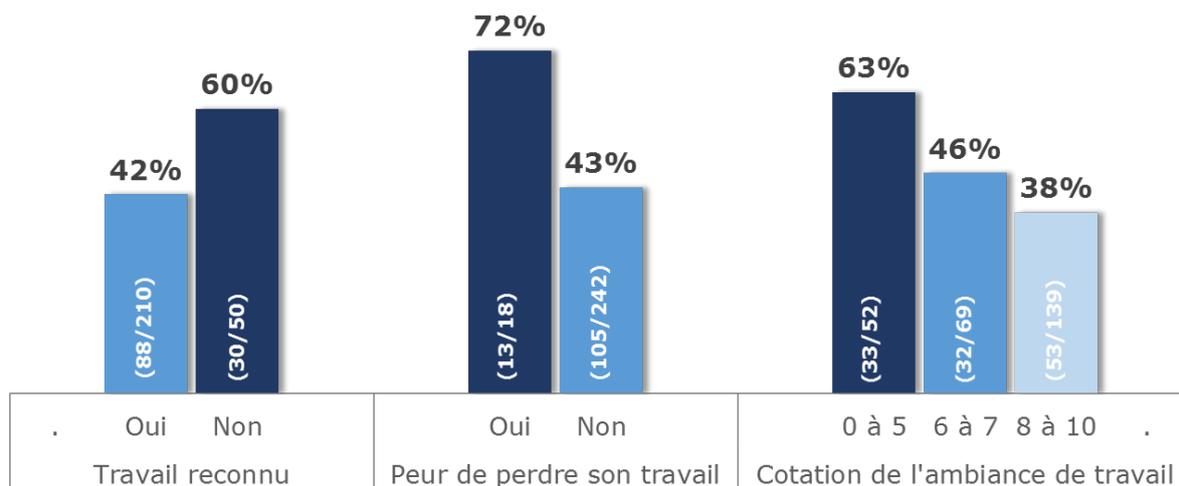


Figure n° 30 : TMS du rachis selon les appréciations sur le travail

IV.2.5.4.3. Analyse multi variée des facteurs RPS associés aux TMS

Lors de l'analyse multi variée permettant d'étudier quels facteurs influent sur les troubles musculo-squelettiques, « toutes choses égales par ailleurs » (à sexe égal, à âge égal, à catégorie professionnelle égale), les facteurs de risques psychosociaux significativement associés étaient : *les contraintes physiques du travail, l'âge, le sentiment de non reconnaissance du travail par l'entourage professionnel et le fait d'avoir un travail ne permettant pas d'apprendre.*

Selon la catégorie professionnelle, les troubles ostéo-articulaires étaient moins fréquents chez le personnel médical (36%) que chez les personnels soignants (67%).

	%	OR ajusté	IC à 95%
Sexe			
Hommes	63%	1	
Femmes	61%	0,6	0,3; 1,3
Age			
Moins de 45 ans	55%	1	
45 ans ou plus	72%	2,4**	1,3; 4,5
Catégorie professionnelle			
Personnel médical	36%	0,3*	0,1; 0,8
Personnel soignant	67%	1	
Personnel technique	64%	0,5	0,2; 1,1
Personnel administratif	59%	0,7	0,3; 1,8
Personnel médico-technique	63%	0,9	0,3; 3,0
Contraintes physiques marquées (1)			
Non	49%	1	
Oui	73%	2,8***	1,6; 5,1
Travail ne permettant pas d'apprendre			
Non	59%	1	
Oui	94%	10,8*	1,3; 6,6
Sentiment de non reconnaissance dans le travail			
Non	59%	1	
Oui	74%	2,4*	1,1; 5,3

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

(1) avoir souvent des postures contraignantes et/ou avoir souvent des efforts, ports de charges lourdes et/ou être exposés à des vibrations

Figure n° 31 : Facteurs RPS associés aux TMS

IV.2.5.5.Appareil digestif - troubles dermatologiques - troubles de l'audition

Onze pour cent de la population étudiée présentait des troubles de l'appareil digestif, 12% des salariés interrogés se plaignaient d'une affection dermatologique et 8% d'entre eux présentaient des troubles de l'appareil auditif.

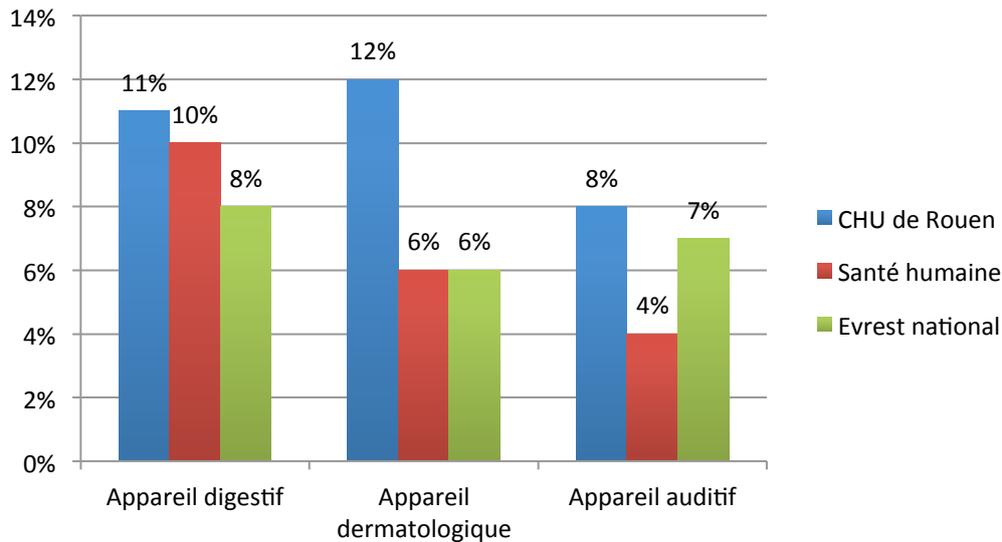


Figure n° 32 : Troubles de l'appareil digestif, dermatologique, auditif

IV.2.6. Questions supplémentaires

Afin de mieux cibler les risques psychosociaux auxquels étaient exposés les salariés du CHU de Rouen, nous avons choisi sept questions supplémentaires qu'on a rajoutées au questionnaire EVREST.

IV.2.6.1. Avez-vous peur de faire des erreurs ?

13% des salariés n'ont *jamais* peur de faire des erreurs. Un salarié sur deux déclarait avoir *rarement* peur de faire des erreurs et un tiers des salariés avait *assez et très souvent* peur de faire des erreurs. Selon la catégorie professionnelle, le personnel médical était le plus concerné par la peur de faire des erreurs tandis que le personnel technique l'était le moins.

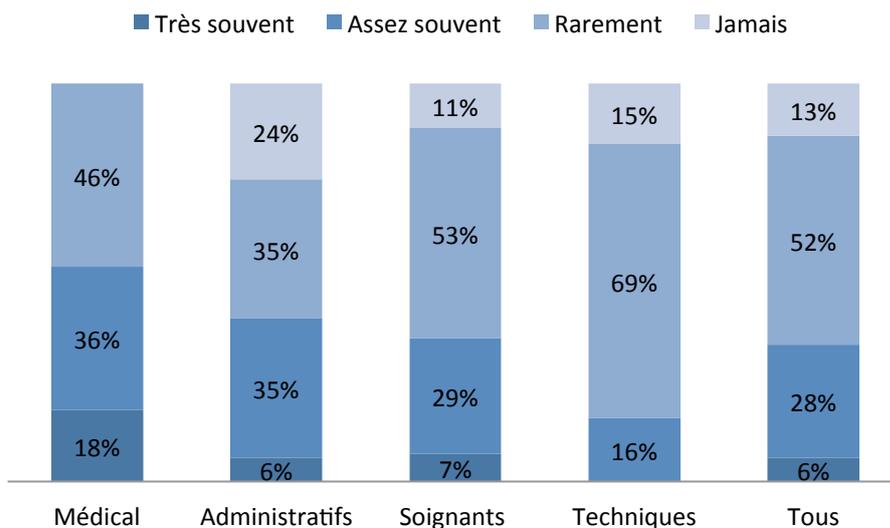


Figure n° 33 : Peur de faire des erreurs en fonction de la catégorie professionnelle

IV.2.6.2. Arrivez-vous à concilier vie professionnelle et vie personnelle ?

Huit pour cent des salariés n’arrive pas à concilier travail et vie privée tandis que neuf sur dix y arrive.

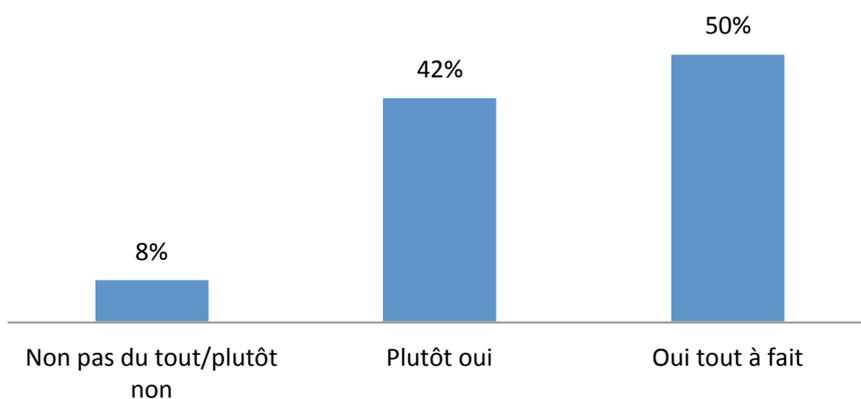


Figure n° 34 : Conciliation vie professionnelle et vie personnelle

IV.2.6.3. Cotation de l'ambiance de travail

Notre étude a mis en évidence une liaison entre le sentiment de non reconnaissance du travail et la cotation de l'ambiance de travail, sans pour autant établir un lien de cause à effet.

En effet, plus l'ambiance au travail est estimée mauvaise, plus fréquents sont les sentiments de non reconnaissance du travail :

- Parmi les salariés qui disent que l'ambiance au travail est très bonne (note ≥ 8), **10%** ont le sentiment que leur travail n'est pas reconnu
- Parmi les salariés qui disent que l'ambiance au travail est bonne (note 6 ou 7), **17%** ont le sentiment que leur travail n'est pas reconnu
- Parmi les salariés qui disent que l'ambiance au travail est moyenne ou mauvaise (note ≤ 5), **46%** ont le sentiment que leur travail n'est pas reconnu.

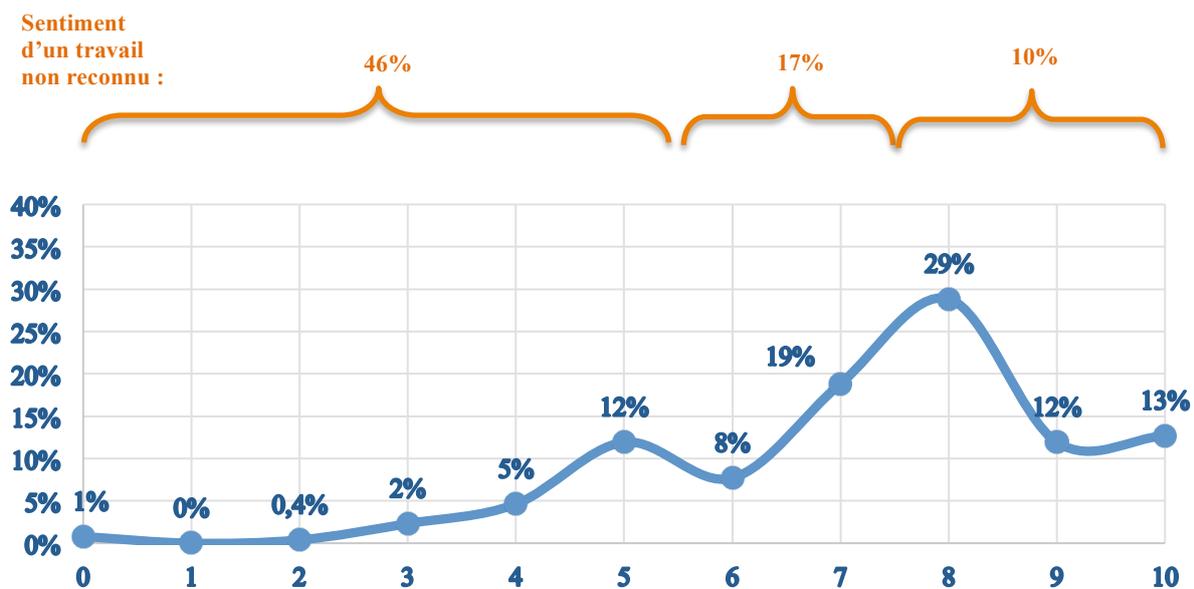


Figure n° 35 : Cotation de l'ambiance de travail, sur une échelle allant de 0 ("très mauvaise") à 10 ("excellente")

IV.2.6.4. Etes-vous exposés à des violences physiques ou verbales ?

Dix sept pour cent de la population interrogée estime être exposée à des violences verbales ou physiques.

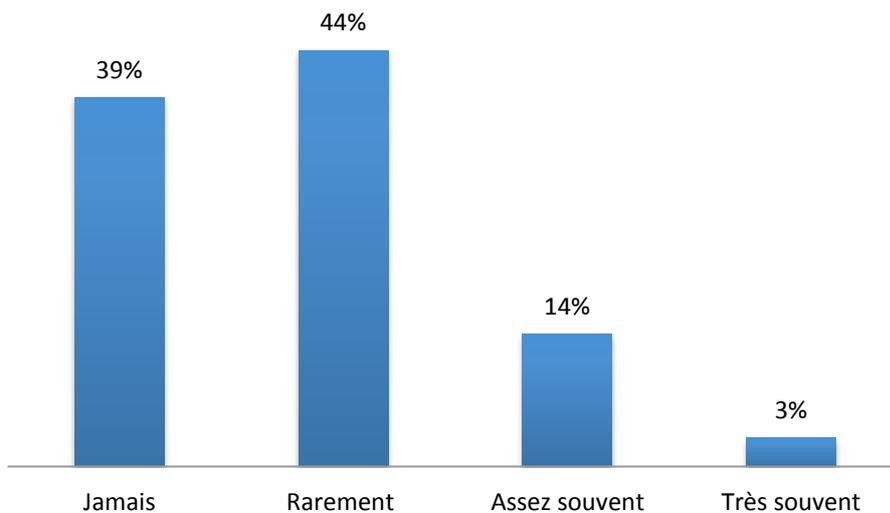


Figure n° 36 : Exposition à des violences physiques ou verbales

IV.2.6.5. Avez-vous le sentiment d’avoir été suffisamment informés des risques professionnels de votre travail ?

Vingt neuf des salariés enquêtés (soit 75 personnes sur 258 qui ont répondu à cette question) ont déclaré ne pas avoir été suffisamment informés des risques professionnels de leur travail. Ce sentiment est différent selon les catégories socioprofessionnelles. En effet, il est plus souvent déclaré par les personnels administratifs : 44% d’entre eux (15 salariés sur 34) ne se sentent pas suffisamment informés; vient ensuite le personnel médical : 39% d’entre eux (11 sur 28, tous des internes) ; puis le personnel technique : 31% d’entre eux (17 sur 55) et enfin les soignants : 21% d’entre eux (26 sur 123) ne se sentent pas suffisamment informés des risques professionnels de leur travail.

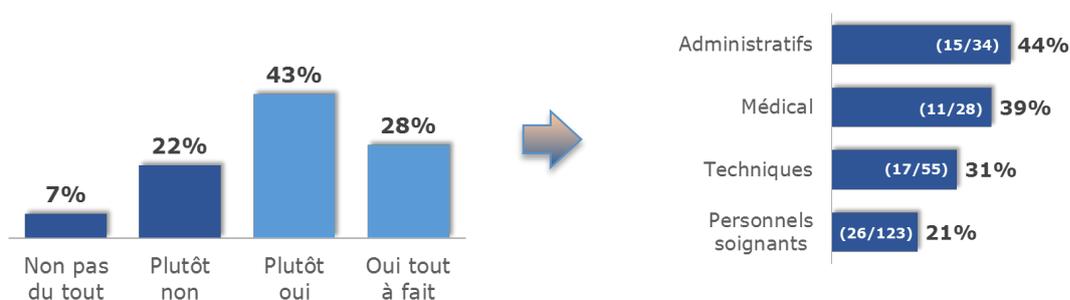


Figure n° 37: Avez-vous le sentiment d’avoir été suffisamment informés des risques professionnels de votre travail ?

Figure n° 38: N’ont pas le sentiment d’avoir été suffisamment informés selon la catégorie professionnelle

IV.2.6.6. Les changements institutionnels sont-ils suffisamment accompagnés ?

Pour cette question pas toujours comprise qui a nécessité des explications supplémentaires plus d'un salarié sur deux déclarait avoir été suffisamment accompagné lors des changements institutionnels.

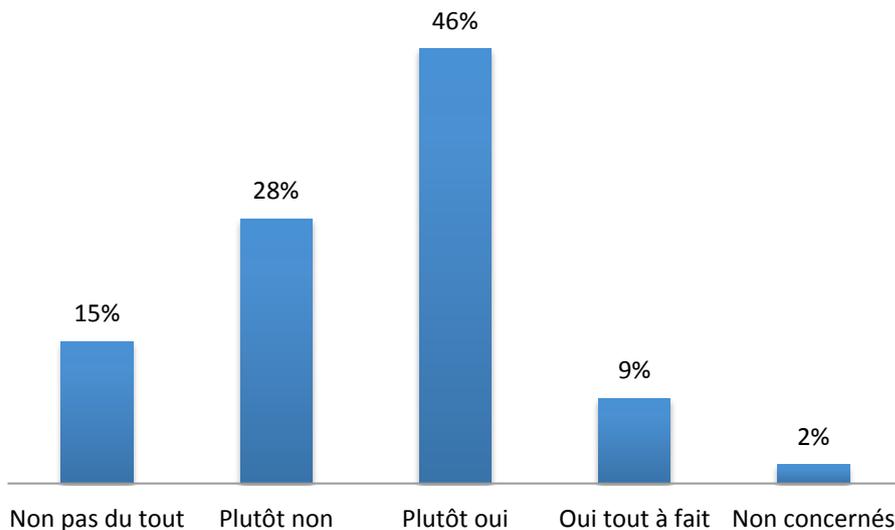


Figure n° 39 : Changements institutionnels suffisamment accompagnés

IV.2.6.7. Dans le cadre de la prévention des RPS, une consultation avec le médecin est-elle nécessaire ?

Le bilan final des infirmières et du médecin du travail ayant enquêtés les salariés était que pour 12% d'entre eux, une consultation avec le médecin était nécessaire dans le cadre de la prévention des risques psychosociaux.

V. DISCUSSION

V.1. Justification des objectifs de l'étude

L'organisation du travail à l'hôpital répond à des exigences d'égalité d'accès et de continuité des soins. Les personnels soignants (infirmières et aides-soignantes) et médicaux (médecins et internes) sont confrontés à de nombreux facteurs de stress : contraintes temporelles et organisationnelles de travail (dimanche, travail de nuit), confrontation à la souffrance des malades et à la mort, manque d'effectif, dépassement d'horaires...(Jagdish 1994; Jenkins et al. 1997). Tout cela, dans un contexte de contrôle et d'exigences croissantes en termes d'efficacité, de sécurité et de qualité de soins. S'ajoutent à cela de fortes contraintes liées au travail en équipe et à une constante collaboration avec leurs collègues. Par ailleurs, ces personnes sont soumises, à des niveaux divers, à des contraintes de travail physique, occasionnant des troubles musculo-squelettiques.

Hormis ces expositions encourues et potentiellement dommageables en terme de santé et de bien-être pour ces personnels s'insérant dans la fonction publique hospitalière, qu'ils soient médicaux ou soignants, la littérature a montré que le stress au travail, résultant de la présence de contraintes psychosociales, peut également impacter la qualité des soins dispensés, (Kushnir et al. 2000; Renzi et al. 2005; Mchugh et al. 2011; Marcinkowski et al. 2012) et même plus loin, 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 (Peter et Siegrist 1997; Schreuder et al. 2010).

Le travail, qui a fait l'objet d'une thèse en médecine du travail en 2012 (Peter 2012) sur le taux d'absentéisme au CHU de Rouen, a retrouvé comme principale cause d'arrêt longue durée les pathologies mentales.

Eu égard à cet ensemble de considérations, une vigilance particulière du personnel hospitalier semblait une nécessité.

Cette étude a eu pour objectif, à partir du questionnaire EVREST, de décrire dans un échantillon des salariés du CHU de Rouen, les conditions de travail et l'état de santé, ainsi

que de chercher des relations entre les facteurs associés aux risques psychosociaux et les troubles neuropsychiques.

Pour situer nos résultats dans le contexte actuel, nous avons choisi de faire référence sur divers points à d'autres données issues d'EVREST, analysées au préalable : le secteur de la « Santé Humaine » (qui comprend 65% de personnes ayant des activités hospitalières) et l'EVREST national.

V.2. Points forts et limites de cette étude

V.2.1. L'originalité de la démarche

Comme précisé ci-dessus cette étude a eu un double objectif : d'un côté faire un état de lieux initial sur le niveau de santé et qualité de vie au travail des agents salariés d'un centre hospitalo-universitaire français ; d'un autre côté de rechercher une relation entre les troubles neuropsychiques et les facteurs des risques psychosociaux.

Il s'agit d'une première étude évaluant les RPS dans la fonction publique hospitalière à travers le questionnaire EVREST.

Un des points les plus forts de l'étude a été la possibilité de pouvoir comparer nos résultats avec ceux du secteur de la santé humaine et du secteur national.

Le taux de participation était important (81%), malgré la période estivale et peut s'expliquer par une plus forte sensibilisation, les agents ayant reçu un premier courrier d'information, puis un deuxième.

V.2.2. Intérêt des entretiens individuels

La passation du questionnaire nous a paru bénéfique lors des entretiens individuels, afin de mieux comprendre les raisons des réponses aux questions.

Dans la plupart des études, seules les IDE et les AS sont prises en compte, alors que cette enquête porte sur l'ensemble du personnel hospitalier (personnels médicaux, soignants et non soignants).

Le décalage entre les contraintes de temps estimées plutôt fortes et des appréciations sur le travail permettant d'apprendre des choses plutôt élevée met en évidence que l'étude de certains facteurs qui influence le bien-être au travail ne permet pas de prendre en compte toute la complexité du concept. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les agents hospitaliers conserveraient malgré tout une perception de travail bien fait. Pout Y. Clot, le plaisir du « travail bien fait » est la meilleure prévention contre le « stress » : il n'y a pas de « bien-être » sans « bien faire » (Clot 2010).

V.2.3. Limites de l'étude

Malgré le petit échantillon du personnel médical, certains résultats semblent toutefois significatifs. Il y a une surreprésentation des internes par rapport à l'échantillon de départ.

	Médecins	Internes	Personnel médical
Entretiens réalisés	12	17	29
Pas présentés	1	1	2
Ne souhaite pas participer	2	1	3
Aucun retour suite aux appels téléphoniques et mails	8	1	9
Total	23	20	43
% Participation	52%	85%	100%

Figure n° 40 : Répartition personnel médical venu/pas venu

V.3. Discussion des résultats

La population participante à l'étude est principalement féminine, les femmes étant plus représentées dans les métiers du « care », alors que les hommes sont plus attirés par les métiers « dangereux » (Bouffartigue 2014).

Dans notre échantillon nous avons trouvé des proportions similaires concernant les classes d'âge des personnels soignants et non médicaux non soignants ; en revanche parmi le personnel médical l'âge prédominant était inférieur à 30 ans, cela étant expliqué par la prédominance des internes (61%).

Nous avons choisi d'analyser les résultats en deux parties : première partie en reprenant les 6 axes du rapport Gollac et en deuxième partie rechercher des corrélations RPS-état de santé.

V.3.1. RPS selon la classification du Collège d'expertise Gollac

V.3.1.1. Intensité et temps de travail

Les conditions de travail des soignants sont, avant tout, marquées par l'importance des horaires atypiques (travail de nuit, week-ends et jours fériés, horaires décalés, horaires irréguliers ou alternés).

Des enquêtes périodiques sur les conditions de travail, menées par la Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques (DARES) du Ministère du Travail et réalisées auprès d'un échantillon représentatif de la population active française, permettent de repérer des caractéristiques de travail contraignantes et leur évolution au cours des récentes années.

Selon l'enquête DARES réalisée en 2013, 70% des salariés du secteur hospitalier déclaraient travailler le samedi ; ils sont 64% à travailler le dimanche et 33% la nuit (Coutrot et Davie 2014). Il s'agit principalement des professionnels soignants : infirmiers, aides-soignants et médecins.

Nous avons retrouvé les mêmes résultats dans notre population concernant le travail de nuit où un salarié sur trois travaillait de nuit. En revanche, si l'on s'intéresse aux salariés des hôpitaux privés, 21% des personnels déclaraient travailler la nuit (Arnaudo et al. 2013).

Comme dans notre étude, la population concernée par ces horaires atypiques est essentiellement féminine. Ces dernières représentaient les trois quarts du personnel des

hôpitaux en 2008 et travaillaient donc en proportion non négligeable la nuit (alors que pour l'ensemble des salariés en France, ces horaires sont plutôt passagers ou exceptionnels dans les parcours professionnels) ou en horaires alternants (qui sont par ailleurs la norme dans les établissements de santé pour 48 % du personnel non médical et 60 % du personnel soignant et éducatif) (Arnaudo et al. 2013). Ces horaires atypiques étaient plus souvent déclarés dans la population étudiée que dans le secteur de la santé humaine ou au niveau national. Presqu'un salarié sur deux évoquait des horaires irréguliers ou alternés. Il existe donc une contrainte de temps plus importante au CHU de Rouen qu'ailleurs en particulier chez le personnel soignant et médical.

Dans la littérature, plusieurs études ont montré l'effet délétère du travail en quart sur la santé. Par exemple, les travailleurs en quart sont plus exposés à faire un infarctus du myocarde, maladie coronarienne ou accident cérébral (Vyas et al. 2012), à avoir des troubles gastro-intestinaux/ulcère gastrique (Knutsson et Boggild 2010) ou un syndrome métabolique (Esquirol et al. 2009).

Dans le même sens, de nombreuses études ont montré que le travail de nuit, transgressant les rythmes circadiens (Estryn-Béhar 2008), entraîne certaines conséquences sur la santé des infirmiers : troubles cardio-vasculaires (Boggild et Knutsson 1999), troubles nerveux, dépressifs ou névrotiques, souvent associés à une consommation d'alcool ou de tranquillisants (Bohle et Tilley 1989), troubles digestifs (Rutenfranz et al. 1977) notamment liés à l'irrégularité des prises alimentaires en fonction des horaires de travail. Le sommeil en journée est en moyenne plus court, plus morcelé et moins réparateur (Rutenfranz et al. 1985; Rohmer et al. 2004). Les horaires atypiques avec une alternance des horaires génèrent aussi des troubles du sommeil (Korompeli et al. 2013). Les soignants des équipes de nuit ont plus de troubles du sommeil que les soignant travaillant avec une alternance de trois équipes, qui eux-mêmes ont plus de problèmes de sommeil que les soignants travaillant avec une alternance de deux équipes (Flo et al. 2013).

Enfin, à long terme, le travail de nuit favoriserait l'apparition de cancers : en 2007, le Centre International pour la Recherche sur le Cancer (CIRC), a classé tout travail interrompant le rythme circadien dans le groupe 2A (facteurs « probablement cancérigènes » pour l'être humain) (Straif et al. 2007). Le risque a été documenté pour le cancer du sein (Megdal et al. 2005; Kolstad 2008) mais pas pour d'autres tumeurs.

Au-delà des horaires réalisés, le fait pour une personne de choisir son rythme de travail semble être protecteur pour la santé. En effet, Barton en 1994, indiquait que les infirmières de nuit qui choisissaient cet horaire avaient un burn-out plus faible que celles qui n'avaient pas choisi cet horaire de travail. Truchot en 2004, synthétisait : « de longues heures de travail ne conduisent pas au burn-out, si elles sont choisies » (Truchot 2004). De même, Tucker et al. constataient également que les médecins ayant un contrôle de leur temps de travail avaient un score de burn-out plus faible que les médecins n'ayant aucun contrôle sur leurs temps de travail (Tucker et al. 2015).

A cause de la charge de travail, dans notre population, presque un salarié sur deux déclarait dépasser ses horaires normaux. Cela était significativement différent entre les catégories professionnelles et concernait davantage le personnel médical (75%) que le personnel non médical (41%) ; parmi le personnel non médical, c'étaient les soignants qui étaient les plus souvent concernés : 53% d'entre eux dépassaient souvent leurs horaires normaux. Ce dépassement moindre que le personnel médical pourrait s'expliquer par le fait de travailler sous forme d'équipe avec relève.

De même, la proportion de salariés qui déclaraient « *sauter ou écourter un repas* » différait selon la catégorie professionnelle : cela concernait davantage le personnel médical (61%) que le personnel non médical (31%) ; en outre, chez le personnel non médical, c'étaient les soignants qui étaient les plus concernés : 48% d'entre eux sautaient ou écourtaient souvent leur repas. Cela s'expliquerait facilement par la nécessité de prise en charge de patients. D'après Gonon, dans certains établissements de santé, le fait de ne pas prendre de pause permettrait de ne pas avoir trop de retard dans son travail (Gonon 2003).

46% des salariés enquêtés au CHU de Rouen ont déclaré avoir des difficultés liées à la *pression temporelle* (cotation ≥ 6) contre 42% des salariés du secteur de la santé humaine et 39% de ceux enquêtés au niveau national.

Ces résultats sont similaires à ceux cités par l'enquête ESENER-2 (Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks) où la pression liée au temps est déclarée à 43% dans le secteur de la santé humaine (EU-OSHA 2015).

Dans notre population presque un salarié sur cinq déclarait une forte pression temporelle (cotation ≥ 8). En 2013, 61% des salariés du secteur hospitalier déclaraient devoir penser à trop de choses à la fois et 48% travaillaient sous pression contre respectivement 49% et 36% de l'ensemble des salariés en France, et 53% et 37% de l'ensemble des agents de la fonction publique (Loquet et Ricroch 2014). Ces exigences au travail supérieures dans le secteur hospitalier sont particulièrement élevées pour les infirmiers et pour les sages-femmes ainsi que pour les médecins et assimilés (les agents d'entretien et les aides-soignants y étant moins soumis). A l'instar des autres secteurs professionnels, à l'hôpital les exigences sont plus intenses pour les salariés les plus qualifiés (Coutrot et Mermillod 2010), et notamment, les agents de catégorie A de la fonction publique.

Ces contraintes temporelles associées à une intensification du travail, accompagnant des pratiques de travail innovantes, contribuent à détériorer les conditions du travail et s'observent aussi bien en France (Gollac et Volkoff 1996; Cartron et Gollac 2002; Valeyre 2004) qu'au niveau européen (Boisard et al. 2002). Elles rendent l'exposition aux risques professionnels plus difficile à éviter, par exemple faute de temps pour choisir les gestes et les postures les mieux adaptées à des contraintes physiques à risque ou pour prendre les précautions qu'impose un travail en contact avec des nuisances physicochimiques (Davezies 1999; Gollac et Volkoff 2000). De même, lorsque les soignants sont contraints à accélérer les rythmes, contraints « to do more with less » cela a pour effet immédiat, notamment, de forcer les infirmiers à faire des choix parmi les actes prioritaires, amenant de la culpabilité et des frustrations et, sur le long terme, un épuisement professionnel (Winters et Neville 2012). Pourtant ces compétences non techniques sont également un facteur d'amélioration de la qualité de soins quand elles sont couplées avec un bon travail d'équipe (Pucher et al. 2014).

Des enquêtes statistiques confirment le lien entre intensité du travail et sentiment de ne pas toujours faire un travail de qualité (Cartron et Gollac 2006; Burchell et al. 2009). Dans notre population, une proportion importante de salariés (81%) déclarait « *avoir les moyens de faire un travail de bonne qualité* » mais moins que les salariés au niveau national.

L'intensité au travail est souvent associée à une *conciliation entre activité professionnelle et vie familiale* plus difficile. Dans notre étude 8% des salariés n'arrivaient pas à concilier vie privée et vie professionnelle et pour 42% d'entre eux lors des entretiens, nous avons eu l'impression que un certain nombre d'agents avaient répondu « *plutôt oui* » mais que la

conciliation vie professionnelle et vie personnelle était quand même difficile. En reprenant les *verbatim*, les salariés expliquaient, lors des entretiens, avoir des difficultés d'organisation personnelle du fait des rappels fréquents sur leurs journées de repos pour remplacer un collègue absent.

Dans l'enquête DARES 2013 presque un tiers (32%) des agents hospitaliers déclaraient que les horaires ne s'accordaient pas très bien ou pas bien du tout avec leurs engagements sociaux ou familiaux contre 16% dans l'ensemble de la fonction publique (Davie 2014). Ceci rejoint les résultats de l'enquête Familles-employeurs de l'INED qui mettait en évidence que les agents de la FPH se déclaraient moins satisfaits des possibilités de conciliation vie familiale-vie professionnelle que ceux de la FPE et de la FPT (Idmachiche 2009).

De même, une méta-analyse récente conduite sur une vingtaine d'études entre 2012 et 2014 (Silva Ddos et al. 2015) mettait en évidence que les infirmiers étaient plus vulnérables à la dépression lorsqu'ils n'arrivent pas à concilier vie familiale et vie professionnelle. Shanafelt et al. ont trouvé dans une étude sur 24922 chirurgiens américains que le fait de ne pas arriver à concilier vie privée et vie professionnelle était associé indépendamment à l'épuisement professionnel (Shanafelt et al. 2009) ; seulement 36% des chirurgiens participants ont estimé qu'ils avaient assez de temps pour leur vie personnelle et familiale.

Une autre étude effectuée auprès de 307 personnels soignants de deux hôpitaux italiens signalait que la non conciliation vie personnelle - vie professionnelle contribuait significativement à l'épuisement professionnel (Martini et Converso 2012).

V.3.1.2. Exigences émotionnelles

Les exigences émotionnelles sont inhérentes à l'activité de soins. Dans ce métier, qui se caractérise par un relationnel fort mais pour lequel la valorisation est faible en termes de compétences et de qualifications, les soignants doivent cependant adapter leurs pratiques, notamment pour garder une « *bonne distance* » avec le patient (ni trop distant, ni trop attaché) et avec leur travail (Castra 2004).

Les exigences émotionnelles sont plus importantes dans la fonction publique que le secteur privé (Coutrot et Davie 2014) ou les autres secteurs d'activité : 85 % des salariés du secteur hospitalier sont au contact des personnes en détresse et 85 % déclarent devoir calmer des gens, plus que dans l'ensemble des secteurs et de la fonction publique. Nous avons trouvé la même proportion de salariés en contact avec le public dans notre enquête.

La violence dans les hôpitaux peut venir de la part des patients et leurs familles, ou de la part des collègues, cadres ou médecins. Les salariés victimes d'une agression verbale de la part du public sont plus nombreux dans le secteur hospitalier (39 %, soit 21 points de plus que dans l'ensemble des secteurs et 10 points de plus que dans l'ensemble de la fonction publique). Les familles professionnelles qui sont les plus fréquemment en contact avec les patients ou leurs accompagnants souffrent le plus de ces agressions : plus de la moitié des infirmiers, sages-femmes ou aides-soignants déplorent une agression verbale dans l'année (Loquet et Ricroch 2014). Les professions administratives qui travaillent dans le secteur hospitalier déclarent également plus souffrir d'agressions verbales que les professions administratives de l'ensemble des secteurs d'activité (26 % contre 18 %). Dans notre étude, 17% des salariés déclaraient être exposés assez souvent et très souvent à différentes formes de violence. Camerino et al. ont constaté dans une étude menée dans 10 pays européens sur une population prédominante féminine, ayant un âge compris entre 30 et 44 ans, que 9,9% des infirmières faisaient face à la violence des patients ou des membres de leurs famille au moins une fois par semaine : la France se situant bien au-dessus de la moyenne européenne (19,5%), suivie du Royaume-Uni (12,3%), l'Allemagne (11,5%) et l'Italie (10,3%) (Camerino et al. 2008). Cette violence s'avère principalement à être une agression verbale (EU-OSHA 2010, Arnetz et al. 2015). Ces résultats sont bien inférieurs à ceux retrouvés dans une récente étude menée sur 970 infirmières coréennes où 71% d'entre elles déclaraient avoir été exposées à au moins un type de violence dans les derniers mois, dont 64% étaient des violences verbales (Park et al. 2015). Plusieurs études ont montré que les violences sont contreproductives et peuvent conduire à des dépressions ou d'autres problèmes de santé chez les infirmiers (Johnson 2009; Yildirim 2009).

L'observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) a vu le jour en France en 2005, témoignant de l'importance de ce phénomène. En 2014, l'ONVS a recensé plus de 14 000 signalements (72% d'atteintes aux personnes et 28% d'atteintes aux biens). 85% des victimes d'atteintes aux personnes sont les personnels des établissements. On constate donc

que le personnel est majoritairement impacté avec 94% de personnel de santé reparti ainsi par catégorie professionnelle : médecins (9%), les infirmiers (45%) et les autres personnels soignants (46%). Plus de la moitié des atteintes aux personnes sont des agressions verbales et menaces. Les services les plus exposés sont les mêmes depuis plusieurs années : la psychiatrie (en baisse mais tout-de-même avec 1/5 des incidents déclarés), les urgences et les services accueillant les personnes âgées : médecine et gériatrie (Poupard et Barat 2015). A la différence du secteur psychiatrique confronté aux problèmes de violence principalement en journée, les urgences sont affectées de jour comme de nuit.

Les mêmes problèmes de violence sur les soignants aux urgences ont été rencontrés aussi dans d'autres pays comme l'Australie (Kennedy 2005; Lau et Magarey 2006), le Brésil (Lancman et al. 2013) ou le Suède (Sundquist et Johansson 2000).

Cependant, les soignants, même s'ils travaillent dans un environnement complexe et exposé, déclarent plus souvent vivre des moments très positifs que des moments très pénibles avec les patients (Le Lan et Baubeau 2004).

V.3.1.3. Autonomie au travail

L'autonomie au travail désigne la possibilité pour le travailleur d'être acteur, et non passif, vis-à-vis de son travail, de sa participation à la production et de la conduite de sa vie professionnelle. Les analyses de Karasek sur le stress au travail montrent bien toute l'importance de l'autonomie (latitude décisionnelle) dans le vécu que le travailleur peut avoir au moment de prendre une décision ou même de faire son travail plus simplement (Karasek 1990).

Le fait de laisser une plus grande liberté d'action diminue en fait le taux de rotation des soignants : c'est un facteur de satisfaction (Alexander et al. 1994). Par ailleurs, les salariés qui font face à une forte demande psychologique mais qui disposent d'une bonne latitude décisionnelle sont davantage protégés en termes de risques psychosociaux, comme le montrent les résultats de l'enquête Sumer (Bué et al. 2008).

Les différences entre le secteur hospitalier et l'ensemble des secteurs d'activité sur la dimension « **autonomie au travail** » sont moins marquées que celles sur l'intensité et le temps de travail. Le personnel hospitalier peut moins fréquemment choisir l'organisation de son travail mais il a pratiquement autant l'occasion que les salariés de l'ensemble des secteurs de développer des compétences (Davie 2014). Ce sont surtout les agents d'entretien qui regrettent de ne pas être en mesure d'améliorer leurs connaissances. La famille professionnelle « Entretien, maintenance » dont ils font partie est par ailleurs celle qui déplore le plus dans l'ensemble de la fonction publique le non développement des compétences.

Dans notre étude une proportion importante de salariés déclarait que leur travail était varié et leur permettait d'apprendre des choses et plus d'un salarié sur deux déclarait avoir eu dans les dernières 12 mois une formation. Plusieurs raisons expliquent ces constats : la présence des CHU parmi les hôpitaux publics, où l'exercice de la médecine et les activités d'enseignement sont complémentaires, la diversité des pathologies rencontrées et des actes réalisés dans les hôpitaux publics.

« **L'abandon fréquent d'une tâche pour une autre non prévue** » était exprimé dans notre échantillon par 58% des salariés. Selon McGillis ces interruptions dans le travail pourraient avoir un effet néfaste sur les soins du patient (McGillis et al. 2010).

Ces résultats sont supérieurs mais comparables à ceux du secteur de la santé humaine et du secteur national. En revanche, l'étude sur les conditions de travail réalisée en 2013 montre que le morcèlement du travail est plus important que dans notre enquête : 80% des salariés du secteur hospitalier et par rapport à 2003 (72%) (Loquet et Ricroch 2014).

Selon la catégorie professionnelle, le personnel médical (79%) déclarait « **plus souvent abandonner une tâche pour une autre non prévue** » que chez le personnel non médical (56%). Ces proportions sont proches de celles des cadres français. En revanche certaines contraintes peu déclarées par les cadres le sont par le personnel médical, comme par exemple « **l'absence de choix dans la façon de procéder** ». Il faut savoir que dans notre étude le personnel médical était composé de 61% d'internes, expliquant probablement ces proportions élevées. Plusieurs études ont, en effet, montré le lien entre l'ancienneté et niveau de contrainte perçu par les médecins (Buddeberg-Fischer et al. 2005; Vanagas et Bihari-Axelsson 2005; Bauer et Groneberg 2013 ; Bellagamba et al. 2015). Dans notre étude, les éléments qualitatifs

rapportés par le personnel médical pour ces questions étaient de deux ordres. D'une part, une autonomie relative faible dans l'organisation du quotidien était rapportée à la fois par les internes et les séniors : gestion des urgences, organisation dépendante des autres professionnels et des moyens matériels (par exemple, activité organisée en fonction des disponibilités de salles d'opération ou de bureaux de consultation, horaires d'arrivée des patients selon la disponibilité des chambres...). D'autre part, le personnel médical signalait une autonomie parfois faible dans les décisions médicales : les internes rapportaient des injonctions paradoxales liées à des attitudes thérapeutiques différentes selon le médecin sénior référent et les médecins séniors rapportaient devoir suivre l'avis du staff, parfois en désaccord avec leur décision personnelle. Ces résultats contrastent avec les résultats d'études précédentes où la latitude décisionnelle évaluée par le questionnaire de Karasek était habituellement élevée chez les médecins (Tripodi et al. 2012; Saijo et al. 2014; Kerrien et al. 2015). Notons cependant que la latitude décisionnelle du questionnaire de Karasek résulte des contraintes d'absence de choix dans la façon de procéder mais également d'un travail non varié et non apprenant, contraintes, au contraire peu déclarées par les personnels médicaux de notre échantillon. Ces résultats mériteraient une étude complémentaire permettant d'évaluer la question de l'autonomie des personnels médicaux hospitaliers.

Le fait d'être interrompu fréquemment dans le travail peut conduire à faire des erreurs dans les tâches effectuées. « *La peur de faire des erreurs* » était déclarée dans notre échantillon par un tiers des personnels. Par exemple, une IDE déclarait que le fait d'être interrompue régulièrement dans son travail lui donnait un sentiment de peur de se tromper dans la reconstitution des médicaments.

V.3.1.4. Rapports sociaux au travail

Les relations des salariés avec les collègues sont considérées comme bonnes. Dans notre population, la plupart des salariés (85%) déclaraient avoir de suffisantes possibilités d'entraide, résultats équivalents dans le secteur de la santé humaine et secteur national.

Dans l'enquête Dares en 2013, 8 % des salariés du secteur hospitalier n'étaient pas aidés par leurs collègues pour mener leurs tâches à bien contre 9 % de l'ensemble des salariés et 8 %

dans la fonction publique, tandis qu'inversement 10 % des salariés du secteur hospitalier ne trouvaient pas leurs collègues amicaux contre 7 % de ceux de l'ensemble des secteurs de l'économie et 8 % dans la fonction publique (Davie 2014). La seule différence marquée sur cette composante des risques psychosociaux concernait la proportion plus grande de salariés qui déclarent avoir été victimes d'une agression verbale de la part de leurs collègues ou supérieurs (20 % dans le secteur hospitalier, contre 12 % pour l'ensemble des secteurs d'activité et 15 % dans la fonction publique). Cet écart est en partie dû au quart des infirmiers et sages-femmes qui déclarent subir des violences verbales de leurs collègues ; néanmoins toutes les familles professionnelles du secteur hospitalier en sont également davantage victimes que celles des autres secteurs. Dans notre étude 17% des salariés déclaraient être exposés à des violences verbales ou physiques. Pour Estryn-Behar, un infirmier sur deux déclarait, en 2008, avoir des relations hostiles avec son cadre. (Estryn-Béhar 2008).

V.3.1.5. Conflits de valeurs

La vie d'un agent hospitalier est parsemée de joies et de peines, de hauts et de bas, d'évènements positifs comme négatifs. Curieusement, la psychologie et surtout la santé au travail se sont davantage focalisées sur les aspects négatifs du travail. On y parle de TMS, des RPS, burn-out Tous ces mots sont des maux qui donnent le sentiment que le travail est une source de souffrance permanente, confortant l'origine latine du mot travail - *tripalium* - qui signifie un instrument de torture. En fait, la santé au travail obéit à une grande loi de la psychologie humaine : *Bad is stronger than good*, « le Mal est plus fort que le bien ». (Baumeister et al. 2001).

L'être humain est naturellement enclin à accorder plus d'importance aux aspects négatifs que positifs de son existence. Cette loi se confirme, hélas et trop souvent, en matière de santé au travail. Par exemple, dans notre étude, concernant les évènements de vie professionnels, on constate une asymétrie béante entre le traitement des aspects négatifs, très largement abordés, et les aspects positifs, totalement ignorés : « quand ça va le supérieur ne dit rien » ou « on dit quand ça va pas, jamais quand ça va » ou « on n'est pas remercié si on remplace au pied levé ».

Parmi les facteurs de risques psychosociaux, une forme particulière de complexité organisationnelle qui inclut notamment celle engendrée par l'existence d'instructions contradictoires, a souvent été décrite dans la littérature : faire de la qualité rapidement (Jeudy-Ballini 2002; Puech 2006), gérer ensemble la rapidité et la sécurité (Jounin 2006; Purser 2006), satisfaire le client dans un temps contraint (Jaeger 2002). Dans notre échantillon, les personnels hospitaliers déclaraient faire des choses qu'elles désapprouvaient ; par exemple en reprenant les verbatims, les infirmières étaient obligées parfois de faire des examens complémentaires conformément aux protocoles pour des cas sans issus.

Les conflits de valeur semblent plus importants dans le secteur hospitalier, surtout ceux en lien avec les exigences et le rythme de travail. Quatre salariés du secteur hospitalier sur dix ont le sentiment de devoir faire trop vite une opération qui demanderait davantage de soin, tandis qu'ils ne sont qu'environ trois sur dix dans l'ensemble des secteurs de l'économie ainsi que dans la fonction publique. Il n'y a en revanche pratiquement pas de différence pour l'assertion « je dois faire des choses que je désapprouve ». (Davie 2014).

Lors des entretiens, les éléments qualitatifs les plus souvent cités par les personnels pour justifier leur réponse étaient différents selon les professions. Pour les infirmières et aides-soignantes, il s'agissait d'effectuer certains gestes de manière trop rapide avec un manque de temps pour écouter les patients. Dans la littérature, cette contrainte a souvent été décrite chez les infirmières (Abbey et al. 2012; Mallidou et al. 2013; Freimann et Merisalu 2015) et tendrait à se majorer du fait des politiques actuelles d'efficience et de réduction des personnels (Trybou et al. 2014; Ettore et Greco 2015). Pour les cadres de santé, il s'agissait de la difficulté éthique de devoir rappeler des personnels sur leur temps de repos pour remplacer des personnels absents. Dans la littérature, nous n'avons pas trouvé d'étude relatant ce conflit éthique. Pourtant, ce problème semble en croissance du fait de l'augmentation de l'absentéisme des personnels hospitaliers (Ettore et Greco 2015).

V.3.1.6. Insécurité de la situation de travail

Bien entendu, les salariés du privé sont plus exposés à l'insécurité économique que les agents publics (Coutrot et Davie 2014).

Toutefois, pour les personnes titularisées, il ne faut pas négliger la sécurité d'emploi pour autant car si, objectivement, le licenciement d'un agent titulaire est très rare et exige de faire la preuve d'une faute grave, subjectivement, la crainte des sanctions leur semble parfois plus grande que dans le secteur privé.

Pour la dimension « *insécurité de la situation de travail* » le secteur hospitalier se démarque de l'ensemble des secteurs sur certains aspects : 29 % vivent des changements imprévisibles ou mal préparés dans le secteur hospitalier contre 20 % pour l'ensemble des salariés et 22 % en moyenne dans la fonction publique. Ces résultats sont plus contraignants que ceux de notre étude où plus d'un salarié sur deux déclaraient avoir été suffisamment accompagnés lors des changements institutionnels. Les changements ne sont pas toujours mal perçus ; ainsi, dans la « Justice », où une proportion relativement importante d'agents déclare avoir connu un changement d'organisation et de technique de travail, très peu considèrent ces changements comme négatifs ou mal préparés (Davie 2014).

La peur de perdre son emploi a, quant à elle, été beaucoup moins souvent rapportée comme déterminant de l'état de santé psychique chez les personnels de santé alors qu'elle est bien décrite dans d'autres professions (Vander Elst et al. 2014). Cette contrainte, bien que peu fréquente chez les personnels hospitaliers (Lavoie-Tremblay et al. 2008), n'est pas à négliger puisqu'elle semble associée aux troubles neuropsychiques. Lors des entretiens, nous avons pu constater que la peur de perdre son emploi était liée au fait de travailler avec un contrat à durée déterminée, à la crainte de faire des erreurs, et enfin à l'existence de problèmes de santé personnels. Les recherches effectuées dans la littérature à partir de ces *verbatim*s confirment les liens entre "peur de perdre son emploi" et "peur de faire des erreurs" d'une part (Shrestha et Joshi 2014). D'autre part, la crainte de perdre son emploi pour les personnels de santé s'explique par la peur de ne plus être capable de tenir son emploi (Reichert et al. 2015).

V.3.2. RPS et état de santé

V.3.2.1. RPS et troubles neuropsychiques

Concernant la santé psychique, les proportions de troubles neuropsychiques déclarés sont élevées dans notre population en comparaison avec les résultats nationaux ou le secteur de la santé humaine. Pour les personnels soignants et médicaux, les proportions de fatigue-lassitude, anxiété-nervosité-irritabilité et troubles du sommeil sont environ 3 fois plus élevées que dans l'échantillon national de travailleurs ou le secteur de la santé humaine. Ceci est en accord avec plusieurs études antérieures retrouvant des fréquences non négligeables de burn-out, anxiété et dépression chez le personnel soignant (Bakker et al. 2000; Mealer et al. 2009; Gao et al. 2012; Pisaniello et al. 2012).

En essayant d'associer l'existence de troubles neuropsychiques aux différentes conditions de travail nous avons constaté que les salariés ayant une forte pression temporelle et ceux ayant des appréciations négatives sur leur travail ont plus souvent des troubles neuropsychiques que ceux n'ayant pas une forte pression temporelle et que ceux ayant des appréciations positives sur leur travail.

Une étude réalisée aux Etats-Unis (McHugh et al. 2011) 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 burn-out 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 burn-out dans un

hôpital et le pourcentage des patients non satisfaits par la qualité des soins dans le même hôpital.

Selon certaines études, le burn-out commence « à cultiver ses graines » pendant la période de formation comme externe en médecine ; il continue pendant l'internat et mûrit finalement dans la vie quotidienne de médecin. Dyrbye et al suggère que la fréquence du burn-out parmi les étudiants en médecine était comprise entre 31 et 49,6% (Dyrbye et al. 2010) ; les internes seraient touchés entre 50% et 76% (internes en chirurgie et respectivement en médecine interne) (Shanafelt et al. 2009). Cohen et al. trouvent qu'au moins un tiers des internes en médecine de différentes spécialités éprouve une vie stressante (Cohen et al. 2008); l'épuisement professionnel toucherait encore plus les médecins. Dans une étude réalisée aux Etats Unis 45,8% des médecins déclaraient avoir au moins un symptôme de burn-out (Shanafelt et al. 2012).

Dans notre étude les étudiants ont été exclus. En revanche seuls les internes ont été inclus, faisant partie du personnel médical.

Une autre étude qui a inclus plus de 500 médecins au Royaume-Uni mettait en évidence qu'au moins un tiers des médecins souffrait d'épuisement professionnel (Sharma et al. 2008). Ces résultats sont comparables avec ceux d'études semblables conduites dans quelques pays arabes comme le Yémen, le Qatar et l'Arabie Saoudite (Selaihem 2008; Al-Dubai et Rampal 2010; Abdulla et al. 2011).

Ces différentes études mentionnées ci-dessus n'ont pas été réalisées par type de spécialité, mais ont retrouvé un taux élevé d'épuisement professionnel surtout chez les médecins généralistes (Lee et al. 2008; Abdulla et al. 2011) et chez les chirurgiens (Sharma 2008; Shanafelt et al. 2010). Shanafelt conclut ainsi que l'épuisement professionnel est plus fréquent chez les chirurgiens jeunes de certaines spécialités (orthopédistes, urologues, oto-rhino-laryngologistes, chirurgiens vasculaires et de chirurgie générale) ayant des enfants et faisant plus de 60 heures de travail par semaine, avec des astreintes bihebdomadaires (>2 nuits/semaine) (Shanafelt et al. 2009).

L'analyse par spécialité dans notre étude n'a pas été possible compte tenu du nombre petit du personnel médical.

En 2000, une étude britannique qui a lancé une enquête ciblée sur l'état de santé psychiatrique du personnel hospitalier, toutes catégories confondues (médecins, infirmières, personnel administratif) a mis en évidence une relation significative entre l'existence du stress (au travail et en dehors) et l'apparition des symptômes anxieux ou dépressifs (Weinberg et Creed 2000).

Dans notre étude pour le personnel médical, les proportions de fatigue-lassitude, ou d'anxiété-nervosité-irritabilité étaient également élevées et les troubles du sommeil, bien que moins présents, étaient non négligeables compte tenu de l'âge jeune du groupe médical. Ce type de symptôme mérite une attention particulière puisqu'il s'agit d'un élément prédictif de la survenue d'une dépression ultérieurement (Franzen et Buysse 2008). Ces résultats viennent appuyer les constats faits par Romani dans sa revue de littérature sur le burn-out du personnel médical (Romani et Ashkar 2014).

En 2015, Enns avait constaté, parmi les 17 437 infirmières canadiennes, la survenue dans l'année passée, d'un épisode dépressif majeur chez 9%, soit une prévalence 2 fois supérieure à la moyenne des femmes canadiennes (Enns et al. 2015).

Une population exclusivement féminine de 243 personnes (infirmières, AS, sage femmes) a été incluse dans une étude danoise (Aust et al. 2007) 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. 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, par les soignants.

Dans le cadre de l'étude ORSOSA (Jolivet et al. 2010), portant sur une population d'IDE et d'AS des symptômes dépressifs ont été recherchés en lien avec les RPS. 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.

Les facteurs associés significativement à la présence de troubles neuropsychiques « fatigue et anxiété/nervosité et troubles du sommeil » étaient la pression temporelle ≥ 6 , l'absence de possibilité d'entraide et la peur de perdre son emploi. Dans la littérature, plusieurs études ont mis en évidence une association entre charge de travail importante et anxiété, dépression,

burn-out chez les personnels soignants (Ding et al. 2014; Saijo et al. 2014; Freimann et Merisalu 2015). Le rôle du "social support of coworkers" dans ce domaine a également été souvent décrit (Saijo et al. 2014).

Un aspect particulièrement important dans notre étude porte sur le fait qu'on a une population plutôt féminine ; en particulier on peut remarquer que les professions considérées ici comme exposées à des contraintes psychosociales sont pour la plupart largement exercées par les femmes – personnels soignants, administratifs, agents d'accueil, secrétaires. Les femmes pourraient donc être, par les professions qu'elles occupent, relativement plus exposées à certains facteurs psychosociaux au travail que les hommes.

V.3.2.2. RPS et autres pathologies

V.3.2.2.1. RPS et troubles musculo-squelettiques

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont des troubles de l'appareil locomoteur-membres et rachis-pour lesquels l'activité professionnelle peut jouer un rôle dans la genèse, le maintien ou l'aggravation. Tous ces troubles peuvent induire gêne fonctionnelle et douleurs. Les sollicitations, à l'origine des TMS, peuvent être biomécaniques, organisationnelles et/ou psychosociales.

Dans notre étude l'existence d'un trouble ostéo-articulaire : que ce soit le membre supérieur, le rachis ou le membre inférieur, était plus importante que dans le secteur de la santé humaine ou au niveau national. Presque deux salariés sur trois présentaient des TMS.

Les efforts physiques (effectuer des déplacements à pied longs ou fréquents, porter ou déplacer des charges lourdes, effectuer des mouvements douloureux et fatigants) caractérisent le travail du personnel soignant. « C'est le secteur professionnel qui connaît le plus de lombalgies. Un soignant sur cinq souffre de sciatique à 45 ans » (INRS, 2010).

Approximativement deux tiers de la population enquêtée présentait des plaintes concernant les contraintes physiques au poste de travail (rester longtemps debout, ou dans une autre posture contraignante, effectuer des déplacements à pied longs, porter des charges lourdes,

effectuer des gestes répétitifs), résultats comparables au secteur de la santé humaine et des travailleurs nationaux. En revanche ces résultats sont nettement supérieurs à ceux de l'enquête DARES 2013 qui montrait que 53% des salariés de la FPH déclaraient ces contraintes physiques (Coutrot et Davie 2014).

Dans notre population les facteurs associés significativement à la présence d'un trouble ostéo-articulaire étaient : *les contraintes physiques marquées* (postures pénibles, port de charges lourdes), *le sentiment de non reconnaissance du travail* par l'entourage professionnel et le fait que le *travail ne permettait pas d'apprendre des choses*.

On peut bien comprendre la synergie existante entre TMS et RPS. Des conditions de travail tendues (pression temporelle et psychologique élevées, faible marge décisionnelle...) peuvent générer un stress qui va pouvoir aggraver une douleur ou un trouble musculaire. Cette majoration de la douleur va elle-même pouvoir participer à la perception négative qu'a le salarié de ses conditions de travail, concourir à une apparition de symptômes anxio-dépressifs, aboutissant à un cercle vicieux entre TMS et RPS.

La relation entre les RPS et l'existence des troubles musculo squelettiques a fait l'objet des plusieurs recherches. Une étude suédoise (Wadman et Kjellberg 2007) 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 d'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% et 55%). Dans un hôpital chinois 282 infirmières ont fait partie d'une étude (Smith et al. 2004) 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 Australie (Hoe et al. 2012), plus d'un millier d'infirmières ont été

inclues 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 montré 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 corrélé avec le risque de développer les TMS a été statistiquement significative seulement pour la cohorte d'Italie (Carugno et al. 2012).

L'étude ORSOSA (Herin et al. 2006) réalisée 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 les 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 fréquentes 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 burn-out des infirmières et l'émergence des TMS (Jaworek et al. 2010). Le syndrome de burn-out 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 trouvée statistiquement significative.

Ces liens entre les troubles musculo-squelettiques et les facteurs de risque psychosociaux doivent être un argument fort pour convaincre les entreprises de la nécessité et de l'intérêt de mettre en oeuvre des mesures de prévention des RPS.

V.3.2.2.2. RPS et troubles cardiovasculaires

Les pathologies cardiovasculaires ont une origine complexe, dépendante de plusieurs facteurs environnementaux et génétiques.

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 2012 (Back et al. 2012). 26 publications ont été incluses dans l'étude, 17 articles ayant utilisés « 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. Le questionnaire de Siegrist a été choisi pour l'évaluation des RPS (ERI) dans 4 articles, toutes les publications trouvant des relations statistiquement significatives entre le stress au travail et l'apparition des maladies cardiovasculaires.

Dans notre étude la prévalence des pathologies cardiovasculaires déclarée (6%) était similaire à celle des travailleurs de la santé humaine ou des travailleurs nationaux.

Dans une autre revue bibliographique de 2011 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 (Dienne et al. 2012). Dans notre population, avec une moyenne d'âge de 39 ans, 7% des salariés présentaient des plaintes ou des signes cliniques d'HTA.

Une cohorte danoise des infirmières suivie pendant plusieurs années, confère un exemple concret de l'influence des RPS sur le développement des pathologies cardiovasculaires (Allesoe et al. 2010). Plus de 12 000 infirmières femmes d'un âge moyen de 51 ans, 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 cardiovasculaires personnels ou familiaux ainsi que des items sur la perception de la pression au travail. 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 confusion, s'est avérée significative pour l'association entre la perception d'une pression au travail importante et la survenue d'un événement ischémique aiguë seulement pour les jeunes infirmières (âge < 51 ans au début de l'étude).

L'étude ORSOSA (De Gaudemaris et al. 2011), 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, la taille et le mode de vie. Les caractéristiques de l'environnement de travail ont été recensées avec le questionnaire NWI – EO. Seule la population féminine a été analysée. Des valeurs élevées de la pression artérielle 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).

V.3.2.2.3. RPS et troubles dermatologiques

L'exposition aux produits chimiques est susceptible d'entraîner des affections dermatologiques. Notre étude a montré une prévalence plus importante des pathologies dermatologiques que le secteur de la santé humaine ou au niveau national. D'autres facteurs peuvent influencer l'apparition ou la récurrence des pathologies dermatologiques. Des auteurs italiens (Magnavita et al. 2011) se sont intéressés à l'apparition d'eczéma des mains et l'exposition aux facteurs des RPS. Ils ont montré sur un échantillon de 1744 soignants que le stress au travail joue un rôle déterminant dans l'apparition des eczémas des mains chez le personnel soignant.

V.4. Suite donnée à ces constats et pistes d'amélioration proposées

V.4.1. De la responsabilité à la mise en œuvre de la prévention

L'employeur est celui qui met en œuvre la démarche de prévention dans son entreprise. Il est en effet responsable de la santé et de la sécurité de ses salariés. Il coordonne ses différentes équipes et attribue les moyens nécessaires à la préservation de la santé physique et mentale de tous ses salariés.

Conformément à l'article L. 4121-1 et suivant du Code du travail :

« L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent :

- des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail,
- des actions d'information et de formation,
- la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes. Il met en œuvre les mesures de sécurité sur le fondement des principes généraux de prévention suivants (art. L. 4121-2 du Code du travail) :

1. **Eviter les risques** : c'est-à-dire supprimer le danger ou l'exposition à celui-ci.
2. **Evaluer les risques qui ne peuvent pas être évités** : il s'agit d'apprécier leur nature et leur importance afin de déterminer les actions à mener pour assurer la sécurité et garantir la santé des travailleurs. Concrètement, l'évaluation des risques conduit les entreprises à :
 - identifier les dangers : le danger est la propriété ou capacité intrinsèque d'un équipement, d'une substance, d'une méthode de travail, de causer un dommage pour la santé des travailleurs,
 - analyser les risques : c'est le résultat de l'étude des conditions d'exposition des travailleurs à ces risques. Ces derniers sont ensuite classés en fonction de leur gravité, de leur fréquence.

A la suite de cette évaluation, l'employeur met en œuvre les actions de prévention ainsi que les méthodes de travail et de production garantissant un meilleur niveau de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Il intègre ces actions et ces méthodes dans l'ensemble des activités de l'établissement et à tous les niveaux de l'encadrement.

3. **Combattre les risques à la source** : c'est-à-dire d'intégrer la prévention le plus en amont possible, notamment dès la conception des lieux de travail, des équipements ou des modes opératoires.
4. **Adapter le travail à l'homme** : en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé.
5. **Tenir compte de l'état d'évolution de la technique** : c'est-à-dire prévenir les risques résultant des évolutions techniques. Assurer également une veille pour suivre les évolutions techniques et les exploiter pour améliorer les moyens de prévention existants.
6. **Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux** : éviter notamment l'utilisation de procédés ou de produits dangereux lorsqu'un même résultat peut être obtenu avec une méthode présentant des dangers moindres (le remplacement d'un produit cancérigène par un produit moins nocif).
7. **Planifier la prévention** : en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants notamment les risques liés au harcèlement moral et au harcèlement sexuel, ainsi que ceux liés aux agissements sexistes.
8. **Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle** : l'utilisation des équipements de protection individuelle doit intervenir en complément des protections collectives si elles se révèlent insuffisantes.
9. **Donner les instructions appropriées aux travailleurs** : il incombe à l'employeur de donner aux salariés les informations nécessaires à l'exécution de leurs tâches dans des conditions de sécurité optimales. Il s'agit notamment de leur fournir les éléments nécessaires à la bonne compréhension des risques encourus et ainsi de les associer à la démarche de prévention. Ces principes doivent être mis en œuvre en respectant les valeurs essentielles et les bonnes pratiques de prévention. Ces principes montrent le

caractère plurifactoriel (organisationnel, humain, technique) des risques professionnels.

Pour le Bureau International du Travail (ILO, 2002) «*les interventions pour réduire le stress au travail peuvent être primaires (réduire les sources de stress), secondaires (aider les individus à développer des capacités à faire face au stress) et tertiaires (prendre en charge les individus affectés par le stress)*». Quant au National Institute for Occupational Safety and Health américain (NIOSH 1999), il souligne que «*d'une manière générale, les actions pour réduire le stress au travail doivent être prioritairement orientées vers des changements organisationnels pour améliorer les conditions de travail. Cependant, même les efforts les plus consciencieux pour améliorer les conditions de travail n'élimineront probablement pas le stress pour tous les travailleurs. Aussi, une combinaison de changement organisationnel et d'aide apportée aux individus est souvent l'approche la plus efficace pour réduire le stress au travail*». Dans l'accord cadre européen d'octobre 2004, il est indiqué, de la même façon, que «*prévenir, éliminer ou réduire les problèmes de stress au travail peut inclure diverses mesures. Ces mesures peuvent être collectives, individuelles ou les deux à la fois* ».

La prévention primaire a pour objectif l'élimination ou le contrôle des facteurs de risque présents dans le milieu du travail en agissant directement sur les facteurs pour réduire leurs impacts négatifs sur l'individu. Il s'agit d'intervenir sur les causes des risques psychosociaux plutôt que sur leurs conséquences.

La démarche de prévention primaire inclut plusieurs composantes :

- une évaluation précise par l'entreprise non seulement des facteurs de risques mais aussi des populations les plus touchées ;
- une implication des différents partenaires de l'entreprise, selon une méthodologie participative ;
- la mise en place d'actions correctrices visant à éliminer ou à défaut réduire les sources de stress.

Ces actions varient en fonction des RPS détectés : surcharge de travail, insuffisante marge de manœuvre pour faire face à la demande, pression sur des objectifs quantitatifs et/ou qualitatifs, manque de soutien du management ou des collègues, insuffisante reconnaissance du travail, définition des tâches imprécise diluant les responsabilités, etc.

Les actions de prévention primaire viseront donc différents objectifs : répartir plus justement la charge de travail en fonction des effectifs, du temps de travail et des compétences ; redéfinir les responsabilités de chacun ; revoir les méthodes d'évaluation des performances individuelles ou collectives et les modalités de reconnaissance du travail.

Les programmes de prévention secondaire ont pour but d'aider les individus à gérer plus efficacement les exigences et contraintes du travail en améliorant leurs stratégies d'adaptation aux sources de stress ou en renforçant leur résistance au stress en soulageant les symptômes associés aux RPS. Ces actions peuvent prendre plusieurs aspects :

- la formation des individus à développer des compétences spécifiques à mieux gérer divers types de situations RPS (gestion du temps, des conflits, de l'agressivité, développement de l'intelligence émotionnelle, restructuration cognitive etc.) ou à développer des capacités psychologiques (contrôle des émotions, attitudes mentales efficaces) ;
- la possibilité de pratiques de relaxation, d'exercices physiques ou de la sieste au sein de l'entreprise;
- l'amélioration de l'hygiène de vie afin d'accroître la résistance de l'organisme au stress (activités sportives, éducation nutritionnelle, programme d'aide au sevrage tabagique ou alcoolique, etc.);
- l'instauration d'espaces de dialogue au sein de l'entreprise et la mise en place de procédures de médiation pour intervenir précocement lors de situations difficiles;
- l'aide apportée aux salariés pour faire face à diverses contraintes de la vie personnelle (crèches, conciergerie, etc.).

Les interventions au niveau tertiaire ont pour objet le traitement, la réhabilitation, le processus de retour au travail et le suivi des individus qui souffrent ou ont souffert de problèmes RPS ou de santé mentale au travail (assistance psychologique, numéro d'appel d'aide et de soutien aux salariés, consultations spécialisées, etc.).

Cette hiérarchisation des actions de prévention et de lutte contre les RPS (primaires, secondaires et tertiaires) doit être la règle en terme de recommandations générales, même s'il appartient aux entreprises de définir, à chacun de ces trois niveaux, les types d'actions susceptibles d'être réalisées et les plus pertinentes au vu de leur problématique spécifique. Toutes ces actions doivent s'inscrire dans une perspective de mise en place de « bonnes pratiques » de lutte contre les risques psychosociaux.

V.4.2. Plan d'action de prévention des RPS au CHU de Rouen

Protéger la santé mentale et physique des personnes est un impératif pour l'employeur conformément à l'article susmentionné et à l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique qui s'inscrit dans le prolongement de l'axe 2, action 7 de l'accord de 20 novembre 2009 et de l'accord national interprofessionnel sur le stress au travail du 2 juillet 2008 et qui constitue la première étape d'une réflexion plus large et plus approfondie portant sur l'amélioration des conditions de travail et la qualité de vie au travail (démarche inscrite dans le projet stratégique du CHU de Rouen), ainsi que la prévention de l'ensemble des risques professionnels.

Le plan d'évaluation et de prévention des RPS du CHU-Hôpitaux de Rouen contenait 25 fiches d'action et le projet s'est organisé autour de 2 instances de gestion (Commission de prévention des RPS et Comité opérationnel des RPS) et 2 instances suivi (Comité de suivi régional CHU-ARS et Comité de suivi national – DGOS).

En reprenant les *trois approches*, l'« esprit » du plan était de les faire évoluer simultanément.

L'approche culturelle prévoyait la mise en place des actions de sensibilisation, de formation, d'information et de communication :

- Sensibilisation des directeurs, managers d'établissements aux RPS en partenariat avec ARS/CHU/ANFH ;
- Formation pour les cadres de pôle et les futurs chefs de service, étendue ultérieurement à l'ensemble du personnel ;
- Conférence sur la qualité de vie au travail avec participation de l'ANACT, HAS et d'autres CHU (CHU de Tours – octobre 2014) ;
- Documentation sur le site intranet du CHU – communication interne et externe ;
- Actions de communication interne et externe.

Suite à ces actions, 17 entretiens avec les cadres, les chefs de pôle et les directeurs ont essayé de préciser les demandes et les besoins en recueillant les premiers éléments diagnostics. Cinq groupes professionnels ont été ainsi créés :

- groupes des directeurs

- groupes des professions médicales
- groupes des cadres
- groupes des responsables du personnel
- groupes des préventeurs

Il y a eu un travail autonome de chaque groupe et un travail intergroupe animé par un organisme extérieur – cabinet ANVEOL.

Les objectifs de la démarche d'animation de ces groupes professionnels étaient de catalyser le développement d'une culture de travail partagée visant à se protéger et à protéger l'ensemble des personnels contre les risques psychosociaux à la recherche du niveau optimum de bien-être au travail :

- recueillir le maximum *d'expériences de travail positives ou négatives* illustrant la question des RPS au cours du travail quotidien ;
- travailler sur les *éléments de compréhension homogène et partageables* sur les RPS et la souffrance psychique au travail ;
- amener chaque groupe professionnel à mieux *connaître et reconnaître les responsabilités, les enjeux et les contraintes des autres groupes*, à mieux considérer *l'interdépendance des rôles et des responsabilités* et à mieux prendre conscience de la nécessité d'optimiser les *coopérations interprofessionnelles* ;
- *élaborer des propositions de mesures de prévention dans les trois dimensions* (primaire, secondaire et tertiaire) à partir de leurs propres réflexions et des résultats des autres travaux du plan.

Quatre actions ont été priorisées pour les groupes professionnels des cadres, des préventeurs et des professions médicales :

- travailler sur la motivation au travail et favoriser la reconnaissance au travail du personnel,
- proposer une formation de « veilleurs » ou de veille RPS au personnel du CHU de Rouen,
- dépister tout ce qui est contre-efficace,
- remettre à plat le processus de réintégration des agents après arrêt et ayant des restrictions médicales.

Suite aux éléments de diagnostic partagés par ces groupes, des pistes de prévention ont été élaborées :

- concernant l'intensification du travail : mise en visibilité et prise en compte du travail réel avec adaptation des moyens humains ;
- anticipation et accompagnement des changements (des organisations, des techniques, des patients, des personnels) ;
- optimisation des organisations : protocoles, contrôle de l'activité, autonomie ;
- développement large du management « participatif » ;
- harmonisation des temps de travail (médecins-équipes/chirurgiens-anesthésistes) avec meilleure gestion des lieux de travail (ex : blocs opératoires) ;
- formation à la prévention et gestion des conflits et création d'une fonction de médiation pour gérer les situations de conflits des personnels, médicaux ou non médicaux ;
- travailler sur la reconnaissance ;
- établir une charte des mails pour lutter contre les processus relationnels « psychologiquement agressifs ».

Ce qui a été réalisé à présent :

- création et diffusion d'un guide à la décision face aux RPS à l'usage des managers ;
- élaboration et création d'une charte d'utilisation et de bon usage de la messagerie électronique ;
- accompagnent des internes pendant leur stage avec implication des enseignants et des seniors : accueil et présentation des objectifs, évaluation au cours du stage, association à l'écriture d'articles, repos de sécurité obligatoire, relations interprofessionnelles, accompagnement dans les situations difficiles ;
- offres de formations concernant le développement des connaissances et de la compétence managériale : « conduite de projet », « conduite de réunion », « accompagner le changement », « mieux se connaître, gérer son temps et ses priorités », « management bienveillant », « écouter pour mieux être entendu », « qualité de vie au travail et place de chacun dans le cadre des RPS », « gestion du stress au travail », sophrologie : « une méthode anti-stress ».

L'approche opérationnelle était axée sur le développement de dispositifs d'action à partir des indicateurs suivants:

- taux d'absentéisme,
- le turn-over,

- les RPS dans les consultations des médecins du travail - qui a fait le travail d'un mémoire pour l'élaboration d'un indicateur de suivi,
- le réseau RAIVHAT (médecin du travail, psychologue du personnel, assistante sociale du personnel)
- suivi d'activité de psychologue de service de MTPH
- taux d'actes de violences physiques envers le personnel
- recensement des déclarations d'évènements indésirables associées aux soins en lien avec les RPS (facteur ou conséquence de RPS)
- résultats enquête EVREST.

Après l'analyse de ces indicateurs, une cellule de Veille, Alerte et Intervention (VAI) a été créée dans un but de repérage précoce des situations professionnelles individuelles et collectives perçues ou ressenties comme menaçantes pour la santé des personnels de CHU de Rouen. Une charte définit les principes éthiques du fonctionnement de la cellule ainsi que les devoirs éthiques des membres entre eux et vis-à-vis des personnels. Cette cellule est composée de médecins et infirmiers du travail, psychologues et assistantes sociales du personnel, médiateurs, directeur de la sûreté/médiation, représentants du personnel au CHSCT central. Elle est placée sous l'autorité du Président de la Commission de Prévention des RPS. Tout agent peut veiller et alerter. La cellule intervient donc sur saisine de la part de tout agent, après appréciation de cette demande par au moins deux de ses membres ou de la part d'un ou plusieurs de ses membres sur la base d'indicateurs RPS. Les situations professionnelles sont analysées et des actions correctives ou préventives avec un accompagnement aussi bien au niveau individuel que collectif sont proposées. Un suivi des actions proposées est assuré ainsi que la restitution aux acteurs et aux personnes concernées.

L'approche évaluative comprenait une évaluation interne (par COMOP, CHSCT central, commission RPS) et une évaluation externe (par l'ARS et la DGOS) à travers les 25 actions et 50 sous actions.

VI. CONCLUSION

Au cours des quarante dernières années, le travail a changé, dans ses contenus comme dans ses conditions d'exercice, venant progressivement modifier les perceptions qui s'y attachaient.

Les risques psychosociaux dans le cadre du travail font aujourd'hui partie des préoccupations des salariés comme des employeurs. Le secteur hospitalier, de par la spécificité de l'activité et des transformations actuelles est exposé à ce type de risques.

Puisque, comme a tenté de le montrer cette étude, les « risques psycho-sociaux » sont un symptôme des recompositions contemporaines qui affectent les organisations et singulièrement les services publics, leur prise en compte suppose de ne pas s'en tenir à leurs manifestations et leurs conséquences individuelles, mais d'engager une action collective pour « penser » le travail et les conditions de son « management ».

L'analyse des expositions aux RPS dans la fonction publique hospitalière met en évidence des différences entre sous-populations, en particulier entre familles de métiers. L'intensité du travail, la prise en compte des contraintes posturales, peuvent avoir des conséquences significatives sur la santé des agents, physique et mentale, d'autant plus lorsque les expositions sont cumulées.

Les résultats de notre étude indiquent une prévalence élevée de troubles neuropsychiques et musculo-squelettiques chez les personnels hospitaliers. Une forte pression temporelle et le fait de ne pas avoir de possibilités suffisantes d'entraide étaient significativement associés aux troubles neuropsychiques. Pour les TMS, les contraintes physiques et la non reconnaissance du travail effectué étaient significativement associés à la survenue de ces pathologies. Selon les différentes classes professionnelles, les personnels soignants étaient les plus affectés par les contraintes temporelles, de même que le personnel médical qui était le plus exposé à un manque de reconnaissance et d'autonomie.

Un niveau élevé des RPS et des TMS au CHU de Rouen mis en évidence par cette étude constitue un élément susceptible de dynamiser l'action préventive dans le milieu hospitalier.

Préserver la santé des salariés en travaillant sur leurs conditions de travail est certainement le moyen le plus efficace de les garder plus longtemps au travail en bonne santé.

Le défi que représente la prévention des problèmes de santé mentale dans le milieu hospitalier est majeur. Plusieurs expériences ont conclu que la prévention du stress représente un moyen par lequel une organisation peut non seulement réduire ou limiter les coûts pour ses salariés malades, mais peut aussi maintenir positivement et améliorer la santé de l'organisation et sa productivité.

Tous ces facteurs d'ordre psychosocial montrent que le travail doit demeurer humain et selon une éthique de production qui respecte l'intégrité psychologique des personnes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abbey M, Chaboyer W, Mitchell M. Understanding the work of intensive care nurses: a time and motion study. *Aust Crit Care*. 2012;25(1):13-22.
2. Abdulla L, Al-Qahtani DM, Al-Kuwari MG. Prevalence and determinants of burnout syndrome among primary healthcare physicians in Qatar. *S Afr Fam Pract*. 2011;53:380-3.
3. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Int J Qual Health Care*. 2002;14(1):5-13.
4. Al-Dubai SAR, Rampal KG. Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen. *J Occup Health*. 2010;52:58-65.
5. Albédo Conseil. Audit absentéisme CHU de Rouen. 2011.
6. Albert E, Bellinghausen L, Collange J, Soula MC. Mesure du stress professionnel. *Arch Mal Prof Env*. 2010;71:130-40.
7. Alexander JA, Bloom JR, Nuchols BA. Nursing turnover and hospital efficiency: An organization-level analysis. *Indus Relations*. 1994;33(4):505-20.
8. Allesoe K, Hundrup YA, Thomsen JF, Osler M. Psychosocial work environment and risk of ischaemic heart disease in women: The Danish nurse cohort study. *Occup Environ Med*. 2010;67(5):318-22.
9. Arnaudo B, Léonard M, Sandret N, Cavet M, Coutrot T, Rivalin R. L'évaluation des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête Sumer. *Dares Analyses*, n° 023. 2012.
10. Arnaudo B, Léonard M, Sandret N, Cavet M, Coutrot T, Rivalin R, Thiérous L. Les risques professionnels en 2010: de fortes différences d'expositions selon les secteurs. *Dares Analyses*, n° 010. 2013.

11. Arnetz JE, Hamblin L, Essenmacher L, Upfal MJ, Ager J, Luborsky M. Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative analysis of documented incident reports. *J Adv Nurs*. 2015;71(2):338-48.
12. Askenazy P, Caroli E, Marcus V. New organizational practices and working conditions : Evidence from France in the 1990's. *Louvain Economic Review*. 2002;68(1-2):91-110.
13. Assurance Maladie – Risques Professionnels. Rapport de gestion 2014. 2015:158p.
14. Aust B, Rugulies R, Skakon J, Scherzer T, Jensen C. Psychosocial work environment of hospital workers : validation of a comprehensive assessment scale. *Int J Nurs Stud*, 2007;44(5):814-25.
15. Backé EM, Seidler A, Latza U, Rossnagel K, Schumann B. The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*. 2012;85(1):67-79.
16. Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W, Van Dierendonck D. Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: a five-year longitudinal study among general practitioners. *J Organ Behav*. 2000;21(4):425-41.
17. Bannai A, Tamakoski A. The association between long working hours and health: a systematic review of epidemiological evidence. *Scand J Work Environ Health*. 2014;40(1):5-18.
18. Barton J. Choosing to work at night: a moderating influence on individual tolerance to shift work. *J Appl Psychol*. 1994;79(3):449-54.
19. Bauer J, Groneberg DA. Distress among physicians in hospitals-an investigation in Baden-Württemberg, Germany. *Dtsch Med Wochenschr*. 2013;138(47):2401-6. (Article in German).
20. Baumeister RF, Bratslavsky E, Finkenauer C, Vohs, KD. Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*. 2001;5(4):323-70.

21. Bellagamba G, Gionta G, Senergue J, Bèque C, Lehucher-Michel MP. Organizational factors impacting job strain and mental quality of life in emergency and critical care units. *Int J Occup Med Environ Health*. 2015;28(2):357-67.
22. Boggild H, Knutsson A. Shift work, risk factors and cardiovascular disease. *Scand J Work Environ Health*. 1999;25(2):85-99.
23. Bohle P, Tilley AJ. The impact of night work on psychological well-being. *Ergonomics*. 1989;32(9):1089-99.
24. Boisard P, Cartron D, Gollac M, Valeyre A. Temps et travail: l'intensité du travail. Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes. 2002.
25. Bouffartigue P, Bouteiller J. Les RPS au regard du genre. Editions Lest-Aix Marseille Université. 2014.
26. Bourbonnais R, Larocque B, Brisson C, Vézina M. Contraintes psychosociales du travail. *Portrait social du Québec*. 2001;11:267-77.
27. Brisson C, Blanchette C, Guimont C, Dion G, Moisan J, Vezina M. Reliability and validity of the French version of the 18-item Karasek Job Content Questionnaire. *Work Stress*. 1998;12(4):322-36.
28. Brown H, Zijlstra F, Lyons E. The psychological effects of organizational restructuring on nurses. *J Adv Nurs*. 2006;53(3):344-57.
29. Brun JP, Biron C, Martel J, Ivers H. Evaluation de la santé mentale au travail: une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines. *Etudes et recherches/Rapport R-342*, Montréal. IRSST. 2003:89.
30. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Buddeberg C. Stress at work and well-being in junior residents. *Z Psychosom Med Psychother*. 2005;51(2):163-78. Article in German.

31. Bué J, Coutrot T, Guignon N, Sandret N. Les facteurs de risques psychosociaux au travail. *Rev Fr Affaires Soc.* 2008;2(2-3):45-70.
32. Bué J, Rougerie C. L'organisation du travail: entre contraintes et initiatives (résultats de l'enquête sur les conditions de travail de 1998). *Premières synthèses.* Dares. 1999;(32-1).
33. Burchell B, Cartron D, Csizmadia P, Delcampe S, Gollac M, Illéssy M, Lorenz E, Mako C, O'Brien C, Valeyre A. Working conditions in the European Union: working time and work intensity. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg. 2009:69.
34. Burchfield SR. The stress response : a new perspective. *Psychosom Med.* 1979;41(8):661-72.
35. Burke RJ, Greenglass ER. Hospital restructuring and nursing staff well-being: the role of perceived hospital and union support. *Anxiety, Stress and Coping Int J.* 2001;14:93-115.
36. Burke RJ, Ng EWS, Wolpin J. Hospital restructuring and downsizing: effects on nursing staff well-being and perceived hospital functioning. *Eur J Psychol.* 2011;7(1):81-98.
37. Camerino D, Estryng-Behar M, Conway PM, van Der Heijden BI, Hasselhorn HM. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort study. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(1):35-50.
38. Cartron D, Gollac M. Fast-work et mal travail. *Colloque Organisation, Intensité au travail, Qualité du travail.* 2002.
39. Carugno M, Pesatori AC, Ferrario MM, Ferrari AL, Silva FJ, Martins AC, Felli VE, Coggon D, Bonzini M. Physical and psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders in Brazilian and Italian nurses. *Cad Saude Publica.* 2012;28(9):1632-42.
40. Castra M. Faire face à la mort: réguler la bonne distance soignants-malades en unité de soins palliatifs. *Trav Emploi.* 2004;97:53-64.

41. Clot Y. Travail et pouvoir d'agir. Paris, PUF. 2008. 296p.
42. Clot Y. Le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux. La découverte, Paris. 2010. 190p.
43. Cohen JS, Leung Y, Fahey M, Hoyt L, Sinha R, Cailler L, Ramchandrar K, Martin J, Patten S. The happy docs study: a Canadian Association of Internes and Residents well-being survey examining resident physician health and satisfaction within and outside of residency training in Canada. BMC Res Notes. 2008;1:105.
44. Cohidon C, Arnaud B, Murcia M. et le comité de pilotage de Samotrace Centre. Mal-être et environnement psychosocial au travail : premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France, janvier 2006-mars 2008. BEH. 2009;(25-26):265-9.
45. Cohidon C, Murcia M. Mal-être et travail, premiers enseignements du programme de surveillance Samotrace. Comité de pilotage Samotrace Centre. Santé mentale et Travail. InVS. 2009.
46. Commission européenne. Manuel orientation sur le stress lié au travail-Piment de la vie...ou coup fatal? Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes. 2000. 167p.
47. Contandriopoulos AP. La santé entre les sciences de la vie et les sciences sociales. Rupture. 1999;6(2):174-91.
48. Coutrot T. Innovations dans le travail: la pression de la concurrence internationale, l'atout des qualifications. Premières Synthèses. Dares. 2000;(09.2).
49. Coutrot T, Davie E. Les conditions de travail des salariés dans le secteur privé et la fonction publique. Dares Analyses. 2014;(102).
50. Coutrot T, Mermilliod C. Les risques psychosociaux au travail: les indicateurs disponibles. Dares Analyses. 2010;(081).

51. Cummings G, Estabrooks CA. The effects of hospital restructuring that included layoffs on individual nurses who remained employed: A systematic review of impact. *Int J Sociol Soc Policy*. 2003;23(8/9):8-53.
52. Davezies Ph. Evolution des organisations du travail et atteintes à la santé. *Travailler*. 1999;3:7-22.
53. Davie E. Les risques psychosociaux dans la fonction publique. Rapport annuel sur l'état de la fonction publique. La Documentation française. 2014.
54. Diène E, Fouquet A, Esquirol Y. Cardiovascular diseases and psychosocial factors at work. *Arch Cardiovasc Dis*. 2012;105(1):33-9.
55. Ding Y, Qu J, Yu X, Wang S. The Mediating Effects of Burnout on the Relationship between Anxiety Symptoms and Occupational Stress among Community Healthcare Workers in China: A Cross-Sectional Study. *PLoS One*. 2014;9(9).
56. Duffield C, Kearin M, Johnston J, Leonard J. The impact of hospital structure and restructuring on the nursing workforce. *Aust J Adv Nurs*. 2007;24(4):42-6.
57. Dyrbye LN, Massie FS Jr, Eacker A, Harper W, Power D, Durning SJ, et al. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *JAMA*. 2010;304(11):1173-80.
58. Enns V, Currie S, Wang J. Professional autonomy and work setting as contributing factors to depression and absenteeism in Canadian nurses. *Nurs Outlook*. 2015;63(3):269-77.
59. Esquirol Y, Bongard V, Mabile L, Jonnier B, Soulat JM, Perret B. Shift work and metabolic syndrome: respective impacts of job strain, physical activity, and dietary rhythms. *Chronobiol Int*. 2009;26(3):544-59.
60. Estry-Béhar M. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Rennes, EHESP. 2008. 383p.

61. d'Ettoire G, Greco M. Healthcare Work and Organizational Interventions to Prevent Work-related Stress in Brindisi, Italy. *Saf Health Work*. 2015;6(1):35-38.
62. Eurogip. Déclaration des maladies professionnelles : problématique et bonnes pratiques dans cinq pays européens: l'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, la France, l'Italie. Rapport d'enquête. 2015. www.eurogip.fr/produits-information/publications-d-eurogip/3906-declaration-des-mp-problematique-et-bonnes-pratiques-dans-cinq-pays-europeens. Consulté le 02/02/2017.
63. Eurogip. Risques psychosociaux au travail: une problématique européenne. Rapport de l'agence européenne. 2010. Réf. Eurogip – 47/F.
64. EU-OSHA. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 2007. <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/factsheets/74>. Consulté le 20/11/2016.
65. EU-OSHA. Prevention of psychosocial risks and stress at work in practice : European week for safety and health at work. Bilbao Spain. 2002. 79p. Disponible sur : <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/104>. Consulté le 21/10/2016.
66. EU-OSHA. The second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2). Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2015. Disponible sur: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/second-european-survey-enterprises-new-and-emerging-risks-esener/view>. Consulté le 10/10/2016.
67. EU-OSHA. Workplace Violence and Harassment: A European Picture. Luxembourg City, Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2010.
68. Falzon P. Mas L. Les objectifs de l'ergonomie et les objectifs des ergonomes. In Zouinar M, Valléry G et M.-C. Le Port (sous la coord. de) Ergonomie des produits et des services, XXXXIIème congrès de la SELF. Toulouse : Octarès. 2007.

69. Fiabane E, Giorgi I, Sguazzin C, Argentero P. 2013. Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors. *J Clin Nurs*. 2013;22(17-18):2614-24.
70. Fileni A, Magnavita N, Mammi F, Mandoliti G, Luca F, Magnavita G, Bergamaschi A. Malpractice stress syndrome in radiologists and radiotherapists: Perceived causes and consequences. *Radiol Med*. 2007;112(7):1069-84.
71. Flo E, Pallesen S, Akerstedt T, Mageroy N, Moen BE, Gronli J, Nordhus IH, Bjorvatn B. Shift-related sleep problems vary according to work schedule. *Occ Environ Med*. 2013;70(4):238-45.
72. Franzen PL, Buysse DJ. Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues Clin. Neurosci*. 2008;10(4):473-81.
73. Freimann T, Merisalu E. Work-related psychosocial risk factors and mental health problems amongst nurses at a university hospital in Estonia: a cross-sectional study. *Scand J Public Health*. 2015;43(5):447-52.
74. Gao YQ, Pan BC, Sun W, Wu H, Wang JN, Wang L. Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors. *J Adv Nurs*. 2012;68(5):1166-75.
75. de Gaudemaris R, Levant A, Ehlinger V, Hérin F, Lepage B, Soulat JM, Sobaszek A, Kelly-Irving M, Lang T. Blood pressure and working conditions in hospital nurses and nursing assistants. The ORSOSA study. *Arch Cardiovasc Dis*. 2011;104(2):97-103.
76. Godin I, Kittel F, Coppieters Y, Siegrist J. A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health*. 2005;5:67.
77. Gollac M, Bodier M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risques 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. Disponible sur <http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/index.cfm>. Consulté le 20/06/2016.

78. Gollac M, Greenan N, Hamon-Cholet S. L'informatisation de l'ancienne économie: nouvelles machines, nouvelles organisations et nouveaux travailleurs. *Economie et statistique*. 2000;339-40:171-201.
79. Gollac M, Volkoff S. La perception subjective du travail: rôle des identités de genre et des conditions d'emploi (quelques éléments d'analyse statistique). Document de travail. 2006;(69).
80. Gollac M, Volkoff S. Les conditions de travail. Paris, La découverte. 2000.
81. Gollac M, Volkoff S. Citius, altius, fortius. L'intensification du travail. *Actes Recherche Sci Soc*.1996;114(1):54-67.
82. Gonon O. Des régulations en lien avec l'âge, la santé et les caractéristiques du travail: le cas des infirmières d'un centre hospitalier français. *Perspect Interdisciplin Trav Santé*. 2003;5(1).
83. Green F, McIntosh S. The intensification of work in Europe. *Labour Economics*. 2001;8(2):291-308.
84. Greenglass ER, Burke RJ. The relationship between hospital restructuring, anger, hostility and psychosomatics in nurses. *J Community Appl Soc Psychol*. 2000;10:155-61.
85. Guignon N, Niedhammer I, Sandret N. Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003. Paris, DARES, Premières Synthèses. 2008;22.
86. Guillet L. Stress, modèles et application. Section: 16 psychologie sociale et de la santé. 2011.
87. HAS. Actes du séminaire « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé ». La plaine Saint Denis. 2010. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/actes_seminaire_qvt_has_20101021.pdf. Consulté le 20/10/2016.

88. Hauke A, Flintrop J, Brun E, Rugulies R. The impact of work-related psychosocial stressors on the onset of musculoskeletal disorders in specific body regions: a review and meta-analysis of 54 longitudinal studies. *Work and Stress*. 2011;25(3):243-56.
89. Herin F, Paris C, Levant A, Vignaud MC, Sobaszek A, Soulat JM. Links between nurses' organisational work environment and upper limb musculoskeletal symptoms: Independently of effort-reward imbalance! The ORSOSA study. 2011;152(9):2006-15.
90. Hinno S, Partanen P, Vehviläinen-Julkunen K, Aaviksoo A. Nurses' perceptions of the organizational attributes of their practice environment in acute care hospitals. *J Nurs Manag*. 2009;17(8):965-74.
91. Hochschild AR. *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press. 1985, 307p.
92. Hoe VC, Kelsall HL, Urquhart DM, Sim MR. Risk factors for musculoskeletal symptoms of the neck and shoulder alone or neck and shoulder among hospital nurses. *Occup Environ Med*. 2012;69(3):198-204.
93. Hoogendoorn WE, van Poppel MN, Bongers PM, Koes BW, Bouter LM. Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine*. 2000;25(16):2114-25.
94. Idmachiche S. Premières éléments de comparaison entre la fonction publique et le secteur privé sur la population des salariés de 20 à 49 ans: caractéristiques et interactions entre vie familiale et vie professionnelle, Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, 2008-2009, La Documentation française. 2009.
95. INRS. Soignants : des pistes contre les risques. *Réalité prévention* 2010;(24).
96. International Labour Organization (ILO). *Stress at work. Programme on Safety and Health at Work and the Environment (Safe Work)*. Genève, 2002.

97. Jaeger C. L'impossible évaluation du travail des téléopérateurs. Le cas de deux centres d'appel. *Réseaux*. 2002;114(4):51-90.
98. Jagdish KD. Job stressors and their effects on physical health, emotional health and job satisfaction in a University. *J Edu Admin*. 1994;32(1):59-78.
99. Jaworek M, Marek T, Karwowski W, Andrzejczak C, Genaidy AM. Burnout syndrome as a mediator for the effect of work related factors on musculoskeletal complaints among hospital nurses. *Int J Ind Ergonomics*. 2010;40(3):368-75.
100. Jenkins R, Rose J, Lovell C. Physiological well-being of staff working with people who have challenging behaviour. *J Intellect Disabil. Res*. 1997;41(6):502-11.
101. Jeudi-Ballini M. Et il paraît qu'ils ne sont pas tous sourds ? Le travail comme exploit et résistance au quotidien. *Terrain*. 2002;39:17-32.
102. Johnson JV, Hall EM, Theorell T. Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scand J Work Environ Health*. 1989;15(4):271-9.
103. Johnson SL. International perspectives on workplace bullying among nurses: a review. *Int Nurs Rev*. 2009;56(1):34-40.
104. Jolivet A, Caroly S, Ehlinger V, Kelly-Irving M, Delpierre C, Balducci F, Sobaszek A, de Gaudemaris R, Lang T. Linking hospital workers' organisational work environment to depressive symptoms : A mediating effect of effort-reward imbalance ? The ORSOSA study. *Soc Sci Med*. 2010;71(3):534-40.
105. Jounin N. La sécurité au travail accaparée par les directions : Quand les ouvriers du bâtiment affrontent clandestinement le danger. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 2006;165:72-91.
106. Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Adm Sci Q*. 1979;24:285-308.

107. Karasek R. Lower health risk with increased job control among white collar workers. *J Organ Behav* 1990;11(3):171-85.
108. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol.* 1998;3(4):322-55.
109. Karasek RA, Theorell T. *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life.* Basic Books. New York 381p. 1990.
110. Kennedy MP. Violence in emergency departments: under-reported, unconstrained, and unconscionable. *Med J Aust.* 2005;183(7):362-5.
111. Kerrien M, Pougnet R, Garlantézec R, Pougnet L, Le Galudec M, Loddé B, Dewitte JD. Prevalence of anxiety disorders and depression among junior doctors and their links with their work. *Presse Med.* 2015;44(4 Pt 1):e84-91 (Article in French).
112. De Kervasdoué J. *La crise des professions de santé.* Paris, Dunod. 2003. 329p.
113. Ketelaar SM, Nieuwenhuijsen K, Bolier L, Smeets O, Sluiter JK. Improving work functioning and mental health of health care employees using an e-mental health approach to workers' health surveillance: pretest-posttest study. *Saf Health Work.* 2014;5(4):216-21.
114. Kivimäki M, Leino-Arjas P, Luukkonen R, Riihimäki H, Vahtera J, Kirjonen J. Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ.* 2002;325(7377):1386.
115. Knutsson A, Bøggild H. Gastrointestinal disorders among shift workers. *Scand J Work Environ Health.* 2010;36(2):85-95.
116. Kolstad HA. Nightshift work and risk of breast cancer and other cancers-a critical review of the epidemiologic evidence. *Scand J Work Environ Health.* 2008;34(1):5-22.

117. Kompier M, Cooper C. Preventing stress, improving productivity: european case studies in the workplace. London: Routledge. 1999, 336p.
118. Korompeli A, Chara T, Chrysoula L, Sourtzi P. Sleep disturbance in nursing personnel working shifts. *Nursing forum*. 2013;48(1):45-53.
119. Kristensen T. The demand-control-support model: methodological challenges for future research. *Stress Medicine*. 1995;11(1):17-26.
120. Kushnir T, Cohen AH, Kitai E. Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. *Med Educ*. 2000;34(6):430-6.
121. Le Lan R, Baubeau D. Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé. *DREES. Etudes Résultat*. 2004;(335).
122. Lancman S, Mângia EF, Muramoto MT. Impact of conflict and violence on workers in a hospital emergency room. *Work*. 2013;45(4):519-27.
123. Larocque B, Brisson C, Blanchette C. Internal consistency, factorial validity and discriminant validity of the French version of the psychological demands and decision latitude scales of the Karasek "Job Content Questionnaire". *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1998;46(5):371-81. (Article in French).
124. Lau JB, Magarey J. Review of research methods used to investigate violence in the emergency department. *Accid Emerg Nurs*. 2006;14(2):111-6.
125. Lavoie-Tremblay M, Wright D, Desforges N, Gélinas C, Marchionni C, Drevniok U. Creating a healthy workplace for new-generation nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2008;40(3):290-7.
126. Lazarus RS. *Stress and emotion: A new synthesis*. New York, Springer. 1999. 340p.
127. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York, Springer. 1984. 456p.

128. Lee FJ, Stewart M, Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians? *Can Fam Physician*. 2008;54(2):234-5.
129. Légeron P. *Le stress au travail*. Paris, Odile Jacob. 2003.
130. Loquet J, Ricroch L. Les conditions de travail dans les établissements de santé. *Le panorama des établissements de santé*. Paris, DRESS. 2014:9-30.
131. Lu H, While AE, Barriball KL. Job satisfaction among nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2005;42(2):211-27.
132. Magnavita N, Elovainio M, Hepoinemi T, Magnavita AM, Bergamaschi A. Are skin disorders related to work strain in hospital workers? A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2011;11:600.
133. Mallidou AA, Cummings GG, Schalm C, Estabrooks CA. Health care aides use of time in a residential long-term care unit: a time and motion study. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(9):1229-39.
134. Maranda MF, Gilbert MA, Saint-Arnaud L, Vézina M. *La détresse des médecins : un appel au changement*. Les presses de l'Université de Laval. 2006. 152p.
135. Marcinkowski JT, Edbom-Kolarz A, Bajek A, Wojtyla A, Leppert J, Zagodzón P, Kolarzyk E, Bryl W, Hoffmann K. Comparative studies on promotion health and life style of hospital staff in Sweden and Poland. *Ann Agric Environ Med*. 2012;19(4):732-7.
136. Marfarlane GJ, Pallewatte N, Paudyal P, Blyth FM, Coggon D, Crombez G, Linton S, Leino-Arjas P, Silman AJ, Smeets RJ, van der Windt D. Evaluation of work-related psychosocial factors and regional musculoskeletal pain: results from a EULAR Task Force. *Ann Rheum Dis*. 2009;68(6):885-91.
137. Martikainen P, Bartley M, Lahelma E. Psychosocial determinants of health in social epidemiology. *Int J Epidemiol*. 2002;31(3):1091-3.

138. Martini M, Converso D. Studing burnout in the healthcare: relationship with the patients and work-family relationship as demands and resources. *G Ital Med Lav Ergon*. 2012;34(1 Suppl A):A41-50.
139. McHugh MD, Kutney-Lee A, Cimiotti JP, Sloane DM, Aiken LH. Nurses widespread job dissatisfaction, burnout and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(2):202-10.
140. McGillis Hall L, Pedersen C, Fairley L. Losing the moment: understanding interruptions to nurses' work. *J Nurs Adm*. 2010;40(4):169-76.
141. McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *J Adv Nurs*. 2003;44(6):633-42.
142. Mealer M, Burnham EL, Goode CJ, Rothbaum B, Moss M. The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depress Anxiety*. 2009;26(12):1118-26.
143. Megdal SP, Kroenke CH, Laden F, Pukkala E, Schernhammer ES. Night work and breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer*. 2005;41(13):2023-32.
144. Molinier P. L'évitement du travail dans l'affaire des sœurs Papin, une question toujours d'actualité ? *Evol psychiatr*. 2012;77(1):81-95.
145. Netterstrom B, Kristensen TS, Sjol A. Psychological job demands increase the risk of ischemic heart disease: a 14-year cohort study of employed Danish men. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2006;13(3):414-20.
146. Niedhammer I, Chastang JF, Gendrey L, David S, Degioanni S. Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du Job Content Questionnaire de Karasek: résultats de l'enquête nationale SUMER. *Santé Publique*. 2006;18(3):413-27.

147. Niedhammer I, Chastang JF, Levy D, David S, Degioanni S. Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France: étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale SUMER. *Travailler*. 2007;17:47-70.
148. Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S. Psychosocial factors at work and subsequent depression symptoms in the Gazel cohort. *Scand J Work Environ Health*. 1998;24(3):197-205.
149. Ostry AS, Marion SA, Demers PA, Hershler R, Kelly S, Teschke K, Hertzman C. Measuring psychosocial job strain with the Job Content Questionnaire using experienced job evaluators. *Am J Ind Med*. 2001;39(4):397-401.
150. Park M, Cho SH, Hong HJ. Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47(1):87-95.
151. Patel V, Weiss HA, Chowdhary N, Naik S, Pednekar S, Chatterjee S, Bhat B, Araya R, King M, Simon G, Verdelli H, Kirkwood BR. Lay health worker led intervention for depressive and anxiety disorders in India: impact on clinical and disability outcomes over 12 months. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):459-66.
152. Peter C. Congés de longue maladie et de longue durée au CHU de Rouen: description de la population concernée en 2008 et du devenir des agents à deux ans. Thèse pour le doctorat en médecine du travail. Rouen. 2012.
153. Peter R, Siegrist J. Chronic work stress, sickness absence, and hypertension in middle managers: general or specific sociological explanations? *Soc Sci Med*. 1997;45(7):1111-20.
154. Pisaniello SL, Winefield HR, Delfabbro PH. The influence of emotional labour and emotional work on the occupational health and wellbeing of South Australian hospital nurses. *J Vocat Behav*. 2012;80(3):579-91.

155. Pisljar T, van der Lippe T, den Dulk L. Health among hospital employees in Europe: a cross-national study of the impact of work stress and work control. *Soc Sci Med.* 2011;72(6):899-906.
156. Poupard A, Barat C. Rapport annuel 2014. ONVS. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé. 2015. Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_national_onvs-2015-donnees_2014.pdf. Consulté le 10/02/2017.
157. Pucher PH, Aggarwal R, Batrick N, Jenkins M, Darzi A. Nontechnical skills performance and care processes in the management of the acute trauma patient. *Surgery* 2014;155(5):902-9.
158. Puech I. Femmes et immigrées : corvéables à merci. *Travail, genre et sociétés.* 2006;16(2):39-51.
159. Puerser G. Que du sale boulot : risques et accidents corporels chez les travailleurs journaliers aux Etats-Unis. *Actes de la recherche en sciences sociales.* 2006;165:52-71.
160. Reichert AR, Augurzky B, Tauchmann H. Self-perceived job insecurity and the demand for medical rehabilitation: does fear of unemployment reduce health care utilization? *Health Econ.* 2015;24(1):8-25.
161. Renzi C, Tabolli S, Ianni A, Di Pietro C, Puddu P. Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005;19(2):153-7.
162. Rhoades L, Eisenberger R. Perceived organizational support: a review of the literature. *J Appl Psychol.* 2002;87(4):698-714.
163. Rohmer O, Bonnefond A, Muzet A, Tassi P. Etude du rythme veille/sommeil, de l'activité motrice générale et du comportement alimentaire de travailleurs postés obèses: l'exemple des infirmières. *Le travail humain.* 2004;67(4):359-76.

164. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med*. 2014;9:23556.
165. Rutenfranz J, Colquhoun WP, Knauth P, Ghata JN. Biomedical and psychosocial aspects of shift work: a review. *Scand J Work Environ Health*. 1977;3(4):165-82.
166. Rutenfranz J, Haider M, Koller M. 1985. Occupational health measures for nightworkers and shiftworkers. In S. Folkard and T. H. Monk (Eds.), *Hours of work : Temporal factors in work scheduling* (pp. 199-210). New York : John Wiley&Sons.
167. Sahler B, Berthet M, Douillet P, Mary-Cheray I. *Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail*. Paris, ANACT. 2007.
168. Saijo Y, Chiba S, Yoshioka E, Kawanishi Y, Nakagi Y, Itoh T, Sugioka Y, Kitaoka-Higashiguchi K, Yoshida T. Effects of work burden, job strain and support on depressive symptoms and burnout among Japanese physicians. *Int J Occup Med Environ Health*. 2014;27(6):980-92.
169. Schnall P, Belkic K, Landsbergis P, Baker D. Why the workplace and cardiovascular disease? *Occup Med*. 2000;15(1):1-6.
170. Schreuder JA, Roelen CA, Koopmans PC, Moen BE, Groothoff JW. Effort-reward imbalance is associated with the frequency of sickness absence among female hospital nurses: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(5):569-76.
171. Selaihem A. Prevalence of burnout amongst physicians working in primary care in Riyadh military hospital, Saudi Arabia. *Health Care Manag Rev*. 2008;33:29-39.
172. Selye H. *The stress of life*. New York, McGraw-Hill. 1956. 324p.
173. Shanafelt TD. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *JAMA*. 2009;302(12):1338-40.

174. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, Russell T, Dyrbye L, Satele D, Collicott P, Novotny PJ, Sloan J, Freischlag JA. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg.* 2009;250(3):463-71.
175. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russel T, Dyrbye L, Satele D, Collicott P, Novotny PJ, Sloan J, Freischlag JA. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg.* 2010;251(6):995-1000.
176. Shanafelt TD, Boone B, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, West CP, Sloan J, Oreskovich MR. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med.* 2012;172(18):1377-85.
177. Sharma A, Sharp DM, Walker LG, Monson JR. Stress and burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the UK National Health Service. *Psychooncology.* 2008;17(6):570-6.
178. Shields M, Wilkins K. 2006. Findings from the 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses (Rep. No. Catalogue No.83-003-XPE). Ottawa: Statistics Canada.
179. Shrestha S, Joshi S. Lived Experiences of the Staff Nurses during First Six months of their Employment in a University Hospital, Kavre. *J Nepal Health Res Council.* 2014;12(28):182-6.
180. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med.* 2004;58(8):1483-99.
181. Silva Ddos S, Tavares NV, Alexandre AR, Freitas DA, Brêda MZ, Albuquerque MC, Melo VL. Depression and suicide risk among nursing professionals: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(6):1027-36. Article in Portuguese.
182. Smith DR, Wei N, Zhao L, Wang RS. Musculoskeletal complaints and psychosocial risk factors among Chinese hospital nurses. *Occup Med.* 2004;54(8):579-82.

183. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health - a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(6):443-62.
184. Stavroula L, Cox T. The European framework for psychosocial risk management (PRIMA-EF). Nottingham: I-WHO Publicatios. 2008. 184p.
185. Straif K, Baan R, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard V, Altieri A, Benbrahim-Tallaa L, Cogliano V. Carcinogenicity of shift-work, painting and fire-fighting. *Lancet Oncol*. 2007;8(12):1065-6.
186. Stress at work. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Centers for Disease Control and Prevention. National Institute for Occupational Safety and Health. Cincinnati. 1999.
187. Stress Impact Consortium. Impact of changing social structures on stress and quality of live : individual and social perspectives. Rapport non publié, réalisé par 6 pays européens sous l'égide de l'Université de Surrey. 2006.
188. Sundquist J, Johansson SE. High demand, low control, and impaired general health: working conditions in a sample of Swedish general practitioners. *Scand J Public Health* 2000;28(2):123-31.
189. Tripodi D, Roedlich C, Laheux MA, Longuenesse C, Roquelaure Y, Lombrail P, Geraut C. Stress perception among employees in a French University Hospital. *Occup Med (Lond)*. 2012;62(3):216-9.
190. Trybou J, Germonpre S, Janssens H, Casini A, Braeckman L, De Bacquer D, Clays E. Job-related stress and sickness absence among belgian nurses: a prospective study. *J Nurs Scholarsh*. 2014;46(4):292-301.
191. Truchot D. Epuisement professionnel et burnout. Paris, Dunod. 2004:78.
192. Tucker P, Bejerot E, Kecklund G, Aronsson G, Akerstedt T. The impact of work time control on physicians' sleep and well-being. *Applied Ergonomics*. 2015;47:109-16.

193. Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Theorell T. Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence : a seven year follow up of initially healthy employees. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60:55-66.
194. Valeyre A. Le travail industriel sous la pression du temps. *Travail et emploi*. 2001;(86):127-49.
195. Valeyre A. Les nouvelles formes d'intensification du travail industriel: logiques technologiques, organisationnelles et économiques. *Economies et Sociétés. Socio-Economie du travail*. 2004;(24):1993-2027.
196. Vanagas G, Bihari-Axelsson S. The factors associated to psychosocial stress among general practitioners in Lithuania. Cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2005;5:45.
197. Vander Elst T, De Cuyper N, Baillien E, Niesen W, De Witte H. Perceived Control and Psychological Contract Breach as Explanations of the Relationships Between Job Insecurity, Job Strain and Coping Reactions: Towards a Theoretical Integration. *Stress Health*. 2016;32(2):100-16.
198. Vézina M. La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail: nouveau défi pour la santé publique. *Santé publique*. 2008;20:121-8.
199. Virtanen M, Stansfeld SA, Fuhrer R, Ferrie JE, Kivimäki M. Overtime Work as a Predictor of Major Depressive Episode: A 5-Year Follow-up of Whitehall II Study. *Plos One*. 2012;7(1):e30719.
200. Vyas MV, Garg AX, Iansavichus AV, Costella J, Donner A, Laugsand LE, Janszky I, Mrkobrada M, Parraga G, Hackam DG. Shift work and vascular events: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;345:e4800.
201. Wadman C, Kjellberg A. 2007. The role of the affective stress response as mediator for the effect of psychosocial risk factors on musculoskeletal complaints. *International Journal of Industrial Ergonomics* vol.37, n°5, p.395-403.

202. Weil S. *La condition ouvrière*. 1951.

203. Weinberg A, Creed F. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet*. 2000;355(9203):533-7.

204. Winters R, Neville S. Registered nurse perspectives on delayed or missed nursing cares in a New Zealand Hospital. *Nurs Prax N Z*. 2012;28(1):19-28.

205. Yildirim D. Bullying among nurses and its effects. *Int Nurs Rev*. 2009;56(4):504-11.

ANNEXES

Annexe 1 :

Les nouvelles missions du service public hospitalier (L'article L6112-1 du Code de la Santé Publique (CSP)) :

- 1) La permanence de soins ;
- 2) La prise en charge des soins palliatifs ;
- 3) L'enseignement universitaire et postuniversitaire ;
- 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 ouvrent 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 faisant l'objet de soins psychiatriques en application du code de la santé publique ou du code de procédure pénale ;
- 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 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 : EVREST plan RPS 2014

Date du jour : __/__/__ Nom du Médecin: ROLLIN SST : Services autonomes SAISIE



EVREST Plan RPS 2014

Nom JF Prénom Sexe (M/F) | _ | Date naissance | _ | _ | / | _ | _ | / | _ | _ | _ | _ |
 Dép. naissance | _ | _ | Salarié (matricule) | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Fonction _____ PCS-ESE | _ | _ | _ | _ |
 Entreprise 01 NAF2008 : 86 10 Z Nb salariés 9048 Atelier (Site) 1=HCN, 2=BG, 3= St Julien, 4=Boucicaut, 5=Oisssel, 6= Blanchisserie
 Champ libre (Pôle) | _ | _ | _ | _ | _ | _ | cf codage

Conditions de travail

En remplissant ce questionnaire, je reconnais avoir pris connaissance et accepter les termes de la note d'information sur le dispositif Evrest.

1. Depuis 1 an, avez-vous changé de travail ? Oui₁ Non₀
 Si oui, était-ce pour raison médicale ? Oui₁ Non₀

2. Travaillez-vous à temps plein ? Oui₁ Non₀

3. Habituellement, travaillez-vous en journée normale ? Oui₁ Non₀
 Avez-vous régulièrement :
 - Des coupures de plus de 2 heures Oui₁ Non₀
 - Des horaires décalés (tôt le matin, tard le soir) Oui₁ Non₀
 - Des horaires irréguliers ou alternés Oui₁ Non₀
 - Du travail de nuit (entre 0h et 5h) Oui₁ Non₀

Faites-vous régulièrement des déplacements professionnels de plus de 24h ? Oui₁ Non₀

4. Contrainte de temps :

a) En raison de la charge de travail, vous arrive-t-il de : Jamais₀ Rarement₁ Assez souvent₂ Très souvent₃
 - Dépasser vos horaires normaux
 - Sauter ou écourter un repas, ne pas prendre de pause
 - Traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin

b) Pouvez-vous coter les difficultés liées à la pression temporelle (devoir se dépêcher, faire tout très vite, ...)
 Pas difficile | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Très difficile (Entourer un chiffre)

c) Devez-vous fréquemment abandonner une tâche que vous êtes en train de faire pour une autre non prévue ? Oui₁ Non₀
 Si oui, diriez-vous que cette interruption d'activité : - perturbe votre travail Oui₁ Non₀
 - est un aspect positif de votre travail Oui₁ Non₀

5. Appréciations sur le travail : diriez-vous que votre travail présente les caractéristiques suivantes ?
 Non pas du tout₀ Plutôt Non₁ Plutôt oui₂ Oui tout à fait₃
 - Il vous permet d'apprendre des choses
 - Il est varié
 - Vous pouvez choisir vous-même la façon de procéder
 - Vous avez des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération
 - Vous avez les moyens de faire un travail de bonne qualité
 - Vous avez le sentiment que dans l'ensemble, votre travail est reconnu par votre entourage professionnel
 - Vous devez faire des choses que vous désapprouvez
 - Vous travaillez avec la peur de perdre votre emploi

6. Charge physique du poste de travail : votre poste de travail présente-t-il les caractéristiques suivantes ?

	Non jamais ₀	Oui parfois ₁	Oui souvent ₂	Si oui, est-ce difficile ou pénible ?		
Postures contraignantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI→	Oui ₁ <input type="checkbox"/>	Non ₀ <input type="checkbox"/>
Effort, Port de charges lourdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI→	Oui ₁ <input type="checkbox"/>	Non ₀ <input type="checkbox"/>
Gestes répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI→	Oui ₁ <input type="checkbox"/>	Non ₀ <input type="checkbox"/>
Importants déplacements à pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI→	Oui ₁ <input type="checkbox"/>	Non ₀ <input type="checkbox"/>
Station debout prolongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI→	Oui ₁ <input type="checkbox"/>	Non ₀ <input type="checkbox"/>

Questionnaire réalisé dans le cadre du protocole Evrest

7. Etes-vous exposé à :

Oui ₁ Non ₀		Oui ₁ Non ₀		Oui ₁ Non ₀		Oui ₁ Non ₀	
Produits chimiques	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gêne sonore	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Chaleur intense	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Agent biologique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Poussières, fumées	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bruit > 80db	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Froid intense	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Contact avec le public (usagers, patients, clients, élèves....)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rx ionisants	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Contrainte visuelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Intempéries	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Vibrations	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Conduite routière prolongée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pression psychologique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Formation

- 1. Depuis 1 an, avez-vous eu une formation ?** Oui₁ Non₀
- Si oui, était-ce : en rapport avec votre travail actuel Oui₁ Non₀
- en rapport avec un futur poste Oui₁ Non₀
- une formation d'intérêt général Oui₁ Non₀
- 2. Depuis 1 an, avez-vous eu un rôle de formateur, de tuteur ?** Oui₁ Non₀

Mode de vie

- 1. Faites-vous de façon régulière (au moins 1 fois/semaine) une activité physique ou sportive :** Oui₁ Non₀
- 2. Consommation usuelle :**
- Tabac** (nbre de cig/jour) Non fumeur₀ Ancien fumeur₁ Moins de 5 cig₂ 5 à 15 cig₃ > 15 cig₄
- Café** (nbre de tasses/jour) Pas de café₀ 1 à 4 tasses₁ Plus de 4 tasses₂
- 3. Avez-vous des trajets domicile/travail longs ou pénibles ?** Oui₁ Non₀

État de santé actuel = les 7 derniers jours (à remplir par le médecin ou l'infirmier(e))

Questionnaire renseigné par : le médecin,₁ l'infirmier(e)₂

Dernier entretien systématique (ou d'embauche) il y a : | _ | année(s) (0 si jamais d'entretien ou entretien <1 an)

Poids : ___ kg Taille : ___ cm

		Plaintes ou signes cliniques au cours des 7 derniers j	Est-ce une gêne dans le travail ?	Traitement ou autre soin	(Colonne libre, facultatif)
Cardio respiratoire					
RAS <input type="checkbox"/>	- appareil respiratoire	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- appareil cardio-vasculaire	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- HTA	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
Neuro-psychique					
RAS <input type="checkbox"/>	- fatigue, lassitude	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- anxiété, nervosité, irritabilité	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- troubles du sommeil	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	Digestif	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
Ostéo-articulaire					
RAS <input type="checkbox"/>	- épaule	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- coude	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- poignet / main	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- membres inférieurs	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- vertèbres cervicales	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- vertèbres dorso-lombaires	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	Dermatologie	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	Troubles de l'audition	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	_ _

Questionnaire complémentaire au questionnaire Evrest
Plan RPS CHU de Rouen

(Q1) Avez-vous peur de faire des erreurs? Jamais ₁ <input type="checkbox"/> Rarement ₂ <input type="checkbox"/> Assez souvent ₃ <input type="checkbox"/> Très souvent ₄ <input type="checkbox"/>	_
(Q2) Arrivez-vous à concilier vie professionnelle et vie personnelle ? Non pas du tout ₁ <input type="checkbox"/> Plutôt non ₂ <input type="checkbox"/> Plutôt oui ₃ <input type="checkbox"/> Oui tout à fait ₄ <input type="checkbox"/>	_
(Q3) Pouvez-vous coter votre ambiance de travail ? Très mauvaise 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excellente (Entourer un chiffre)	_ _
(Q4) Etes vous exposé(e) à des violences physiques ou verbales? Jamais ₁ <input type="checkbox"/> Rarement ₂ <input type="checkbox"/> Assez souvent ₃ <input type="checkbox"/> Très souvent ₄ <input type="checkbox"/>	_
(Q5) Avez-vous le sentiment d'avoir été suffisamment informé des risques professionnels de votre travail ? Non pas du tout ₁ <input type="checkbox"/> Plutôt non ₂ <input type="checkbox"/> Plutôt oui ₃ <input type="checkbox"/> Oui tout à fait ₄ <input type="checkbox"/>	_
(Q6) Les changements institutionnels sont-ils suffisamment accompagnés (ré organisations de pôles, structures, directions ; déménagements...) ? Non pas du tout ₁ <input type="checkbox"/> Plutôt non ₂ <input type="checkbox"/> Plutôt oui ₃ <input type="checkbox"/> Oui tout à fait ₄ <input type="checkbox"/>	_
(Q7) Quel est le type de questionnaire? Ici toujours noter P (comme Plan RPS)	P
(Q8).....	_
(Q9) Une consultation avec le médecin est-elle nécessaire ? Oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	_

Conclusion de l'infirmière :

RÉSUMÉ

Evaluation du retentissement des risques psychosociaux sur l'état de santé du personnel hospitalier du CHU de Rouen

Objectif. L'objectif de cette thèse était, d'une part de décrire les risques psychosociaux et l'état de santé des différentes catégories du personnel hospitalier, et d'autre part d'étudier les liens entre les troubles neuropsychiques et les facteurs de risques psychosociaux.

Méthode et matériels. La population d'étude était un échantillon aléatoire des personnels d'un centre hospitalier universitaire français déterminé par leur mois de naissance : les 322 salariés nés en octobre d'une année paire. Le questionnaire EVREST v.2014 était administré lors des entretiens réalisés par une infirmière diplômée en santé au travail ou un médecin du travail, entre mi-juin et fin octobre 2014, après qu'une information individuelle ait été faite à chaque participant à l'étude. Les résultats ont été comparés aux résultats nationaux des travailleurs français à l'aide de l'observatoire national EVREST.

Résultats. L'analyse a porté sur 260 travailleurs, soit un taux de participation de 81%. Les personnels hospitaliers déclarent des contraintes psychosociales plus importantes par rapport aux autres travailleurs, en particulier le personnel médical et le personnel non médical soignant. La proportion de troubles neuropsychiques définis par l'association « *fatigue/lassitude et anxiété/nervosité/irritabilité et troubles du sommeil* » était plus importante chez le personnel hospitalier de façon générale par comparaison aux résultats nationaux (22% versus 7%), sans différence significative selon le groupe professionnel. Les facteurs associés significativement à la présence de troubles neuropsychiques étaient la pression temporelle, l'absence de possibilité d'entraide et la peur de perdre son emploi.

Conclusion. Les personnels hospitaliers déclarent des troubles neuropsychiques dans des proportions élevées par rapport aux autres travailleurs. Cela est associé à une exposition importante aux facteurs de risques psychosociaux.

Mots clés : personnels hospitaliers, facteurs de risques psychosociaux, troubles neuropsychiques, questionnaire EVREST.