



HAL
open science

Comparaison du retentissement des risques psychosociaux sur l'état de santé du personnel hospitalier du CHU de Rouen entre l'année 2014 et l'année 2019

Clément Desjardin

► **To cite this version:**

Clément Desjardin. Comparaison du retentissement des risques psychosociaux sur l'état de santé du personnel hospitalier du CHU de Rouen entre l'année 2014 et l'année 2019. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03259419

HAL Id: dumas-03259419

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03259419v1>

Submitted on 14 Jun 2021

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.

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

SPECIALITE : MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
(Diplôme d'Etat)

Par

Clément Desjardin

Né le 15/07/1988 à REIMS

**COMPARAISON DU RETENTISSEMENT DES RISQUES
PSYCHOSOCIAUX SUR L'ETAT DE SANTE DU
PERSONNEL HOSPITALIER DU CHU DE ROUEN
ENTRE L'ANNEE 2014 ET L'ANNEE 2019**

Devant le jury composé de :

Président du jury :

Monsieur le Professeur Jean-François GEHANNO

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Laetitia ROLLIN

Membres du jury :

Madame le Professeur Véronique MERLE

Monsieur le Docteur Charles LENDORMY

Année 2020/2021
ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSEESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
M. Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
M. Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)

M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
M. Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
M. Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
M. Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
M. Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
M. Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
M. Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
M. Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
M. Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale

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

M. Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie viscérale et digestive
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Hervé TILLY (<i>urnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine légale
M. Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie maxillo-faciale
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
M. Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie

M. Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. David WALLON	HCN	Neurologie
M. Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

M. Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie générale et minérale
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie galénique
M. Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie organique
M. 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
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie

Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

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

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel MOUHAJIR	Parasitologie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI**

Pharmacognosie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**

Chimie générale et minérale

M. Thierry **BESSON**

Chimie thérapeutique

M. Abdeslam **CHAGRAOUI**

Physiologie

Mme Elisabeth **CHOSSON**

Botanique

Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**

Législation et économie de la santé

Mme Isabelle **DUBUS**

Biochimie

M. Abdelhakim **EL OMRI**

Pharmacognosie

M. François **ESTOUR**

Chimie organique

M. Loïc **FAVENNEC**

Parasitologie

M. Michel **GUERBET**

Toxicologie

Mme Martine **PESTEL-CARON**

Microbiologie

M. Mohamed **SKIBA**

Pharmacie galénique

M. Rémi **VARIN**

Pharmacie clinique

M. Jean-Marie **VAUGEOIS**

Pharmacologie

M. Philippe **VERITE**

Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

M. Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

M. Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

M. Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

M. Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine générale

M. Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

M. Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

M. 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 (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
M. Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
M. Youssan Var TAN	Immunologie
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.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur GEHANNO

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites de présider mon jury de thèse et pour l'enseignement que vous m'avez dispensé tout au long de mon internat. Je vous prie d'accepter mes remerciements et l'assurance de ma sincère gratitude.

Madame le Professeur MERLE

Vous m'honorez en acceptant de siéger dans le jury de cette thèse. Votre intérêt pour mon travail me touche particulièrement.

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

Madame le Docteur Laetitia ROLLIN

Je te remercie de tout le temps passé pour m'aider dans l'élaboration de cette thèse ainsi que pour ta grande disponibilité. J'ai énormément appris de tes nombreux conseils, qui me serviront à être un meilleur médecin dans ma pratique future.

Sois assurée de toute ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Charles LENDORMY

Un immense merci pour tout. Pour avoir pris le temps de m'aider dans mon choix de spécialité, pour avoir accepté d'être mon tuteur de stage et m'avoir énormément appris.

Après avoir eu la gentillesse d'être mon directeur de mémoire, tu me fais l'honneur d'être membre de mon jury de thèse.

J'espère vraiment que nous continuerons à nous côtoyer par la suite.

A tout le service de santé au travail du CHU de Rouen et particulièrement à Patricia, Delphine, Céline, Isabelle, Yveline et Claudine sans qui la réalisation de cette thèse n'aurait pas pu se faire.

A François, Angélique et Olivia, qui ont été d'une grande aide dans la réalisation des statistiques pour cette thèse.

A Caroline, ma future femme. J'aimerais te remercier pour tout ce que tu m'apportes mais il faudrait que je fasse une deuxième thèse pour ça. Alors je vais seulement t'écrire un petit mot :

أحبك شر شورة

A mes parents, pour tout votre amour et votre soutien. Je ne pourrai jamais assez vous remercier de m'avoir permis d'en arriver jusqu'ici.

A ma fratrie, sur qui je pourrai toujours compter.

A Arnaud, mon neveu qui, j'espère, lira cette thèse quand il aura entamé ses études de médecine.

A mes grands-parents, oncles, tantes et tout le reste de ma famille.

A Raymond et Layla et toute ma belle-famille, pour me faire me sentir comme chez moi au Liban.

A mes témoins :

Stan et Philippe, pour toute cette énergie dépensée depuis tant d'années pour me détourner du droit chemin des études.

Margaux, pour toutes ces aventures depuis déjà 16 ans et ces centaines de surnoms trouvés.

A mes amis

Clem Bi, Jean et Loli, pour ces Zapoïs sauvateurs.

A tous mes amis Rémois qui, à juste titre, n'auraient jamais cru voir ce jour arriver.

A tous mes amis Libanais, « merci pour qui vous êtes ».

A mes co-internes :

Charles B, pour ce remake du Titanic et son inusable énergie aux cours de boxe.

Romain, mon collègue toxicologue, pour cette épopée Parisienne.

Pauline, pour ces parties de Bongo.

Clément I, Clémence et Rémi, pour ces soirées endiablées durant les séminaires.

A tous les autres, qui ont été présents pendant ces 4 années d'internat.

LISTE DES ABREVIATIONS

- AFNOR : Association française de normalisation
- ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions du Travail
- ARS : Agence Régionale de Santé
- AS : Aide-Soignant
- ASH : Agent des services hospitaliers
- AT : Accident de travail
- CBI : Copenhagen Burnout Inventory
- CHT : Communautés Hospitalières de Territoire
- CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
- CIM-10 : Classification Internationale des Maladies
- CRRMP : Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles
- CSE : Comité Social et Economique
- DGOS : Direction Générale de l'Offre des Soins
- DGT : Direction Générale du Travail
- DSM-V : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux
- EVREST : EVolutions et RELations en Santé au Travail
- GHT : Groupements Hospitaliers de Territoire
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
- INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- MBI : Maslach Burnout Inventory
- MP : Maladie Professionnelle
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- QVT : Qualité de Vie au Travail
- RPS : Risques Psycho-Sociaux
- RTT : Réduction du temps de travail
- T2A : Tarification à l'Activité
- TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

SOMMAIRE

1. Introduction générale	20
2. Les risques psychosociaux	22
2.1 Définition.....	22
2.1.1 Le risque.....	22
2.1.2 Psychosocial.....	23
2.2 Modélisation des RPS.....	25
2.3 Les causes de l'apparition des RPS et de leur augmentation	30
2.4 Les signes cliniques	32
2.5 Au niveau légal	37
2.6 Les risques psychosociaux à l'hôpital	39
2.7 La prévention des RPS	40
3. Méthode	44
3.1 Sélection du matériel de travail	44
3.2 Type d'étude	44
3.3 Recueil de données	44
3.3.1 Convocation des salariés.....	44
3.3.2 L'entretien.....	45
3.3.3 Aides à la réalisation de l'étude	45
3.3.4 Le questionnaire EVREST.....	46
3.4 Méthodes statistiques, considérations éthiques, autres informations	46
4. Résultats.....	47
4.1 Description de la population de l'étude.....	47
4.2 Conditions de travail.....	50
4.3 Expositions professionnelles	57
4.4 Formation.....	58

4.5	Mode de vie	59
4.6	Etat de santé.....	61
4.7	Tableau récapitulatif.....	67
5.	Discussion	70
5.1	Résultat principal et son implication majeure	70
5.1.1	Les contraintes	70
5.1.2	Au niveau santé.....	78
5.2	Les forces et faiblesses de cette étude	80
5.2.1	Force de cette étude.....	80
5.2.1.1	Utilité de la démarche	80
5.2.1.2	Intérêt pour les salariés	80
5.2.1.3	Connaissance de l'évolution des conditions de travail au CHU Rouen.....	80
5.2.2	Faiblesse de cette étude.....	80
5.3	Evaluation de l'intervention	80
6.	Conclusion	81
7.	Pistes d'évolution.....	83
	Bibliographie.....	86
	Annexes.....	92

1. Introduction générale

Le travail a toujours existé depuis l'apparition de l'être humain. Mais la révolution industrielle a profondément modifié le monde du travail. En effet l'industrialisation a débuté au XVIIème siècle et l'expression révolution industrielle a pour la première fois été nommée par l'économiste Français Adolphe Blanqui en 1837 (1).

Même si les premières ébauche de santé au travail ont été élaborées au 15ème siècle par le chirurgien Ulrich Ellenbog, il a fallu attendre 1840 et l'apport du Dr Villermé dans son ouvrage "TABLEAU DE L'ÉTAT PHYSIQUE ET MORAL DES OUVRIERS EMPLOYES DANS LES MANUFACTURES DE COTON, DE LAINE ET DE SOIE", (nommé rapport Villermé) pour que les prémices de la santé au travail soient instaurés.

En effet, suite à ce rapport, une première loi a été votée sur le travail des enfants (Loi du 22 mars 1841 relative au travail des enfants employés dans les manufactures, usines ou ateliers). C'est la première loi réglementant le travail des mineurs en France : elle interdit notamment le travail au-dessous de l'âge de 8 ans.

À la suite de cette première loi, de nombreuses suivront, avec entre autres :

- La Loi du 9 avril 1898 sur les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail qui donne naissance à la notion de risque professionnel et aux accidents du travail (2).
- La Loi du 25 octobre 1919 qui étend aux maladies d'origine professionnelles la loi du 09/04/1898 sur les accidents du travail crée le régime de réparation des maladies professionnelles (3).
- La loi du 11 octobre 1946 LOI n° 46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail est celle qui va finalement permettre la création juridique de la médecine du travail.

Depuis cette date, la médecine du travail n'a eu de cesse de se renouveler et d'évoluer.

Mais depuis quelques années, une catégorie de risques jusque-là peu pris en compte a connu un énorme essor : les risques psychosociaux (RPS).

L'expression « risques psychosociaux » est apparue dès 1998 aux congrès de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Depuis, cette expression a pris une ampleur exponentielle dans le cadre de la santé au travail mais aussi au niveau juridique ainsi que politique.

En effet l'évolution du monde du travail a entraîné une augmentation des contraintes sur le rythme de travail. Cette hausse semble liée entre autres au rythme accru des changements organisationnels et à la plus grande insécurité de l'emploi ressentie par les salariés. De plus l'intensification du travail est plus marquée dans la fonction publique que dans le secteur privé (4).

Ces transformations ont engendré de nouvelles formes de souffrances : stress, anxiété, troubles du sommeil, pathologies de surcharge qui rassemblent entre autres le burn-out et le karôshi (mort par surtravail), pathologies post-traumatiques et pathologies de la solitude (suicides et tentatives de suicide) (5).

L'hôpital n'étant pas épargné par cette montée des RPS, une étude des RPS au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Rouen a été demandée en 2011 par une commission 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.

Pour répondre à cette demande de la commission, une première étude des RPS au CHU de Rouen via le questionnaire EVREST a été réalisée en 2014 avec pour objectif de refaire cette étude tous les 5 ans. Suite au diagnostic de 2014 dans le cadre du plan RPS, plusieurs travaux ont été menés à travers des groupes de travail multi-professionnels avec différentes thématiques telles que la reconnaissance, l'absentéisme...etc. Aux vues de ces travaux et de la dégradation potentielle des conditions de travail dans le milieu hospitalier, il m'a semblé intéressant de refaire cette étude.

Mes objectifs sont donc de décrire l'évolution des conditions de travail et de la santé des salariés du CHU de Rouen entre 2014 et 2019 et de les comparer au niveau national.

Cette thèse sera divisée en 4 parties : la première partie abordera plus en détails les RPS sous leurs différents aspects, la seconde partie décrira la méthode utilisée, la troisième partie

présentera les résultats et la dernière partie apportera la discussion de ces résultats, la conclusion de cette thèse ainsi que les pistes d'évolution.

2. Les risques psychosociaux

2.1 Définition

Il n'est pas aisé de trouver une définition aux risques psychosociaux. En effet le vocabulaire des risques psychosociaux reste flou car il renvoie à différentes notions complexes.

Une définition intéressante a été donnée dans La CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES SOCIETES FINANCIERES (Accord du 21 janvier 2019 relatif aux risques psychosociaux) (6), signée par les principaux syndicats: « Les risques psychosociaux au travail recouvrent des risques professionnels d'origine et de nature variées, qui mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés et qui peuvent avoir de ce fait des effets négatifs sur le bon fonctionnement des entreprises et sur la vie des salariés. Il s'agit notamment du stress, du harcèlement moral et sexuel, de la violence et de la souffrance au travail, de l'épuisement professionnel, des incivilités et des agressions physiques et verbales ».

Pour bien comprendre cette définition, il est important d'expliquer les deux notions principales:

- risque
- psychosocial

2.1.1 Le risque

Le risque est un danger éventuel plus ou moins prévisible. Afin de bien comprendre la définition, il est important d'observer les différents termes.

Le terme danger correspond à une situation dans laquelle peuvent se produire différents dommages sur une personne. Il existe une menace pouvant attenter à la sûreté, la santé voir à la vie de quelqu'un. Il y a donc forcément un risque là où il y a présence d'un danger.

L'éventualité se définit comme le caractère de ce qui peut ou non se produire. Il y a donc la notion de probabilité d'apparition de l'événement indésirable. On peut donc considérer le risque comme un indicateur de la possibilité qu'un danger se réalise.

Enfin la prévisibilité est le caractère de ce qui est prévisible, c'est-à-dire de ce qui peut être annoncé à l'avance, dont on sait que ça va arriver. Cela sous-entend que certains dangers peuvent être anticipés du fait qu'ils soient connus à l'avance.

Cette prévisibilité permet donc l'introduction de la notion de prévention car le fait de connaître l'existence d'un danger permet de prévenir sa possibilité de survenue.

Le risque est donc le résultat de la conjonction de plusieurs événements non désirés et d'apparition fortuite qui entraîneront de potentiels dommages sur un objet ou sur une personne.

Afin de conceptualiser le terme à destination des entreprises, l'Association française de normalisation (AFNOR) a publié en 2009 la norme ISO 31000 qui est la référence en matière de management des risques. Le risque est défini comme « effet de l'incertitude sur des objectifs » (7). Cela permet de mettre l'accent sur les effets d'une connaissance incomplète des événements ou des circonstances sur le processus de prise de décision au sein d'un organisme.

2.1.2 Psychosocial

Le terme psychosocial va définir à la fois le développement psychologique d'une personne en lien avec son environnement social mais aussi son interaction avec celui-ci. Il y a donc la relation de l'individu avec d'autres individus mais aussi avec son environnement.

Les relations interpersonnelles et la vie sociale occupent une importante partie de notre vie quotidienne. Nous passons une grande partie de notre temps en compagnie des autres et entrons en interaction avec eux. Lors de ces échanges, de nombreuses choses sont en jeu : la perception de l'autre et de ses attitudes, l'échange de valeurs, la transmission d'informations mais aussi les relations de pouvoir. Ces relations vont donc avoir un effet sur l'individu et conditionner ses attitudes, ses valeurs mais aussi une grande partie de ces comportements.

Lorsque l'on se base sur le travail, l'insertion interpersonnelle avec les collègues et la relation avec eux vont jouer une part très importante dans la réussite sociale de la personne. De plus le fait que les relations interindividuelles soient satisfaisantes est un critère important dans la qualité de vie de la personne et concourt à son bonheur aussi bien au niveau physique que

social. L'individu sera donc plus à même de se sentir épaulé et compris dans l'entreprise et pourra mieux gérer les facteurs de stress au travail.

Les relations au travail sont des relations sociales formelles. Gabriel Moser les définit comme « des relations qui sont avant tout dictées par la perception que le sujet a de certaines catégories de personnes, et par des inférences sur les comportements que le sujet est en droit d'attendre de ces personnes, dans un contexte habituel » (8).

De ces relations peuvent naître les RPS. En effet, il existe dans les entreprises des faits de violence. Ces faits peuvent être commis par les employés : conflits importants, faits de harcèlements sexuel ou moral, agressions ; mais aussi par des personnes externes à l'entreprise.

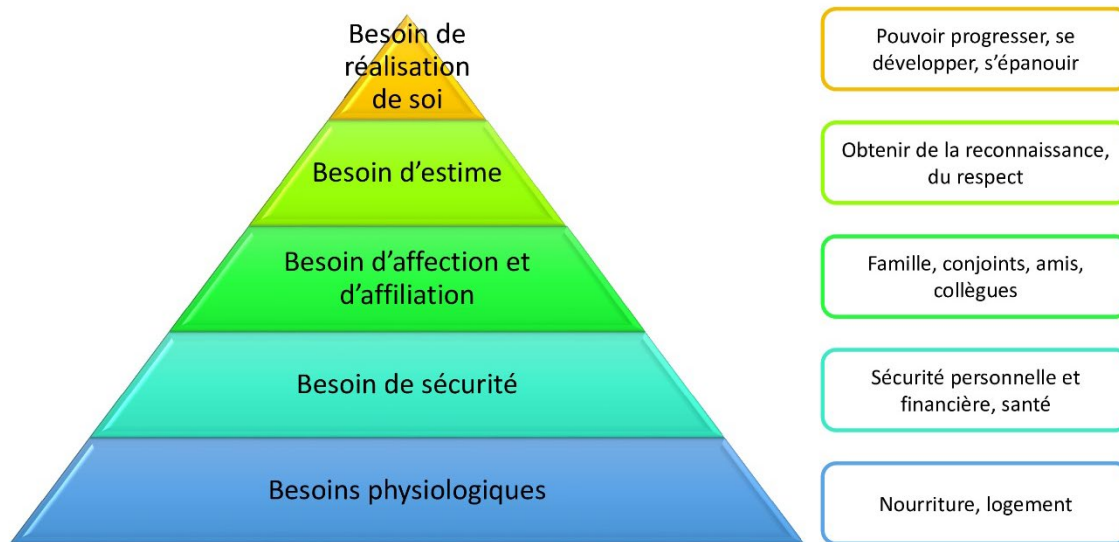
D'un autre côté, l'individu est en contact avec son environnement physique et va interférer avec lui. En effet, chaque être humain découvre et expérimente des environnements différents, que cela soit dans sa vie personnelle ou au travail. Celui-ci juge les éléments en fonction de leur qualité et de leur dangerosité. Suite à cette analyse, la personne code et stocke des informations venant de son environnement, ce qui lui permet de créer une « carte mentale qui constitue une reconstruction individuelle de celui-ci influencée par les spécificités de notre mode de relation à ce lieu » (9).

De plus, des liens affectifs seront créés vis-à-vis des différents lieux de vie. La personne s'adaptera donc à son environnement selon que celui-ci soit facteur de bien-être ou de mal-être. Le lieu de travail, comme tout autre environnement, sera donc perçu de façon plus ou moins positive. Lorsqu'il est perçu comme hostile, c'est-à-dire comprenant des risques physiques (tels des problématiques d'agression ou des facteurs de pénibilité physiques importants) et/ou des facteurs de risques psychologiques (pression psychologique, surcharge de travail, dévalorisation), alors du stress et un état d'hypervigilance apparaissent. Ils se manifestent entre autres par des tensions musculaires, une irritabilité, des douleurs abdominales, des nausées qui seront signe de l'hyperactivité sympathique. En cas de mise en contact prolongé avec cet environnement, les risques de syndrome d'épuisement professionnel, ou burn-out, sont présents.

Enfin, le salarié va avoir lui-même ses propres attentes vis-à-vis du travail. Celles-ci diffèrent entre chaque individu, ce qui fait que nous ne sommes pas tous identiques vis-à-vis des RPS. En effet, si certains perçoivent le travail essentiellement sous le prisme de la contrainte, d'autres le voient comme une ressource, qu'elle soit financière, sociale ou intellectuelle, et aussi une

source d'émancipation. Ceux-ci vont donc tirer une satisfaction du travail qui pourra répondre à leur besoin de se sentir appartenir à un groupe et être reconnu, d'accomplir quelque chose.

Ces besoins sont représentés dans la pyramide de Maslow.



Pyramide de Maslow

Lorsque ces besoins ne sont pas ou plus comblés par le travail, alors c'est à ce moment qu'apparaissent les problématiques liées aux RPS.

2.2 Modélisation des RPS

Afin d'essayer de comprendre et expliquer les problématiques liées aux RPS, plusieurs modèles du stress professionnel ont été élaborés.

Le modèle de CANNON

Cannon a été le premier à tenter de créer un modèle permettant de comprendre le fonctionnement du stress. Dès 1914, celui-ci va essayer de comprendre les mécanismes de réaction face aux menaces extérieures. Il élaborera une théorie sur la mise en place des réactions émotionnelles et physiologiques. Le terme de stress sera donc utilisé dans le sens physiologique du terme. Afin de comprendre l'effet du système sympathique, il réalisa une sympathectomie totale chez un chat. Ce chat continua de vivre mais éprouva des difficultés à résister aux

agressions externes tel que la chaleur, le froid, le manque d'oxygène. De plus il ne montra plus d'agressivité et une forme d'apathie totale.

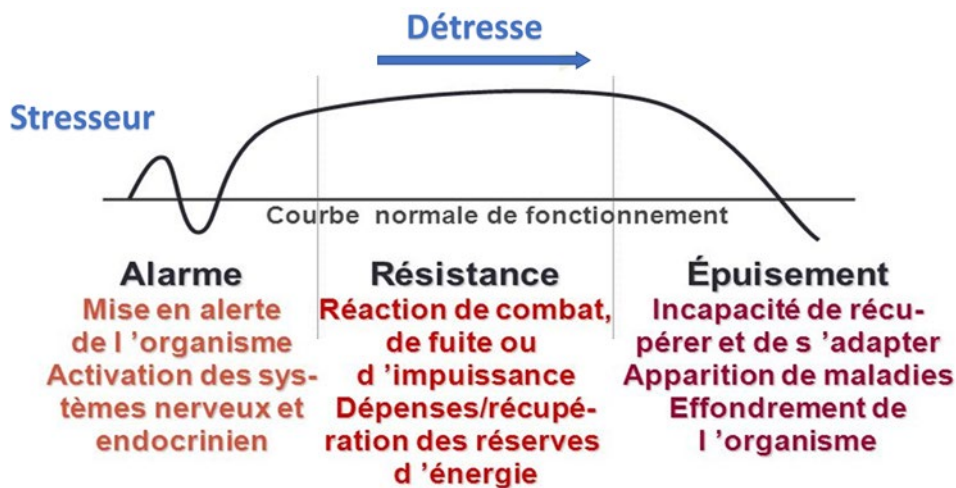
Il nota l'importance de la libération d'adrénaline pour résister aux menaces et lui permit d'émettre l'hypothèse que la réaction de stress permet de se préparer au combat ou bien de fuir. De ce fait « le stress est vu comme une réponse adaptative à un stresser permettant à l'individu de surmonter cette épreuve » (10).

Le modèle de SELYE

En 1956, Selye, endocrinologue canadien, a élaboré un modèle théorique appelé le « syndrome général d'adaptation ». Cela correspond à une réponse de l'organismes aux agressions auxquelles il est exposé. Cette réaction générale d'alarme est appelée complexe agression-réaction et englobe l'aspect physiologique, humoral et endocrinien de cette réaction à un agent stressant.

Hans Selye va diviser le syndrome général d'adaptation en 3 phases (11) :

- La première phase est la phase d'alarme. Elle correspond à la réaction immédiate de l'organisme lorsqu'il est exposé soudainement à un stresser auquel il n'est pas préparé. Par exemple, lorsqu'un travailleur doit réaliser dans un délai très bref une charge de travail trop importante à laquelle il n'était pas préparé. Cette phase est formée de symptômes traduisant un état général de souffrance de l'organisme (tachycardie, dilatation pupillaire, hypotension, hypothermie...). Cette phase dure de quelques minutes à plusieurs heures.
- La seconde phase est la phase de résistance. Lorsque la situation stressante se prolonge, l'organisme s'habitue à l'environnement stressant et les manifestations physiologiques diminuent. Cependant l'organisme continue de lutter contre le stresser. Si les stimuli se prolongent davantage, l'organisme peut atteindre la phase d'épuisement.
- La troisième phase est la phase d'épuisement. Cette phase correspond à l'ensemble des réactions qui caractérisent le moment où l'organisme n'est plus en capacité de s'adapter au stimulus stressant auquel il est exposé. En effet l'organisme s'épuise au fil du temps et lorsque ses capacités adaptatives physico-psychiques sont dépassées, alors on peut voir apparaître des manifestations pathologiques.

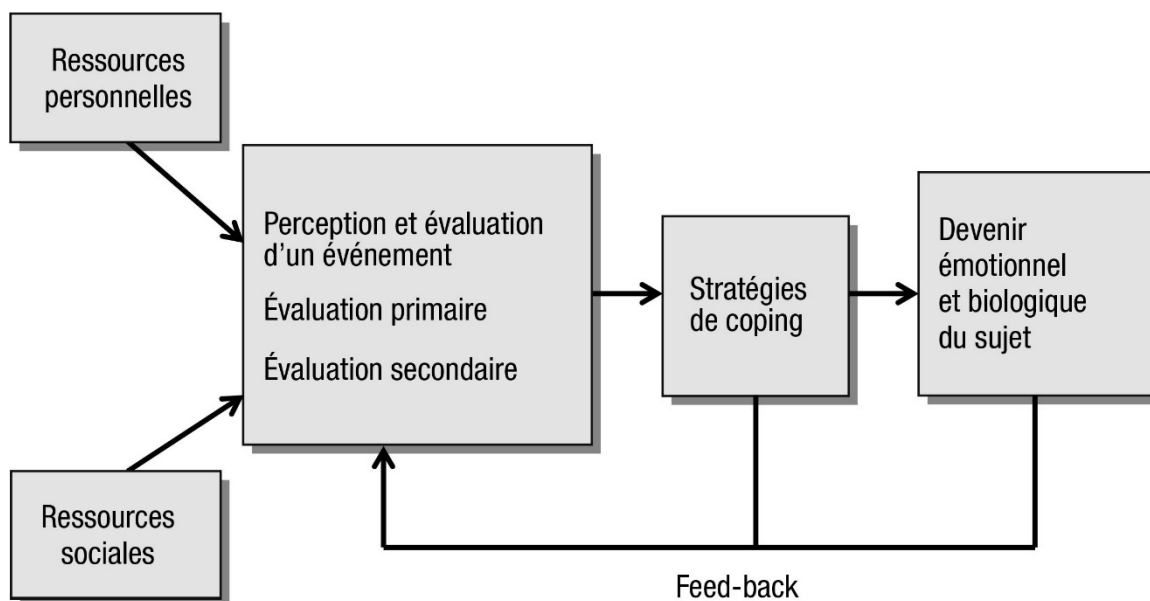


Le syndrome général d'adaptation selon Selye

Le modèle transactionnel de LAZARUS

Le début du 20ème siècle a cherché à décrire le stress dans sa dimension mécanique.

Dans les années 1970, les travaux entrepris par Lazarus ont permis changer cette vision et de lier la composante psychologique dans les mécanismes du stress. Cela a permis de faire évoluer la vision d'une réaction physique passive et simpliste de la personne face à un évènement externe.



Schématisation du modèle transactionnel de Lazarus

Son concept repose sur l'interaction entre la personne et l'environnement où l'individu évalue dans un premier temps l'événement auquel il est confronté puis dans un second temps évalue ses possibilités personnelles d'adaptation à l'événement.

L'évaluation primaire utilisera 3 cas de figure, selon la manière dont est évalué la relation à l'environnement (12) :

- Non pertinente : une fois évaluée, les relations avec l'environnement n'affecteront en rien les valeurs ou les besoins de l'individu. Celui-ci n'aura rien à gagner ou perdre.
- Bénigne-positive : la transaction avec le milieu est évaluée comme pouvant conserver ou augmenter le bien-être. Cela ira dans le sens des émotions plaisante (plaisir, bonheur, apaisement...) qui permettront la réussite d'objectifs.
- Stressante : la transaction est évaluée comme pouvant apporter un préjudice, une perte mais aussi être en rapport avec un défi. Autant que la perte en elle-même, la composante anticipatoire des menaces futures entraîne un stress. C'est-à-dire que les conséquences probables de la perte (mobilité, cognition qui vont influencer sur la sécurité personnelle, le travail...) vont ajouter du stress au préjudice probable.

L'évaluation secondaire intervient quand la transaction représente un danger (menace mais aussi défi). La personne évalue les possibilités qui se présentent à lui : ce sont les stratégies de « coping », c'est-à-dire sélectionner le comportement le plus à même de permettre de se protéger de la menace grâce à ses expériences antérieures, de ses croyances et de ses objectifs. Le coping est donc « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, permettant de gérer les exigences externes ou internes, spécifiques à une situation, qui entament ou excèdent les ressources d'une personne » (13).

La finalité du coping est donc de réduire l'intensité émotionnelle.

Il existe deux stratégies de coping : la première centrée sur le problème et l'autre sur l'émotion.

- La stratégie basée sur le problème correspond au fait de trouver une résolution au problème, c'est-à-dire qu'une fois le problème défini, la personne trouvera des alternatives. Par exemple, changer son comportement ou bien apprendre de nouvelles compétences. L'objectif sera de changer la situation et de modifier le problème.

- La stratégie basée sur l'émotion correspond au fait de vouloir modifier ses émotions par différentes stratégies : évitement ou minimisation du problème, attention sélective, recherche d'un élément positif mais aussi culpabilisation et majoration de la détresse émotionnelle. Ces stratégies sont généralement inefficaces et inadaptées car elles ne permettent pas de modifier la situation et donc l'individu sera constamment confronté à ce stress.

KARASEK et THEORELL

Robert Karasek, psychologue et sociologue américain, considère que la coexistence d'importantes exigences au travail et d'une faible latitude décisionnelle augmentent la probabilité de développer des soucis de santé psychique et mentale (14).

Suite aux travaux de Johnson qui ont mis en avant que le manque de support social est associé de façon plus fréquente à des maladies cardio-vasculaires chez les salariés travaillant dans une situation tendue (15), ce modèle, à la base bidimensionnelle, est donc passé à un modèle tridimensionnel, avec l'aide de Theorell, en intégrant l'influence du soutien social.

Les trois dimensions sont :

- La demande psychologique : elle correspond aux caractéristiques quantitatives et qualitatives de la charge psychologique de travail (quantité de travail, intensité, contraintes de temps, demandes contradictoires, interruptions fréquentes, travail morcelé).
- La latitude décisionnelle : elle correspond à la marge de manœuvre dans la manière de réaliser son travail, c'est-à-dire l'autonomie décisionnelle. Cela comprend entre autres la participation aux réflexions sur l'organisation de son travail ainsi que les décisions en rapport. On retrouve aussi la possibilité d'utiliser ses compétences qui permettent ainsi de les améliorer et donc de gagner en capacités de travail.
- Le soutien social au travail : il correspond au soutien entre collègues au niveau social et émotionnel. De plus cela prend en compte les relations hiérarchiques et donc leur capacité à apporter de l'aide à leurs salariés.

Lorsque la demande psychologique est élevée, que la latitude décisionnelle et le soutien social sont faibles, le salarié se retrouve dans une situation de travail tendu ou « job strain ».

C'est lorsque cette situation tendue perdure sur le long cours que des troubles sur la santé physique et/ou psychique peuvent apparaître.

Le modèle de SIEGRIST

Johannes Siegrist, sociologue Suisse a développé à la fin des années 1980 un autre modèle permettant d'identifier les situations de travail pouvant être pathogènes. Pour lui, les efforts que fournit le salarié dans son emploi correspondent à un contrat de réciprocité social où le salarié, en échange de son travail, obtient comme récompense un salaire, de l'estime, des possibilités d'évolution de carrière et une sécurité de l'emploi.

Lorsque la réciprocité entre l'implication du salarié et les gains fait défaut, alors un stress émotionnel apparaît selon un modèle « déséquilibre effort-récompense » (16).

Son modèle prendra donc en compte 3 dimensions :

- L'effort qui permet de répondre aux contraintes imposées par le travail (contraintes temporelles, interruptions de tâches, charge de travail importantes entre autres).
- La récompense qui correspond au salaire, aux perspectives d'évolution, à la sûreté de l'emploi et une augmentation de l'estime de soi et de la croyance en ses capacités.
- L'investissement qui intègre la dimension de la personnalité et qui sera vu sous le prisme du surinvestissement.

Le modèle de Siegrist vient donc compléter celui de Karasek. Les RPS ne sont plus une simple réponse de la personne face à des éléments organisationnels mais intègrent la personnalité de l'individu pour répondre à ce qu'il vit. Donc au-delà du manque de reconnaissance vis-à-vis de l'effort fourni, la composante du surinvestissement du salarié va intervenir dans l'apparition de pathologies liées au travail.

2.3 Les causes de l'apparition des RPS et de leur augmentation

Comme nous avons pu le voir auparavant, l'apparition des RPS est multifactorielle.

Les charges de travail importantes, la pression temporelle pour réaliser ses tâches, le manque de reconnaissance, le fait de faire des choses que l'on désapprouve, le manque de moyens ou

encore la précarité de l'emploi sont autant de facteurs participant à l'émergence de symptômes amenant à l'apparition d'un syndrome d'épuisement.

En effet l'évolution du monde de l'entreprise et de ses exigences, mais aussi la modification du monde du travail et de la société en général vont participer à l'émergence de situations de RPS au travail.

Au départ, les recherches en termes d'augmentation des bénéfices ont été à l'origine de l'augmentation des RPS. Un des exemples marquants est l'apparition du Taylorisme.

Du nom de son inventeur, Frederick Taylor, le taylorisme est défini dans le petit Robert comme « une méthode d'organisation scientifique du travail industriel, par l'utilisation maximale de l'outillage et la suppression des gestes inutiles. »

Type d'organisation du travail apparue dans les années 1880, cette méthode est systématisée par Taylor en 1911 dans son ouvrage « The Principles of Scientific Management ». Pour lui « l'objectif principal du management devrait être de sécuriser le maximum de prospérité pour l'employeur, couplé avec le maximum de prospérité pour chaque salarié » (17).

Pour cela, il va préconiser 3 axes :

- L'analyse scientifique de la technique de production. En effet, Taylor préconise d'étudier le poste de travail de chaque ouvrier afin de comprendre et notifier les différents gestes, les rythmes de travail ou bien encore la cadence.
- Etablir ensuite la meilleure façon de produire. C'est un processus censé prendre du temps et qui doit permettre de maîtriser les temps opératoires, la méthode de travail et les tâches réalisées afin qu'ils soient optimisés à leur maximum. De plus, cela passe par la mise en place de recrutement d'individus physiquement ou cognitivement capables de faire des tâches pour qu'ils soient ensuite formés à ces tâches. Cependant, pour être sûr que l'exécution des tâches soit optimale, un contrôle étroit du personnel est préconisé.
- L'augmentation de la rémunération doit intervenir avec l'augmentation de la productivité du salarié afin d'augmenter sa motivation.

De plus, il préconise la double division du travail :

- Horizontale : la division horizontale du travail consiste à parcelliser les tâches en un ensemble de gestes simples et répétitifs confiés aux ouvriers.

- Verticale : la division verticale du travail, isole les tâches de conception, laissées à la hiérarchie et les tâches d'exécution imposées aux ouvriers.

Si le taylorisme est rationnel d'un point de vue économique, il est grand pourvoyeur de risques au niveau de la santé mentale. En effet, en se basant sur les 6 familles de facteurs du rapport Gollac (18), deux des facteurs de prévention des RPS vont à l'encontre de la doctrine prônée par Taylor, c'est-à-dire la monotonie au travail/intensité au travail et l'absence d'autonomie. Malgré cela, de nombreuses entreprises continuent à utiliser ce modèle.

Suite à de nombreuses critiques, d'autres modèles vont émerger prenant plus en compte l'humain, le Fordisme et le Toyotisme par exemple.

Depuis les années 2000, on constate une augmentation des RPS en lien avec l'impact de la révolution digitale. Celle-ci a profondément modifié le monde du travail. La production de masse à bas prix ainsi que la course à l'innovation forcent les entreprises à une adaptation rapide aux demandes du marché. Ces demandes sont reportées sur les collaborateurs qui se retrouvent donc sous pression temporelle pour produire plus, à moindre coûts. Ils doivent aussi constamment s'adapter sans avoir l'accompagnement adéquat.

De plus les codes entre les générations ne sont plus les mêmes. Si les entreprises ont encore le plus souvent un modèle hiérarchisé avec un fonctionnement vertical, les nouvelles générations préfèrent les fonctionnements horizontaux et participatifs (19).

2.4 Les signes cliniques

Comme nous avons pu le voir dans l'introduction, il existe de nombreuses pathologies en lien avec les risques psycho-sociaux :

Le stress : La première définition du stress a été conceptualisée par Hans Selye : « ensemble des moyens physiologiques et psychologiques mis en œuvre par une personne pour s'adapter à un événement donné » (20). Le stress est donc une réaction de l'organisme à des stimuli externes qui peuvent être multiples, tels des stimuli physiques (douleur, brûlures, effort physiques...) mais aussi psychologiques (surcharge de travail, difficultés relationnelles, problèmes familiaux ou financiers...).

L'organisme est capable de s'adapter à des périodes courtes de stress, qui peuvent d'ailleurs être considérées comme positives : motivation dans le travail, améliorations des performances physique et psychiques...etc.

Cependant un état de stress prolongé, ou stress chronique, empêchera un retour à l'équilibre physiologique. Cela entraînera de nombreux symptômes, tels qu'une altération de l'attention et de la mémoire, une augmentation des sensations de peur, une anxiété généralisée pouvant aller jusqu'aux attaques de panique, une plus grande agressivité, des troubles du sommeil associés à une asthénie, des états dépressifs et suicidaires...

Lorsque l'association de ces symptômes est en lien avec des facteurs professionnels, nous parlerons de Burn-out.

Le burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel. Le terme a été conceptualisé pour la première fois par le psychiatre américain Freudenberger et défini comme « un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail » (21).

Selon Maslach et Leiter, « le burnout est un syndrome psychologique d'épuisement, de cynisme et d'inefficacité au travail. Il est considéré comme une expérience individuelle de stress intégré dans un contexte de relations sociales complexes et implique la conception que la personne a d'elle-même et des autres au travail » (22).

On peut diviser la symptomatologie du burn-out, qui est donc un syndrome, en 6 symptômes : hyperactivité initiale, désengagement, détresse psychologique, pétrification cognitive, appauvrissement, retentissement psychosomatique (23).

L'hyperactivité initiale se manifeste par une sorte de frénésie où le salarié aura tendance à faire des heures supplémentaires sans réussir à s'arrêter et aura l'impression de n'avoir pas le temps ni la possibilité de terminer ses missions. Cette hyperactivité sera couplée à une sensation d'épuisement, d'asthénie, couplés à un sommeil non réparateur.

Le désengagement se manifestera envers les clients/patients/collègues avec une diminution de l'empathie voir de la maltraitance ainsi qu'une déshumanisation de l'autre qui pourra être traité

comme un objet. Cela pourra aussi toucher la sphère personnelle. Le salarié aura un regard négatif sur son travail, avec une diminution de son implication allant jusqu'à l'absentéisme.

On retrouvera des signes de détresse psychologique avec une dépressivité de l'humeur du salarié. Celui-ci rapporte fréquemment des peurs mal définies et des tensions nerveuses, une tristesse allant jusqu'au désespoir, un manque d'entrain ainsi que des sentiments de culpabilité et de dévalorisation. Le salarié pourra se montrer parfois hypersensible, parfois totalement insensible avec une sensation de déréalisation et/ou de dépersonnalisation. Dans certains cas, les patients peuvent rapporter des idées noires voire suicidaires. D'un autre côté, celui-ci se montrera agressif avec une hostilité et des accès de colère, une augmentation des conflits et une intolérance grandissante à la frustration.

La pétrification cognitive sera visible par une diminution de l'efficacité cognitive. En effet il est fréquemment rapporté des troubles de la concentration et de la mémoire, une certaine désorganisation et des difficultés à réaliser plusieurs tâches à la fois, à nuancer, à prendre des décisions. Une diminution de la productivité est donc souvent rencontrée.

Les signes d'appauvrissement se feront ressentir au niveau social et spirituel. La personne s'isolera et évitera les contacts non obligatoires. Elle aura tendance à abandonner ses activités et loisirs personnels.

Enfin les retentissements psychosomatiques sont relativement nombreux et fluctuants selon les salariés. Cependant, on retrouve chez presque tous les salariés une asthénie, des troubles du sommeil, une anxiété chronique avec parfois des attaques de panique, des troubles digestifs ainsi que des dorsalgies. D'autres signes tels que des atteintes cutanées, des variations de poids, de l'anorexie ou de l'hyperphagie ainsi que des conduites addictives peuvent être retrouvées.

Pour la mesure du burn-out, le questionnaire scientifiquement validé le plus utilisé est le MBI (MASLACH burnout inventory).

Le MBI est constitué de 22 questions qui explorent trois dimensions : l'épuisement émotionnel (9 items), la dépersonnalisation, par déshumanisation ou par cynisme (5 items) et le sentiment d'accomplissement personnel (8 items).

La personne sera considérée en burn-out lorsque ses scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation seront élevés et que son score d'accomplissement personnel sera faible.

Le questionnaire est présenté en annexe 1.

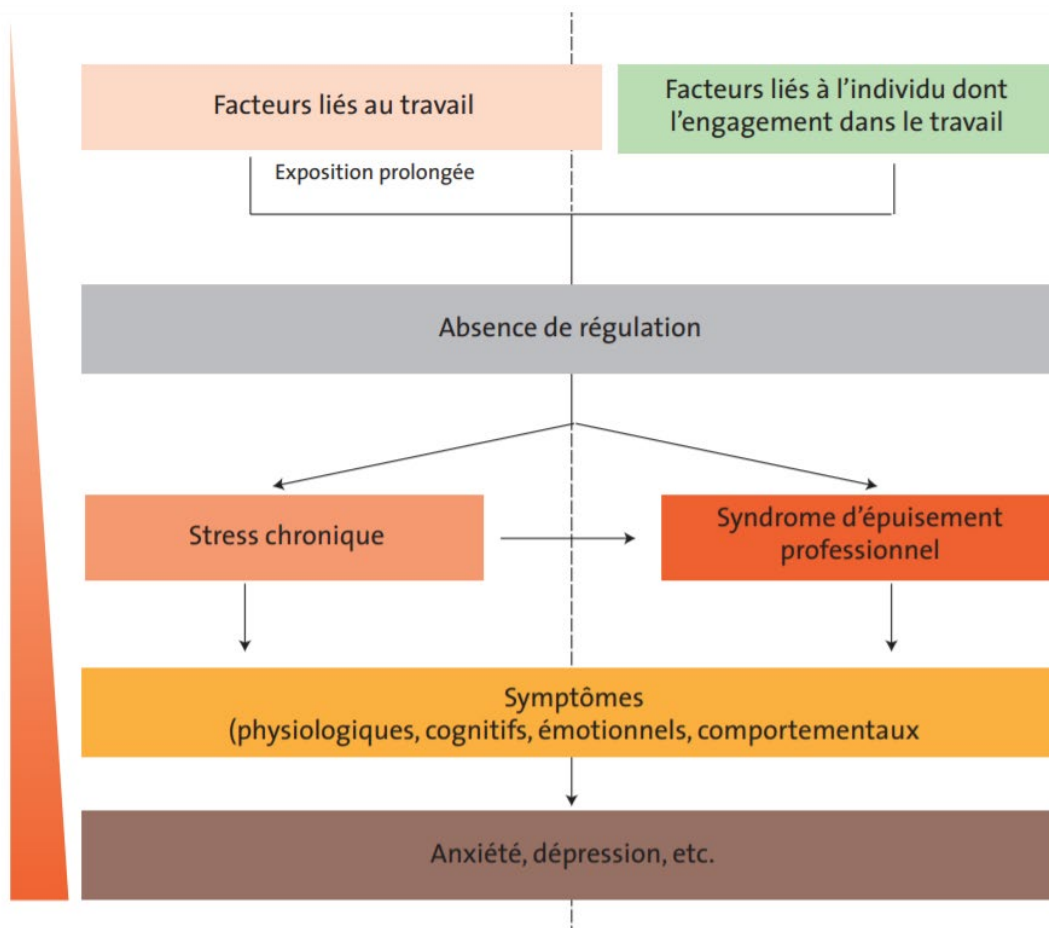
Cependant, il existe d'autres questionnaires existants : le Copenhagen Burnout Inventory (CBI) qui explore trois dimensions du burnout : l'épuisement personnel, l'épuisement professionnel et l'épuisement relationnel ; le Burnout Measure ; le Oldenburg Burnout Inventory...

Le terme « burnout » ne fait actuellement pas l'objet d'un diagnostic officiel dans les classifications médicales de référence que sont la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'OMS et le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-V) de l'Association américaine de psychiatrie. Ainsi il ressort de ces classifications médicales que le burnout ne se caractérise pas par un « diagnostic clinique » unique et précis, faisant état à la fois de symptômes et de causes bien établis. En revanche, il est défini comme un syndrome – le syndrome d'épuisement professionnel – qui regroupe un ensemble de signes cliniques et de symptômes qui apparaissent progressivement chez l'individu, sans pour autant se référer à un élément causal dans sa définition.

Même si des caractéristiques communes existent quant à leurs symptômes, le burnout se différencie de la dépression au sens où il s'exprime en premier lieu dans la sphère professionnelle.

La diminution ou l'atténuation des troubles liés au burnout passent par une analyse des dysfonctionnements organisationnels et relationnels de travail, analyse qui doit être menée de manière collective – c'est-à-dire de façon paritaire et participative.

Cependant, les facteurs liés au travail ne sont pas les seuls déterminants. En effet, les individus sont tous différents dans leur approche du travail et les facteurs personnels de capacité à gérer le stress et l'implication dans le travail sont aussi déterminants dans l'apparition du burn-out.



Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout (24)

Le Karoshi : ce terme qui peut se traduire par « mort par dépassement du travail » désigne les morts subites des salariés en lien avec des facteurs de stress extrêmes au travail. Le premier cas reconnu date de 1969 au Japon (qui a reconnu le Karoshi comme maladie professionnelle à partir des années 1970). En effet, suite à la reconstruction de l'après-guerre de 1945, les Japonais ont dû fournir un travail énorme pour reconstruire le Japon.

Depuis, la loyauté du salarié et sa servitude à son entreprise sont mesurées par sa durée de travail. En effet « étant toujours l'inférieur de quelqu'un, cela engendre un cercle vicieux qui pousse à faire des horaires difficiles (parfois jusqu'à 23 heures d'affilée) pour rester crédibles aux yeux de ses pairs, le dévouement étant un critère de promotion même si la productivité s'en trouve fortement affectée » (25).

Le stress post traumatique correspond à la survenue de symptômes en lien avec une exposition à un événement traumatique. Un événement traumatique est le plus souvent défini comme un événement au cours duquel la personne peut être confrontée à la mort ou menacée de mort, subir des violences ou des blessures. Cependant, dans le cadre du travail, le salarié peut être

victime de harcèlement, maltraitance ou bien avoir des conditions de travail délétères pour sa santé physique et psychique. Ces faits sont considérés comme des événements traumatiques à part entière.

Les symptômes sont variés mais leur présence simultanée donnera dans la plupart des cas un tableau très spécifique du stress post-traumatique.

La personne présentera une hyperactivité neurovégétative qui se traduira par des troubles du sommeil avec de fréquents cauchemars traumatiques, une forte irritabilité et des excès de colère, un état d'hypervigilance avec des réactions exagérées aux stimuli externe. De plus deux syndromes seront présents : le syndrome de répétition et le syndrome d'évitement.

Le syndrome de répétition correspond à la présence de reviviscences, c'est-à-dire que la personne revit certains aspects de l'expérience traumatique. Ces expériences ont une tonalité sensorielle importante, ce qui plonge la personne dans une détresse émotionnelle intense.

Le syndrome d'évitement est le comportement que la personne met en place pour éviter de se retrouver au contact de stimuli rappelant le traumatisme. De plus, elle chasse les souvenirs rattachés au traumatique et évite d'en parler. Cet évitement peut entraîner des conséquence fonctionnelles et organisationnelles très importantes au niveau de la sphère personnelle mais aussi professionnelle.

Enfin la personne aura tendance à ruminer et à se dévaloriser.

2.5 Au niveau légal

La santé mentale est envisagée comme une part importante de l'obligation générale de prévention par le code du travail. En effet l'employeur doit mettre en œuvre les mesures de préventions fondées sur les 9 principes généraux de prévention de la loi du 31 décembre 1991 (26).

Ces 9 principes de prévention sont :

- Éviter les risques : supprimer le danger ou l'exposition au danger.
- Évaluer les risques : apprécier l'exposition au danger et l'importance du risque afin de prioriser les actions de prévention à mener.
- Combattre les risques à la source : intégration de la prévention le plus en amont possible, notamment dès la conception des lieux de travail, des équipements ou des modes opératoires.
- Adapter le travail à l'Homme : doit tenir compte des différences interindividuelles, dans le but de réduire les effets du travail sur la santé.

- Tenir compte de l'évolution de la technique : adapter la prévention aux évolutions techniques et organisationnelles.
- Remplacer ce qui est dangereux par ce qui l'est moins : éviter l'utilisation de procédés ou de produits dangereux lorsqu'un même résultat peut être obtenu avec une méthode présentant des dangers moindres.
- Planifier la prévention : intégration de la technique, organisation et conditions de travail, relations sociales et environnement.
- Donner la priorité aux mesures de protection collective : utilisation des équipements de protection individuelle seulement complément des protections collectives si elles se révèlent insuffisantes.
- Donner les instructions appropriées aux salariés : former et informer les salariés afin qu'ils connaissent les risques et les mesures de prévention.

Selon l'article L.4121-1 du code du travail, l'employeur est tenu par la loi de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de ses salariés. L'employeur a donc l'obligation de diminuer mais aussi et surtout d'empêcher le risque.

Celui-ci doit évaluer les risques psychosociaux (ainsi que les autres risques) et prendre toutes les mesures qui permettront de protéger la santé physique et mentale des salariés et d'assurer leur sécurité.

Le syndrome d'épuisement professionnel ne bénéficie pas pour le moment d'un tableau de maladie professionnelle mais peut-être reconnu au titres des maladies professionnelles via le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) si deux conditions sont réunies : il est établi que la pathologie est essentiellement et directement causée par le travail et qu'elle a entraîné une incapacité permanente partielle égale ou supérieur à 25% (Articles L461-1 et R461-8 du Code de la sécurité sociale). Cependant, même si un lien direct et essentiel doit exister avec le travail, cela ne signifie pas que le lien doit être exclusif.

Enfin il est à signaler qu'en cas de pathologies de santé mentale liée aux conditions de travail, la faute inexcusable de l'employeur peut être engagée.

La définition de la faute inexcusable résulte d'un arrêt rendu le 28 février 2002 par la cour de cassation : « En vertu du contrat de travail, l'employeur est tenu envers le salarié d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies

professionnelles/les accidents du travail. Le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable, au sens de l'article L. 452-1 du code de la sécurité sociale, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver » (27).

2.6 Les risques psychosociaux à l'hôpital

Comme dans toute entreprise, la présence de RPS est inévitable à l'hôpital. Mais depuis le début des années 2000, la modification structurelle et organisationnelle de l'hôpital public a fortement transformé les conditions de travail.

Plusieurs lois ont amené ces changements :

- La loi de Financement de la Sécurité Sociale du 18 décembre 2003. Elle a amené la mise en place de la tarification à l'activité (T2A). Les budgets alloués aux établissements de santé public et privés deviennent dépendant de leur activité.
- La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie qui a permis la création de la Haute autorité de santé (HAS).
- La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST, dite Loi Bachelot) du 21 juillet 2009 - création des Agences Régionales de Santé (ARS). Elle a pour objectifs de réformer la gouvernance des hôpitaux en les regroupant dans des communautés hospitalières de territoire (CHT) et en étendant le pouvoir des directeurs d'hôpitaux.
- La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé portée par Marisol Touraine. Cette loi avait pour but de faciliter l'accès aux soins et consolider le système de santé en permettant entre autres la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Selon les critères de Gollac, ces changements continus dans l'organisation sont donc à même d'augmenter les risques de RPS chez les soignants.

De plus, la conséquence majeure de ces restructurations des hôpitaux est la réduction du personnel. Selon les estimations de la Fédération hospitalière de France en 2009, la réalisation de 300 millions d'économie induite par une diminution du taux de progression de l'ONDAM (Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie) de 3 à 2,5 % se traduit par la suppression de 10 000 emplois par an (28).

Une des autres problématiques est que la vision médicale de l'hôpital s'oppose actuellement à une vision managériale à dominances économique et budgétaire. Dans un but de rentabilité, le qualitatif a laissé place au quantitatif, au grand désarroi des professionnels de santé (29).

Enfin le métier de soignant est en lui-même un métier comportant intrinsèquement des risques psycho-sociaux importants selon les critères Gollac :

- L'intensité et la complexité du travail sont fortes du fait des responsabilités importantes, de la polyvalence du travail, de l'attention et de la vigilance nécessaire à la réalisation des tâches.
- Des horaires de travaux difficiles. En effet, les plages horaires peuvent être très importantes (jusqu'à 24h d'affilée), décalées, de nuit ou bien demander une disponibilité en dehors des horaires de travail. Cela peut rendre difficile la conciliation vie personnelle et vie professionnelle.
- Des conflits de valeur. En effet, les décisions médicales peuvent entraîner des conflits éthiques.
- Des exigences émotionnelles fortes. La confrontation avec le public et la souffrance d'autrui mais aussi la mort sont des facteurs fragilisant la santé mentale des soignants.

2.7 La prévention des RPS

Afin de prévenir des RPS, il existe de nombreux leviers. Patrick Légeron les définit en 7 items (30) :

- Les médias : le rôle des médias n'est pas négligeable. En effet la souffrance au travail est présente dans de nombreuses entreprises mais peu osent en parler. Les médias ont donc la capacité de faire prendre conscience à la société de l'importance de ces problématiques, de leur donner une visibilité et de changer le regard négatif qu'a une partie de la population sur ces risques et cette souffrance. En effet, comprendre la souffrance psychologique n'est pas chose aisée quand on ne l'a pas connue soit même. De plus, ils peuvent faire la promotion d'entreprises ayant une culture du bien-être au travail et diffuser au plus grand nombre les possibilités d'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT).
- L'image et la responsabilisation de l'entreprise : de nombreux partenaires et fonds d'investissements demandent aux entreprises de s'impliquer dans la santé de leurs salariés. En effet leur image au niveau sociétal influera leurs consommateurs, ce qui influera de facto sur leur rentabilité.

- La participation des partenaires sociaux. Ceux-ci ont un pouvoir dans l'entreprises et doivent aider au maintien de la santé des salariés. La mises en place de commissions spécifiques sur la prévention des RPS est un pas de plus dans la prévention des RPS.
- La judiciarisation des RPS : le fait de soutenir par des lois la prévention des RPS en donnant des obligations aux entreprises apportera en toute logique une aide dans le maintien de la santé des salariés. En effet, lorsque les salariés sont en arrêt de travail, qu'ils subissent un AT ou MP, lors des inaptitudes, cela coûte aux employeurs. Limiter les risques et donc par là même les accidents diminuera les cotisations sociales des employeurs.
- L'élaboration de standards et de référentiels simples : des organismes tels que la Direction Générale du Travail (DGT), l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions du Travail (ANACT) ou bien l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) fournissent des schémas facilement compréhensibles permettant la mise en place d'actions de préventions.
- L'implication des pouvoirs publics : continuer les campagnes d'informations sur la prévention des RPS et le maintien de la santé mentale dans les entreprises ou bien la mise en place d'une labélisation des entreprises promouvant le bien-être des salariés sont autant de pistes déjà mises en place qui ne demandent qu'à se développer.

Au sein même de l'entreprise, pour bien comprendre les RPS, il est important de les mesurer pour les maîtriser.

En novembre 2007, à la demande de M. Xavier Bertrand, ministre en charge du travail, un rapport sur la façon d'identifier de quantifier les risques psychosociaux avait été produit par M. Nasse et M. Patrick Légeron. Ce rapport préconisait notamment la mise en place d'une enquête, qui serait diligentée par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), spécifiquement consacrée aux risques psychosociaux au travail.

Afin d'y parvenir, l'INSEE, suivant la recommandation du rapport NASSE-LEGERON, a formé et animé un collège d'experts sur le suivi des risques psychosociaux au travail.

Des travaux de ce collège est né le rapport GOLLAC. L'objectif de ce rapport était de mesurer les facteurs de RPS au travail afin de les maîtriser.

Pour y parvenir, il a fallu prendre en compte la multidisciplinarité des risques. Ces disciplines regroupent (31) :

- L'épidémiologie et l'épidémiologie psychiatrique : elles ont pour objectifs de distinguer les facteurs et les expositions ainsi que leurs conséquences sur la santé. Pour se faire elles

utilisent des études quantitatives basées sur des questionnaires standardisés. Cela leur permet de faire le lien entre l'organisation du travail et la santé mentale et physique des travailleurs et d'en sortir un certain nombre d'études et ouvrages. Ces études se font dans l'idéal sur des panels importants afin de maîtriser les possibles biais.

- L'ergonomie : celle-ci est utile à la prévention des risques professionnels. Pour cela les ergonomes veulent appréhender les différentes situations de travail afin de les adapter à l'individu et ainsi d'augmenter sa sécurité et de préserver sa santé physique et aussi mentale. De plus l'amélioration des conditions de travail participe activement à la rentabilité de l'entreprise en augmentant la productivité des salariés.
- La gestion : elle a pour objectif de prendre en compte les facteurs qui permettent l'amélioration de l'efficacité de l'entreprise, et entre autres les facteurs humains sous le prisme des RPS. Elle va s'intéresser aussi au bien-être au travail car il est indissociable de la performance au travail. Cette gestion est donc orientée vers la mise en place d'actions de prévention des RPS pour conserver l'efficacité de l'entreprise.
- Psychologie et psychiatrie clinique : elle va prendre en compte l'aspect psychopathologique du travail en analysant l'ensemble des décompensations individuelles en lien avec le travail mais aussi à la façon dont les salariés perçoivent l'organisation du travail.
- La médecine du travail : cette spécialité a pour objectif de surveiller l'état de santé des salariés en fonction des actions liés à son travail et aux conditions dans lesquels il effectue ce travail. Le médecin du travail est donc à même d'identifier les situations de travail à l'origine de problèmes de santé mais aussi d'explorer les conditions de travail afin de prévenir les situations à risques pour la santé des salariés. Son champ de compétence comprend les risques physiques et psychosociaux mais aussi de nombreux autres risques (chimiques et biologiques par exemple).
- La sociologie : elle va étudier les risques psychosociaux mais dans un champs plus vaste tel que la prise en compte du marché de l'emploi, des institutions régulant le travail et l'emploi, de la classe sociale, de la structure familiale...
- L'économie : en fonction de la bonne santé ou non du domaine d'activité de l'entreprise, des risques psychosociaux pourront émerger. En effet, lorsque le marché n'est pas porteur, les salariés voient souvent leur charge de travail et la pression temporelle augmenter et ressentent une insécurité dans l'emploi liée à des risques de licenciements.
- Le droit : même si le terme RPS n'existe pas en termes de vocabulaire juridique, ceux-ci touchent à la sécurité au travail au travers de plusieurs grands termes : l'obligation de sécurité et résultat de l'employeur, le rôle du Comité Social et Economique (CSE) sur les

conditions de travail et le harcèlement moral. Cette approche juridique peut se faire au niveau collectif ou bien individuel. Le droit dispose donc de moyens répressifs pour lutter contre les RPS via l'inspection du travail ou les tribunaux prud'homaux. En effet le rôle des avocats en droit du travail et des juges est rarement cité dans la prévention des RPS mais est pourtant capital.

Les facteurs de risques ont été catégorisés selon 6 grandes familles dans le rapport GOLLAC :

- Intensité du travail et temps de travail : complexité ou monotonie de la tâche, intensité du travail, pression temporelle et horaires contraignantes...
- Les exigences émotionnelles : la confrontation à la mort, à la souffrance, à des agressions...
- L'autonomie et la marge de manœuvre : Défaut ou excès
- Les rapports sociaux et les relations au travail : injustices, tensions interpersonnelles, manque de reconnaissance...
- Conflits de valeurs : conflits éthiques, qualité de travail empêchée, recherche de sens au travail...
- L'insécurité de la situation de travail : statut précaire, changements, restructurations...

La prise en compte de ces six critères par les employeurs et les managers est essentielle pour permettre l'épanouissement du salarié dans son emploi.

Ces leviers vont être utiles dans l'élaboration d'un plan d'action permettant l'amélioration de la Qualité de Vie au Travail (QVT). Une définition a été donnée dans l'accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 : « La QVT peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué » (32).

Ce plan d'action doit permettre d'agir sur la prévention primaire (éliminer les sources de RPS), la prévention secondaire (donner les outils aux salariés pour les aider à faire face aux différentes situations) et la prévention tertiaire (action sur la prise en charge et le retour dans l'emploi des salariés en situation de souffrance au travail). Il peut concerner tous les employés ou bien être spécifiques à certaines unités de travail en fonction des risques.

3. Méthode

Une première étude avait été réalisée en 2014. Celle-ci a été reproduite en 2019 selon un protocole similaire.

3.1 Sélection du matériel de travail

L'étude porte sur les salariés du Centre Hospitalo-universitaire de Rouen. Premier employeur de Haute Normandie, plus de 10 000 personnes y travaillent. Les salariés sont répartis dans un ensemble de 5 hôpitaux : l'hôpital Charles-Nicolle (Rouen), l'hôpital de Bois-Guillaume, l'hôpital Saint-Julien (Le Petit-Quevilly), l'hôpital d'Oissel et l'EHPAD Boucicaut (Mont-Saint-Aignan).

Le personnel était réparti de la façon suivante au 31/12/18 : 2466 personnels médicaux (médecins et internes), 502 personnels médico-techniques, 755 personnels administratifs, 1147 personnels techniques et 5483 personnels soignant éducatif (infirmiers et cadres infirmiers, aides-soignants, sage femmes, masseurs kinésithérapeutes et spécialistes de la rééducation, ambulanciers, assistants dentaires, psychologues, éducateurs spécialisés)

L'échantillon de l'étude était constitué des salariés nés en octobre des années paires et toujours en activité au moment de la réalisation du questionnaire.

Étaient exclus de l'étude les étudiants en médecine, pharmacie et des filières paramédicales ainsi que les salariés en cours de formation (sauf les internes).

3.2 Type d'étude

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

3.3 Recueil de données

3.3.1 Convocation des salariés

Avec l'aide des secrétaires du service de santé travail du CHU de Rouen, un premier courrier a été envoyé aux salariés afin de réaliser un entretien de 20 minutes pour répondre au

questionnaire EVREST. N'ayant eu que peu de retour, un deuxième courrier leur a été renvoyé afin de venir remplir le questionnaire mais aussi pour réaliser leur visite de suivi, ce qui faisait rentrer l'entretien dans le cadre légal des visites de santé au travail.

Cela a donc apporté une charge de travail supplémentaire à laquelle s'est ajoutée la re-convocation de salariés qui nécessitaient d'être revus pour des motifs de souffrance physique ou psychique au travail.

Les secrétaires ont aussi géré le planning des consultations ainsi que la re-convocation des salariés le nécessitant.

3.3.2 L'entretien

Les entretiens se sont déroulés en trois parties :

- En premier, le salarié était vu par la secrétaire qui faisait le point administratif avec lui.
- Elle lui remettait ensuite un questionnaire que la personne remplissait dans la salle d'attente.
- Une fois le questionnaire rempli le salarié était vu en entretien par le médecin du travail ou l'infirmière du travail. En amont, les dossiers avaient été triés et préparés par une autre secrétaire afin d'avoir accès aux données nécessaires à la bonne réalisation de l'entretien.

L'entretien d'environ une demi-heure permettait de discuter du questionnaire avec le salarié et de réaliser une visite de santé travail.

Enfin une fois l'entretien réalisé, le questionnaire était rendu à la secrétaire qui le saisissait sur le site EVREST. Le salarié pouvait aussi être pris en charge par les infirmières pour la réalisation d'examen complémentaire ou de vaccinations.

Les entretiens étaient pour la plupart réalisés dans le service de santé au travail de l'hôpital Charles Nicolle, mais une partie a aussi été réalisée à l'hôpital Saint Julien.

3.3.3 Aides à la réalisation de l'étude

Afin de mener à bien l'étude, d'autres médecins du travail ainsi que les infirmières ont participé à la réalisation des entretiens.

De plus, des réunions ont été organisées de manière trimestrielle. Durant ces réunions, différents points étaient abordés : l'avancement de la réalisation de l'étude, les difficultés rencontrés, l'harmonisation de la compréhension des questions...etc.

3.3.4 Le questionnaire EVREST

Il s'agit d'un questionnaire utilisé par l'observatoire pluriannuel **EVREST (E**Volutions et **RE**lations en **S**anté au **T**ravail) (<http://evrest.istnf.fr/page-0-0-0.html>). Cet observatoire national français, mis en place en 2007 par des médecins du travail et des chercheurs, a pour but de collecter des données et de créer une base de données sur les conditions de travail et la santé d'un échantillon représentatif de salariés.

Ce questionnaire court et stable dans le temps, composé de questions fermées, est rempli par les salariés lors des entretiens périodiques de santé au travail, que ce soit avec les médecins du travail membres du réseau EVREST ou bien par les infirmiers en santé au travail.

A noter que seules les réponses des salariés nés en octobre sont intégrées dans la base de données Nationale, ce qui n'empêche pas de faire passer le questionnaire à d'autres salariés pour répondre à des demandes d'entreprises par exemple.

Le dispositif EVREST permet aussi de suivre au cours du temps les évolutions des conditions de travail et de la santé des salariés en rendant visible au niveau collectif des informations qui restent habituellement au sein de la consultation médicale.

Le questionnaire est présenté en annexe 2.

3.4 Méthodes statistiques, considérations éthiques, autres informations

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 via le logiciel STATA.

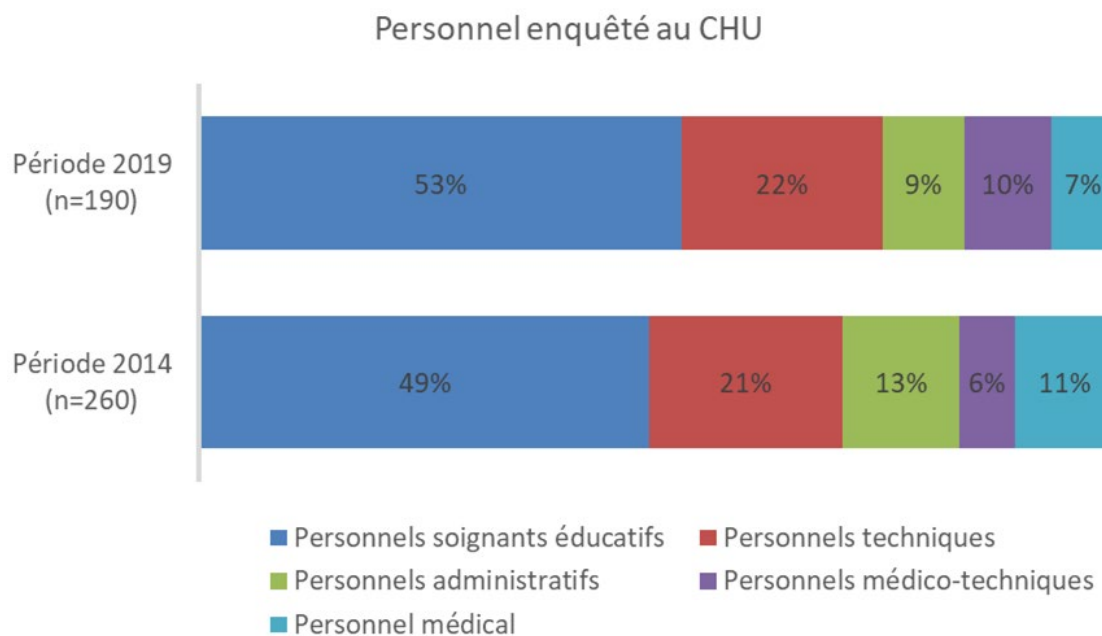
Des tests de chi 2 ou de Fischer pour la comparaison de proportions ont été réalisés.

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

4. Résultats

4.1 Description de la population de l'étude

Au total, 190 salariés ont été interrogés sur les 387 prévus (Taux de réponse : 49 %).



Répartition par catégories professionnelles entre 2014 et 2019

Nous avons observé une répartition non statistiquement différente entre 2014 et 2019, la part de médecins et de personnels administratifs semblait cependant moindre et celle de personnel médico-technique plus importante dans l'échantillon enquêté.

	Salariés enquêtés en 2014		Salariés enquêtés en 2019	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Personnels soignants éducatifs	128	49 %	101	53 %
Personnels techniques	56	21 %	40	22 %
Personnels administratifs	32	13 %	17	9 %
Personnels médico-techniques	16	6 %	17	10 %
Personnel médical	28	11 %	15	7 %
Ensemble	260	100 %	190	100 %

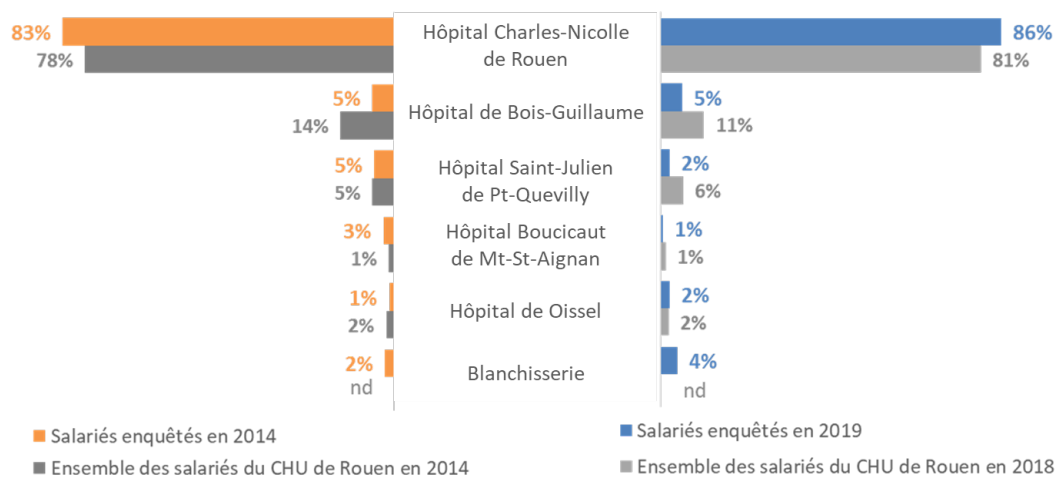
Nombre de personnes enquêtées

Par rapport à 2014, 70 personnes en moins ont répondu à l'enquête, soit 33.9% de salariés en moins.

	Période 2014	Période 2019
Personnels soignants éducatifs	2,3 %	1,8 %
Personnels techniques	4,7 %	3,5 %
Personnels administratifs	4,2 %	2,3 %
Personnels médico-techniques	3,4 %	3,4 %
Personnel médical	1,2 %	0,6 %
Ensemble	2,5 %	1,8 %

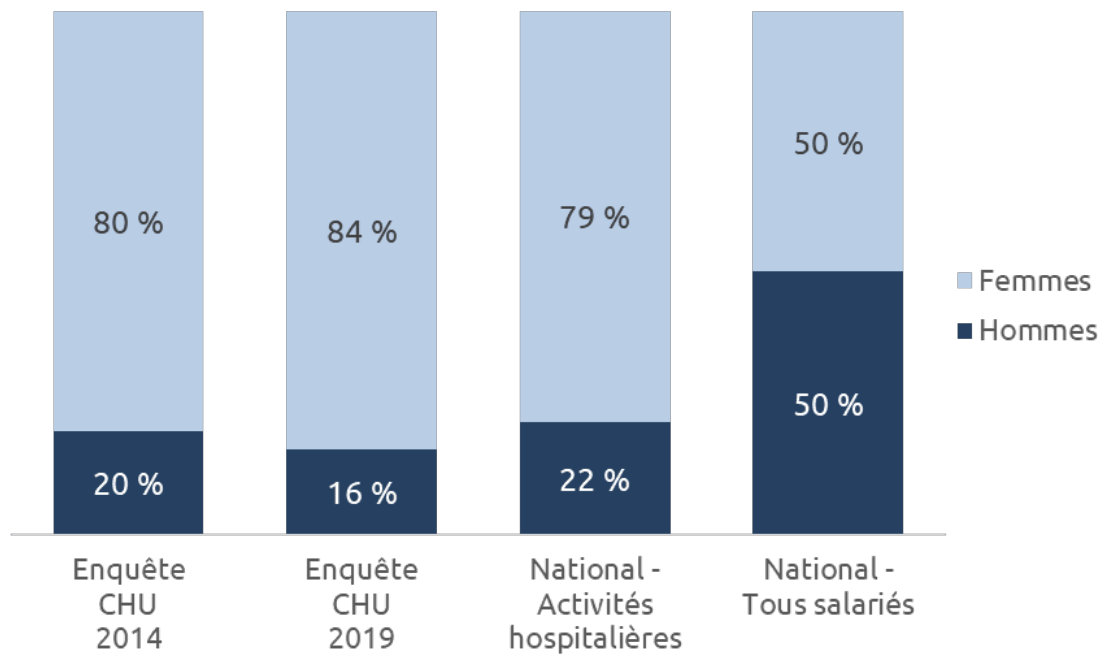
Taux de participation total par rapport au personnel du CHU

En 2014, 2.5% des salariés avaient répondu à l'enquête, contre 1.8% en 2019.



Répartition des salariés par site

Le pourcentage de salariés ayant répondu à l'enquête n'est pas statistiquement différent du pourcentage de salariés présents par site sur les deux années.

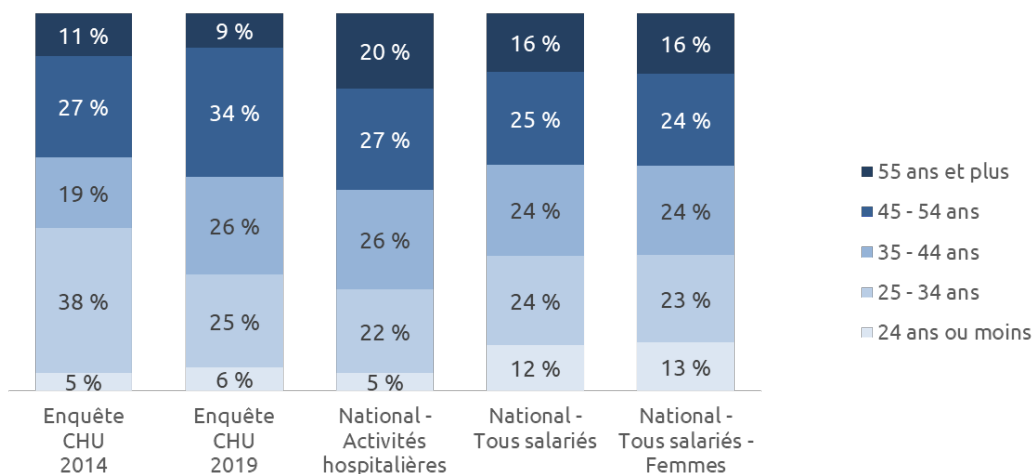


Répartition par sexe

La répartition par sexe est non statistiquement différente entre 2014 et 2019. Les femmes sont toujours majoritairement représentées.

À titre indicatif, nous établirons un comparatif par rapport aux résultats EVREST au niveau national pour toutes les activités hospitalières ainsi qu'un comparatif par rapport aux résultats EVREST au niveau national pour les salariés femmes dans tous les emplois.

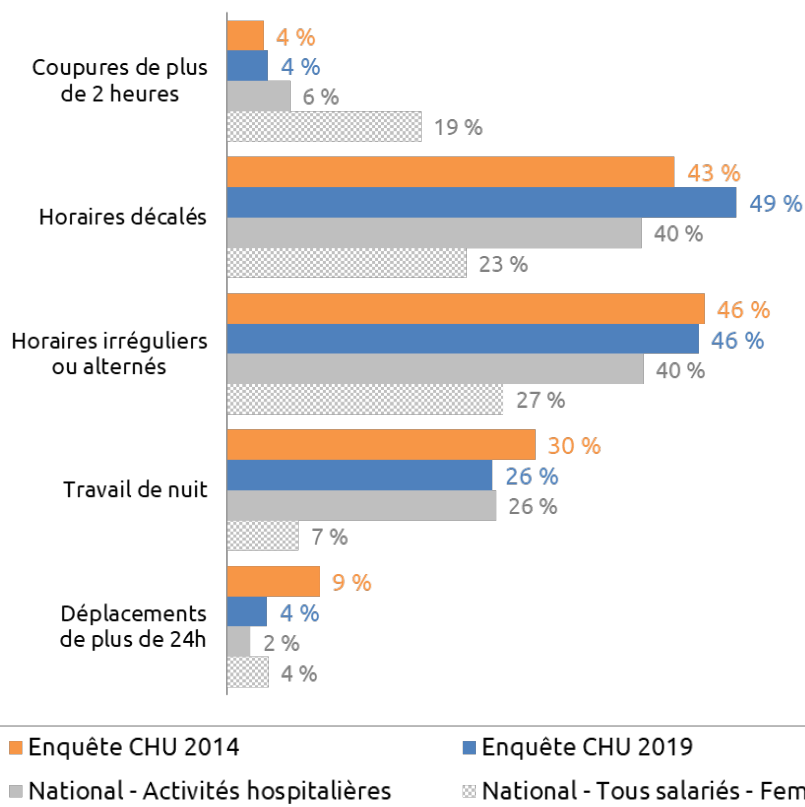
Nous avons choisi de comparer nos données aux femmes au niveau national et non aux hommes car la population hospitalière est féminine à 81% au CHU de rouen en 2019 (selon le bilan social de 2018 du CHU de Rouen).



Répartition par classe d'âge

Il existe une différence significative des âges entre 2014 et 2019. En effet, la population entre 25 et 34 ans était plus représentée en 2014 alors que les 35-44 ans et 45-54 ans sont plus représentés en 2019.

4.2 Conditions de travail



Travail en horaires décalés, horaires irréguliers/alternés, travail de nuit

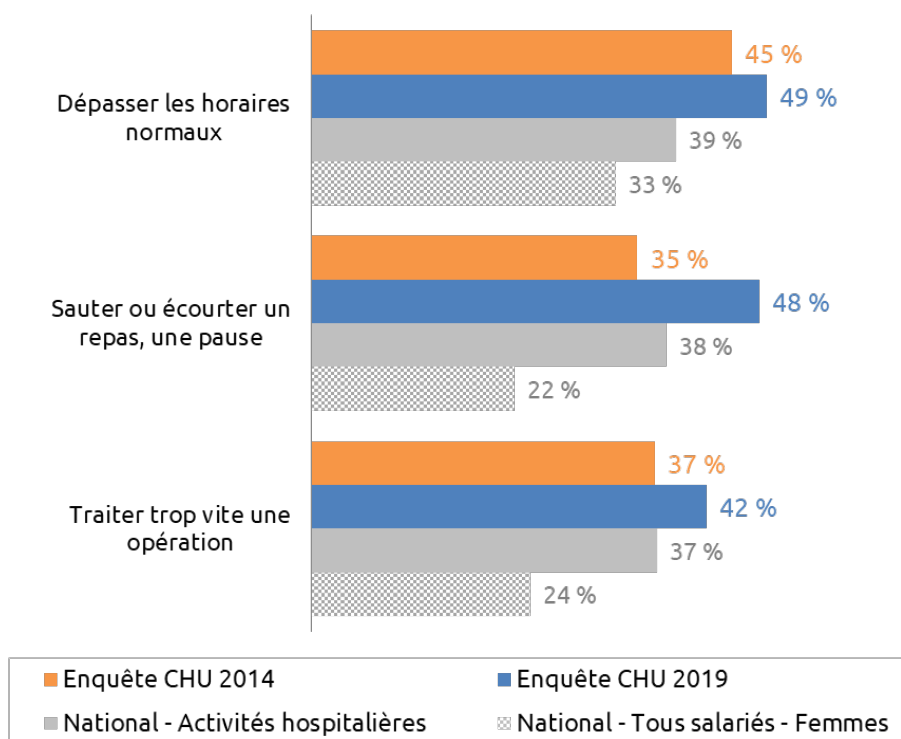
En 2019, environ un salarié sur 20 (4%) déclare avoir des coupures de plus de 2h, ce qui est identique à 2014.

Environ un sur 2 (49%) déclare avoir des horaires décalés, ce qui est non statistiquement différent par rapport à 2014 (43%).

Au niveau des horaires irréguliers, quasiment un salarié sur 2 (46%) nous rapporte travailler à des horaires irréguliers ou alternés, exactement comme en 2014.

Presqu'un salarié sur 3 déclare travailler de nuit (30%), ce qui était déjà le cas en 2014 (26%).

Il existe une différence significative au niveau du déplacement de plus de 24h. En effet moins d'un salarié sur 25 (4%) nous rapporte faire ces longs déplacements, alors qu'en 2014 cela représentait un salarié sur 10 (9%).

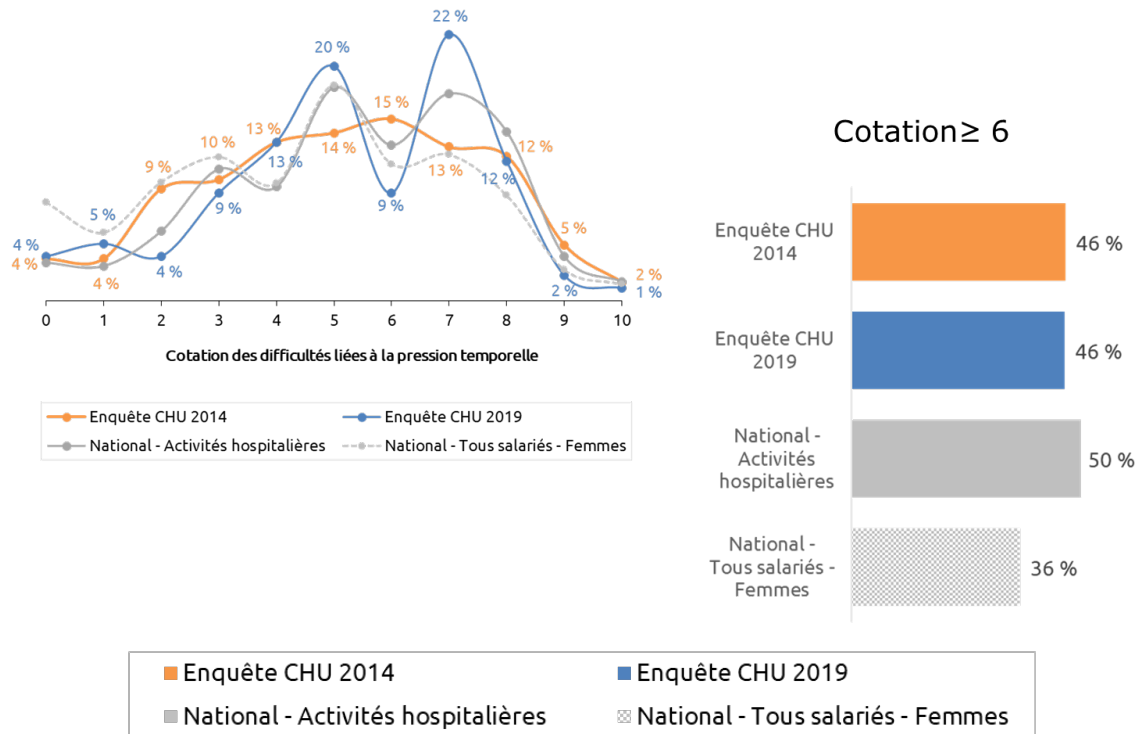


Contraintes temporelles

Presqu'un salarié sur 2 (49%) rapporte dépasser assez et très souvent ses horaires normaux du fait de sa charge de travail, ce qui était déjà le cas en 2014 (45%).

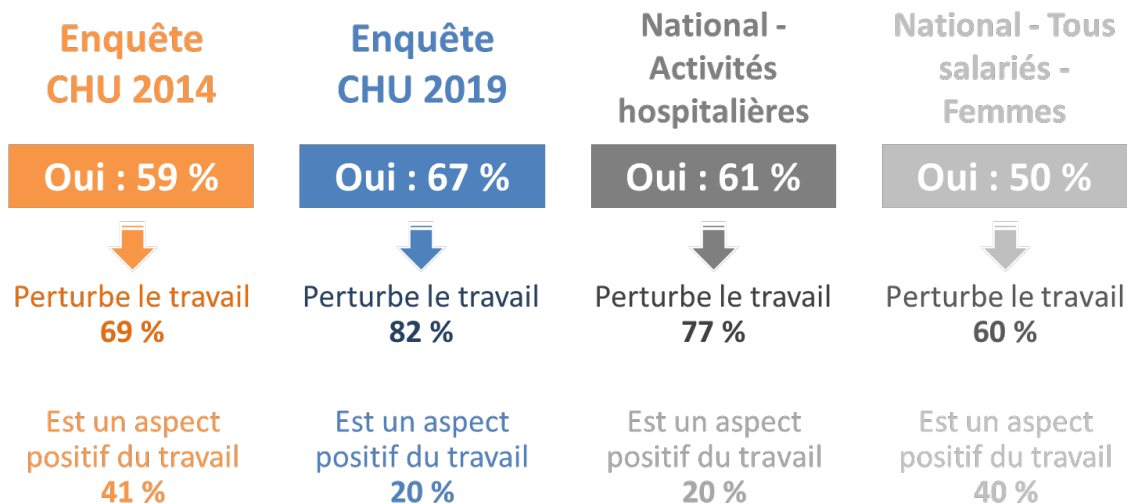
De même, environ un salarié sur 2 (48%) déclare sauter ou écourter un repas ou une pause. Cette différence est significative par rapport à 2014 où seulement environ un salarié sur 3 (35%) avait répondu positif à cette question.

Environ 4 salariés sur 10 (42%) déclarent traiter trop vite une opération, ce qui est non statistiquement différent par rapport à 2014 (37%).



Cotation de la pression temporelle

46% des salariés ayant répondu à l'enquête rapportent des difficultés liées à une forte pression temporelle (cotation $\geq 6/10$), ce qui était déjà le cas en 2014 (46%). Et 15% de ces salariés déclarent travailler avec une très forte pression temporelle (cotation $\geq 8/10$), ce qui est non statistiquement différent par rapport à 2014 (18%).

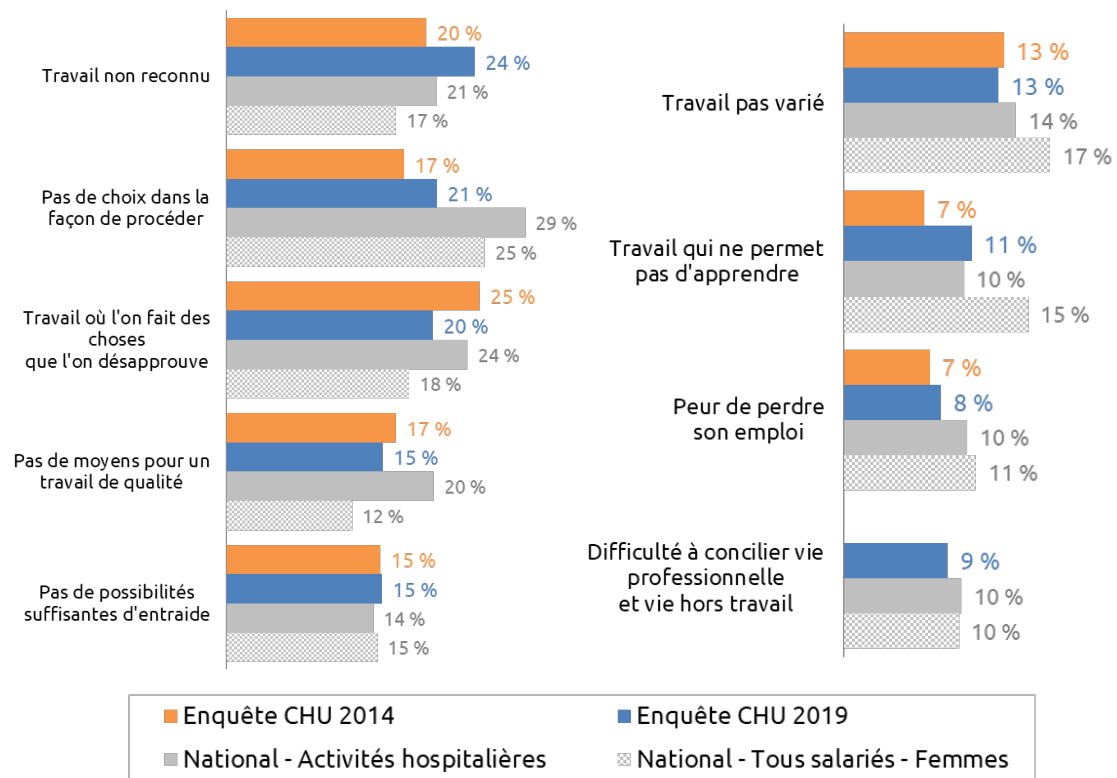


Abandon de tâches

Au niveau de l'abandon fréquent de tâches, 2 salariés sur 3 ont répondu oui (67%) alors qu'ils étaient seulement un peu plus de 1 sur 2 en 2014, ce qui est statistiquement significatif.

De même un peu plus de 8 salariés sur 10 (82%) sont perturbés dans leur travail par ces abandons de tâches, alors qu'ils étaient un peu moins de 7 salariés sur 10 (69%) à s'en plaindre en 2014, ce qui est statistiquement significatif.

Enfin seulement un salarié sur 5 (20%) trouve un aspect positif à cet abandon de tâche, alors qu'ils étaient le double en 2014 (41%), ce qui est statistiquement significatif.



Appréciation du travail

1 salarié sur 4 a déclaré ne pas sentir que son travail était reconnu, alors qu'un salarié sur 5 s'en plaignait en 2014. Il n'y a cependant statistiquement pas de différence.

21% ont rapporté ne pas avoir le choix dans la façon de procéder dans leur travail, ce qui est non statistiquement différent par rapport à 2014 (17%).

1 salarié sur 5 a répondu qu'il faisait des choses qu'il désapprouvait dans son travail. Ils étaient un peu plus à avoir répondu « oui » en 2014 (1 salarié sur 4) mais la différence n'est pas significative statistiquement.

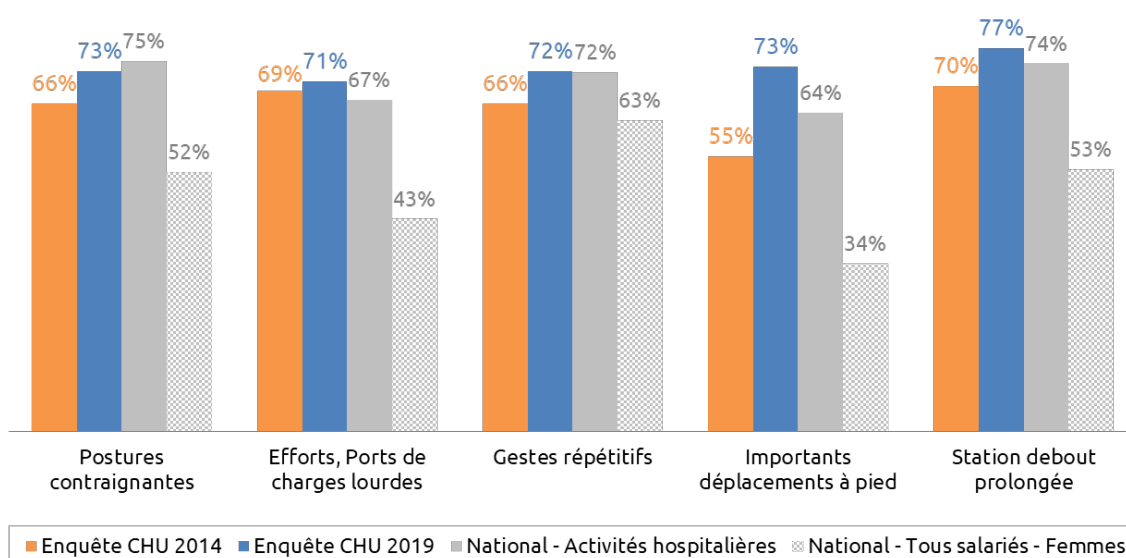
15% ont le sentiment de ne pas avoir les moyens pour faire un travail de bonne qualité ainsi que de ne pas avoir assez de possibilité d'entraide, ce qui était déjà le cas en 2014.

À la question « trouvez-vous votre travail varié ? », 1 salarié sur 6 (13%) a répondu « non », comme en 2014.

Ils sont un peu plus en 2019 (11%) qu'en 2014 (7%) à penser que leur travail ne leur permet pas d'apprendre des choses, mais la différence n'est pas statistiquement pas significative.

Si ils étaient 7% à avoir peur de perdre leur emploi en 2014, ils sont 8% en 2019. Cette différence n'est pas statistiquement significative.

L'item « difficulté à concilier vie professionnelle et vie hors travail » n'existant pas en 2014, nous avons comparé par rapport au niveau national hospitalier et national femme tout emploi. Il n'y a pas de différence, 1 salarié sur 10 ayant répondu « oui » à la question.

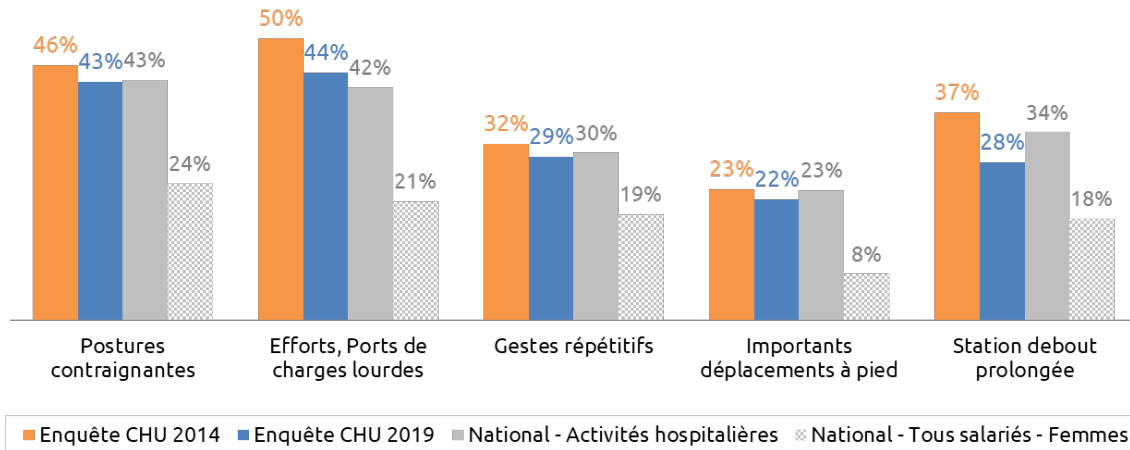


Charge physique au poste de travail

Un peu plus de 2 salariés sur 3 se disent concernés par les postures contraignantes, les efforts de charges de charges lourdes et les gestes répétitives, ce qui est non statistiquement différent par rapport à 2014.

Il existe une différence statistiquement significative pour les réponse à l'item « importants déplacement à pieds ». En effet, si ils sont environ 3 salariés sur 4 à répondre oui en 2019, ils n'était qu'un peu plus d'un sur 2 (55%) en 2014.

Enfin pour ce qui est de la station debout prolongée, un peu plus de 3 salariés sur 4 (77%) ont répondu « oui » à l'item, soit 7% de plus qu'en 2014 (70%), ce qui est statistiquement significatif.



Pénibilité au poste de travail

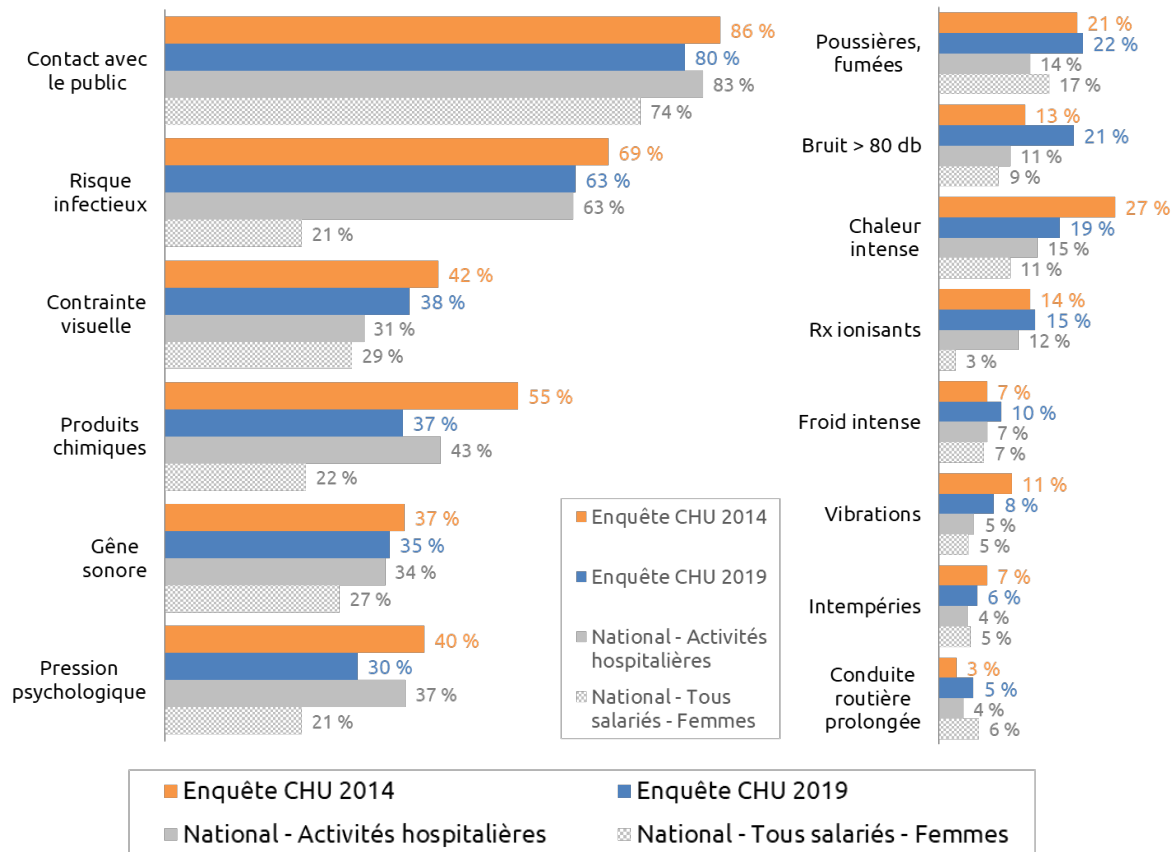
Au niveau des postures contraignantes (46%) et des efforts/ports de charges lourdes (50%), environ un salarié sur 2 ressentait de la pénibilité, comme en 2014.

Pour ce qui est de la pénibilité des gestes répétitifs, presque 1 salarié sur 3 a répondu « oui », ce qui était déjà le cas en 2014.

Un salarié sur 4 ressent de la pénibilité du fait d'importants déplacements à pieds, comme en 2014.

Par contre il existe une différence statistiquement significative entre 2019 et 2014 sur la pénibilité de la station debout prolongé. En effet, si ils étaient 37% en 2014 à s'en plaindre, ils ne sont plus que 28% en 2019.

4.3 Expositions professionnelles

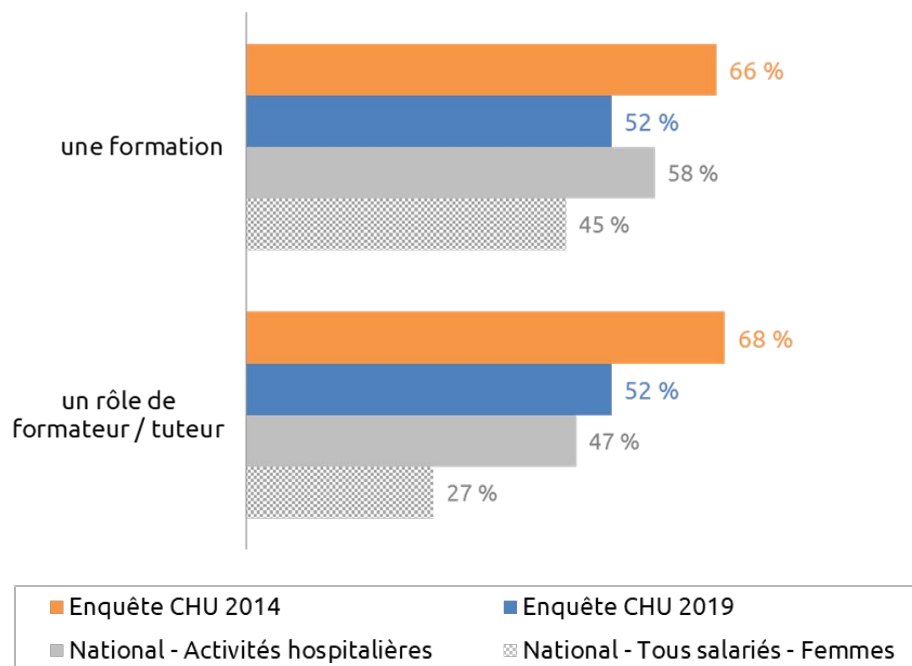


Expositions professionnelles

Au niveau des expositions, certaines ont très peu varié entre 2014 et 2019. En effet, un peu plus de 8 salariés sur 10 disaient être en contact avec le public en 2014, ce qui n'est pas statistiquement différent par rapport à 2019. Les salariés exposés au risque infectieux représentent 2 personnes sur 3 en 2019, comme en 2014. 2 salariés sur 5 se disent exposés à une contrainte visuelle en 2019, soit le même nombre qu'en 2014. 37% se disent exposés à une gêne sonore en 2019, soit un résultats statistiquement non différent par rapport à 2014 (35%). En 2014 et 2019, un salarié sur 5 était exposé à la poussière et aux fumées. Les rayonnements ionisants touchent 15% des salariés en 2019, soit la même proportion qu'en 2014 (14%). Si les salariés étaient 7% à être exposés au froid intense en 2014, ils sont 10% en 2019, mais la différence n'est pas significative statistiquement. Environ un salarié sur 10 est exposé aux vibrations (11%), soit une différence non significative par rapport à 2014 (8%). 7% des salariés sont exposés aux intempéries en 2019, ils étaient 6% en 2014. Très peu de salariés sont exposés à la conduite routière prolongée (3%), ce qui était déjà le cas en 2014 (5%).

Cependant il existe plusieurs différences significatives. Si ils étaient un peu plus d'un salarié sur deux à être exposés aux produits chimiques en 2014, ils ne sont plus qu'un sur 3 en 2019 (33%). La pression psychologique a diminué de 10% entre 2014 et 2019. De même si un salarié sur 4 se plaignait de la chaleur en 2014, ils ne sont plus qu'un sur 5 à s'en plaindre en 2019. Il y a par contre eu une augmentation des salariés se disant exposés au bruit > 80db de 8% entre 2014 et 2019 (13% à 21%).

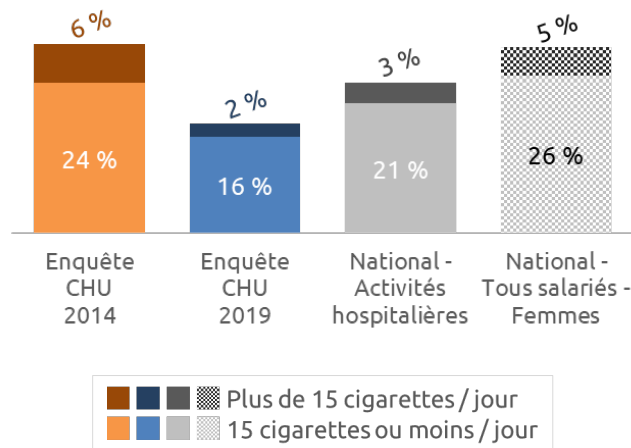
4.4 Formation



Formation et rôle de tutorat durant la dernière année

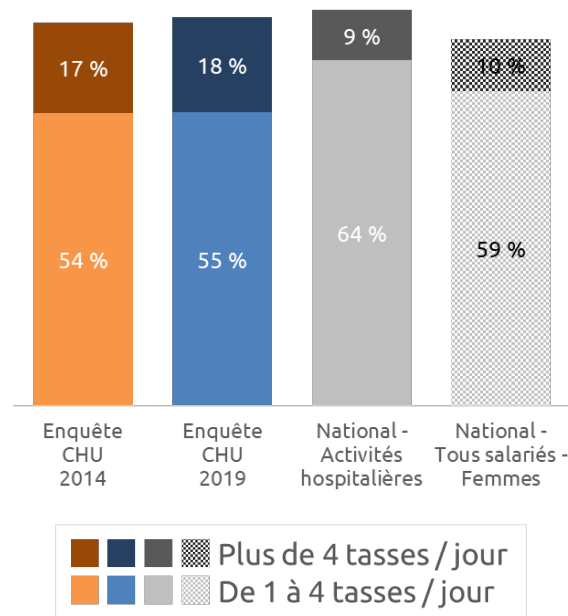
Il y a eu une diminution statistiquement significative de la formation des salariés ainsi que de leur rôle de formateur. En effet si un salarié sur 3 disait avoir eu une formation et/ou un rôle de tuteur en 2014, seulement 1 salarié sur 2 répondait oui à un ou aux deux items.

4.5 Mode de vie



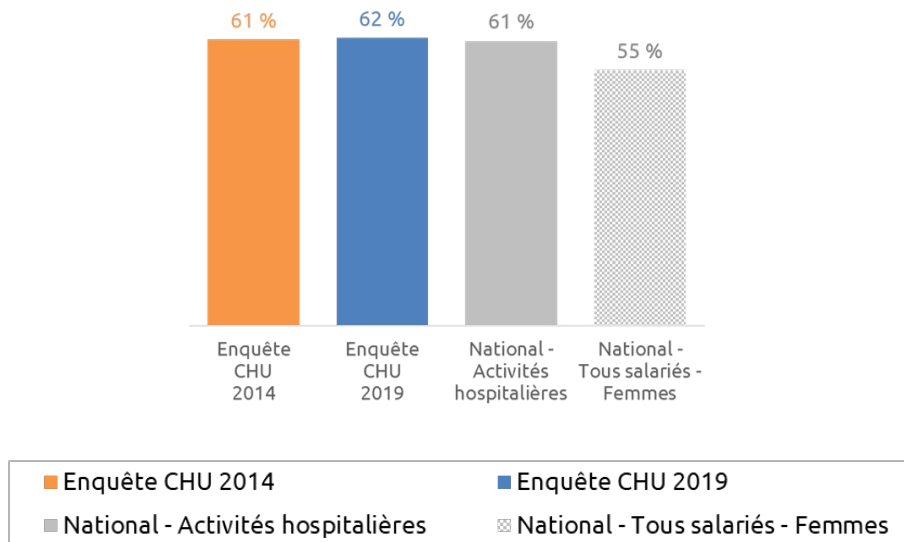
Consommation de tabac

Au niveau de la consommation de tabac, on voit une diminution significative. Il y a dans notre étude deux tiers de gros fumeurs en moins (plus de 15 cigarettes par jour) et un tiers de fumeurs modérés en moins (15 cigarettes par jour ou moins) en 2019 par rapport à 2014.



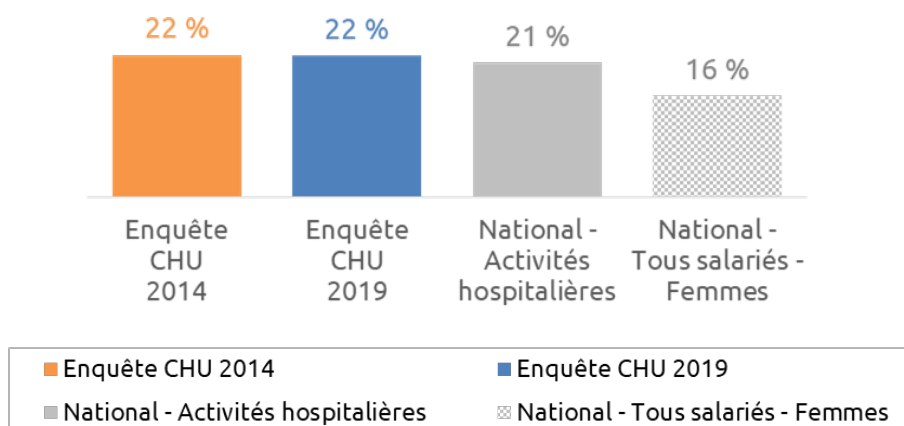
Consommation de café

La consommation de café n'est pas statistiquement différente entre 2014 et 2019. Elle concerne 1 salarié sur 2 pour ce qui est de 1 à 4 tasses par jour et environ un salarié sur 5 pour ce qui est de la consommation de plus de 4 tasses par jour.



Pratique d'une activité physique

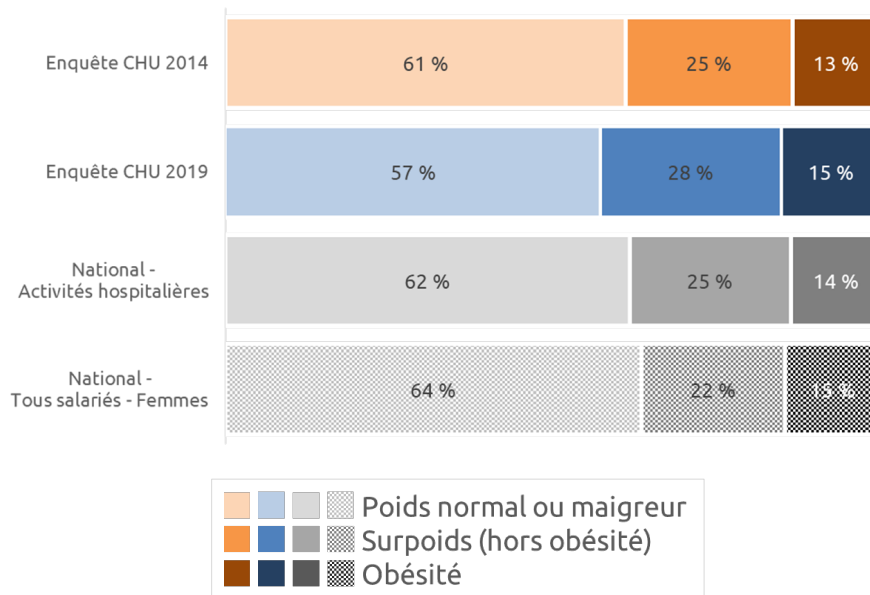
62% des salariés rapportent pratiquer une activité sportive régulière, soit la même proportion qu'en 2014 (61%).



Trajet domicile/travail long ou pénible

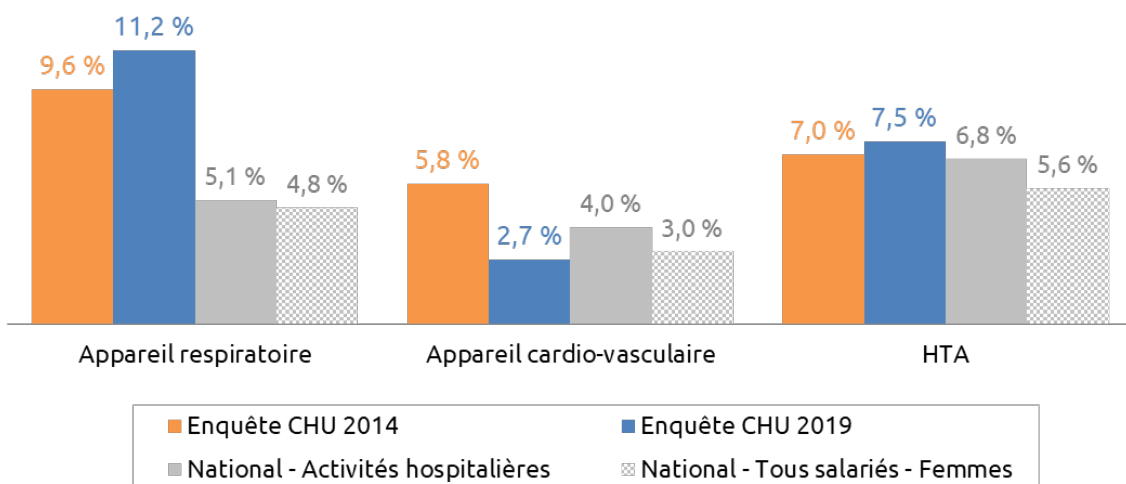
Comme en 2014, ils sont 22% à trouver que leur trajet domicile/travail est long ou pénible.

4.6 Etat de santé



Corpulence selon l'indice de masse corporelle (IMC)

La majorité des salariés (57%) ont un IMC inférieur à 25, 28% ont un IMC entre 25 et 30 et seulement 15% ont un IMC supérieur à 30. Ces résultats ne sont pas statistiquement différents par rapport à ceux de 2014.

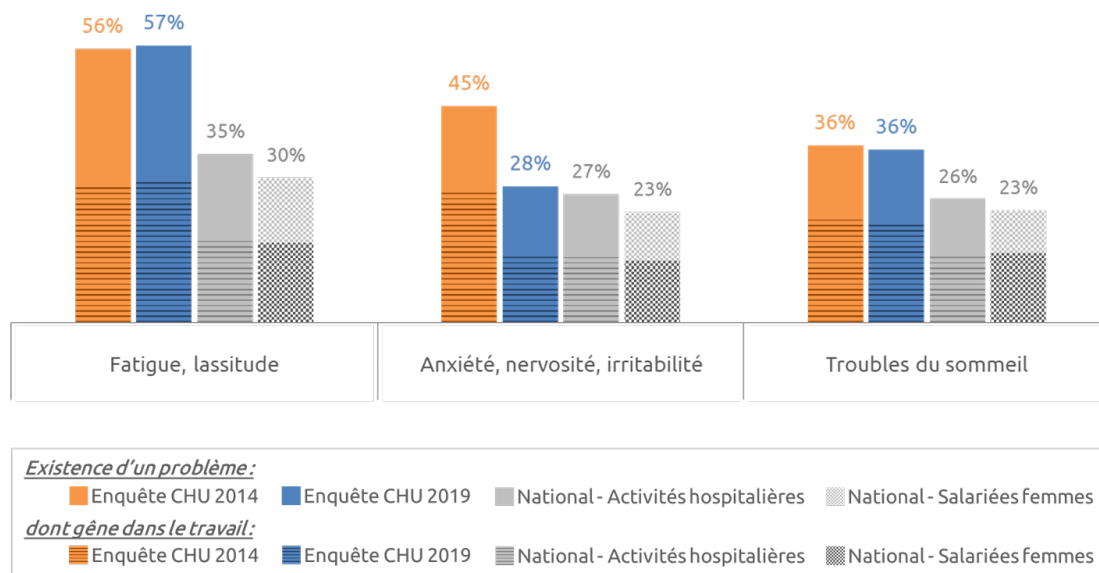


Appareil cardio-respiratoire

Au niveau de l'appareil respiratoire, environ 1 salarié sur 10 rapporte 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. C'était déjà le cas en 2014.

Pour ce qui est de l'appareil cardio-vasculaire, 2.7% présentent des plaintes ou des signes cliniques et/ou étaient gênés dans leur travail et/ou recevaient des soins dans les sept derniers jours. Ils étaient 5.8% en 2014. Cette différence n'est pas significative.

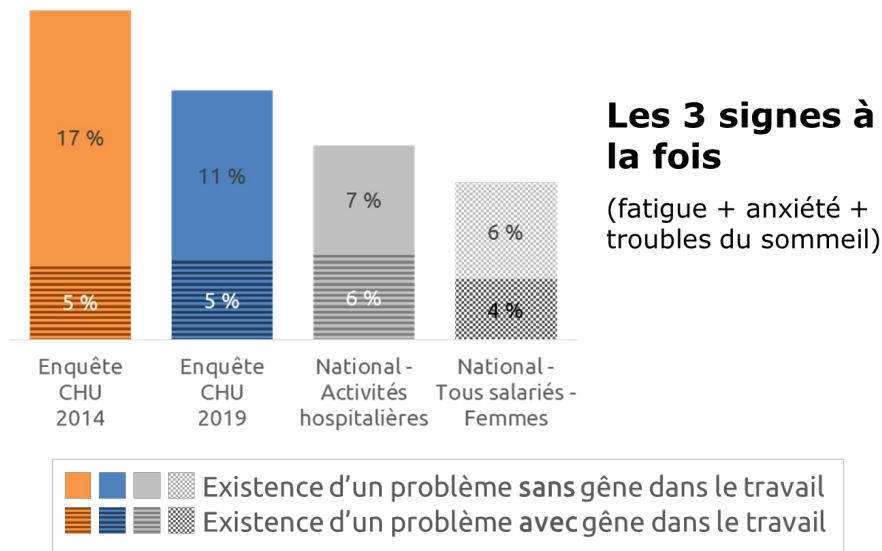
Enfin 7.5% des salariés présentent des plaintes ou des signes cliniques d'hypertension artérielle et/ou se disait gênée dans leur activité par cette pathologie et/ou recevait des soins dans les sept derniers jours, soit la même proportion qu'en 2014 (7%).



Troubles neuropsychiques

En 2019, plus d'un salarié sur 2 présente une fatigue dans le travail. Cette progression n'est pas différente de celle de 2014.

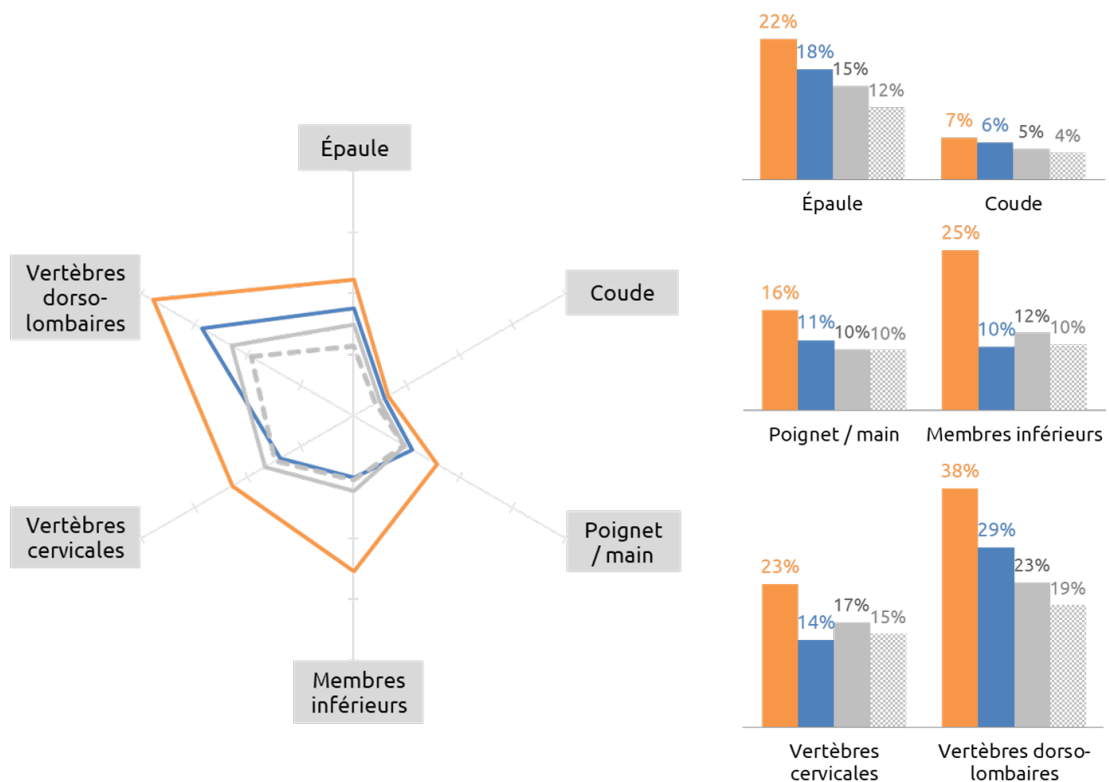
Environ 1 salarié sur 3 rapporte des troubles du sommeil, soit la même proportion qu'en 2014. Par contre il existe une différence significative au niveau des réponses de l'item anxiété, nervosité, irritabilité. En effet les salariés ressentent beaucoup moins de nervosité, anxiété, irritabilité (28% en 2019 vs 45% en 2014) et ils sont beaucoup moins gênés au travail.



Troubles neuropsychiques

Au total, 16% des salariés présentent des troubles neuropsychiques (les trois signes à la fois parmi : fatigue/lassitude et anxiété/nervosité/irritabilité et troubles du sommeil). 11% considèrent que ces troubles ne posent pas de gêne dans leur travail et 5% considèrent que cela entraîne une gêne.

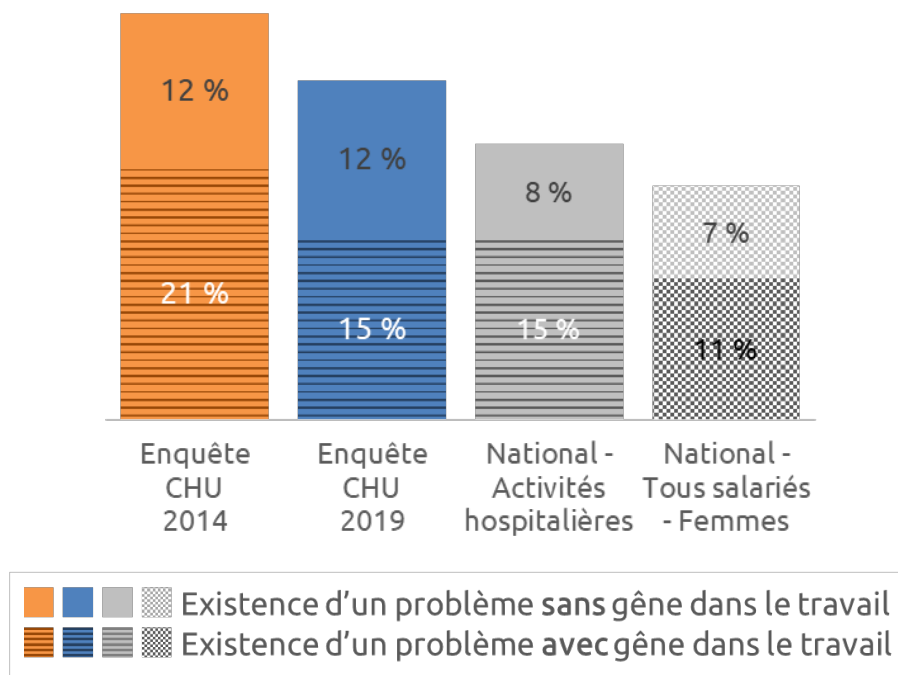
Ces résultats ne sont pas statistiquement différents par rapport à 2014.



Au niveau des TMS, on remarque une diminution des plaintes de manière globale entre 2014 et 2019.

En effet, il y a une diminution significative des plaintes au niveau des membres inférieurs (-15%), des vertèbres cervicales (-9%) et des vertèbres dorso-lombaires (-9%).

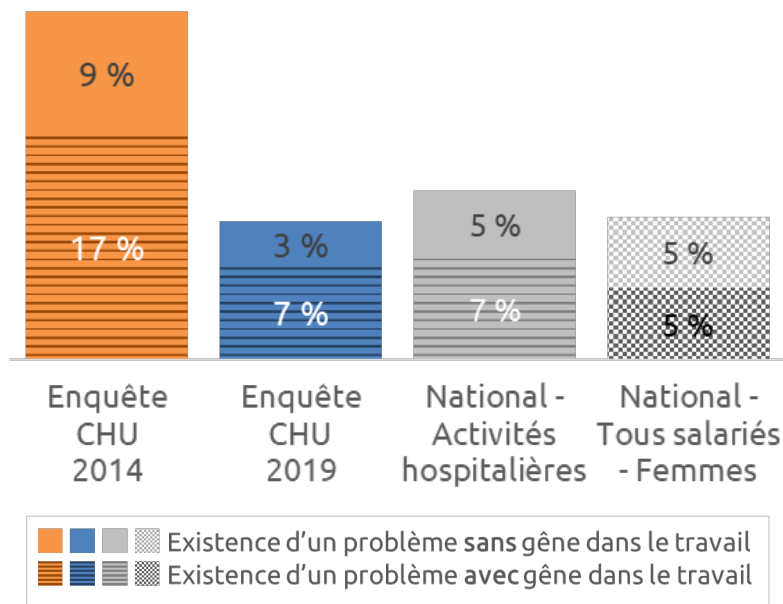
On note aussi une diminution des plaintes au niveau des épaules (-4%), des coudes (-1%) et des poignets (-5%) mais cette baisse n'est pas statistiquement significative.



TMS des membres supérieurs

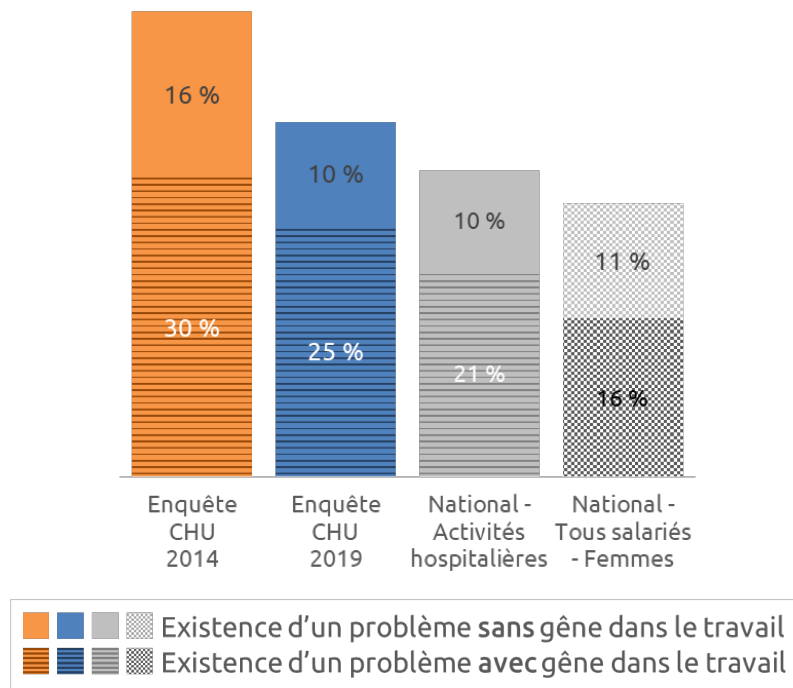
Sur les 27% des salariés présentant des troubles des membres supérieurs, 12% rapportent un problème sans gêne dans le travail et 15% rapportent une gêne dans le travail.

En 2014 si ils étaient aussi 12% à rapporter un problème sans gêne dans le travail, ils étaient 6 % de plus à rapporter un problème avec une gêne dans le travail (21%). Mais cette différence n'est pas statistiquement significative.



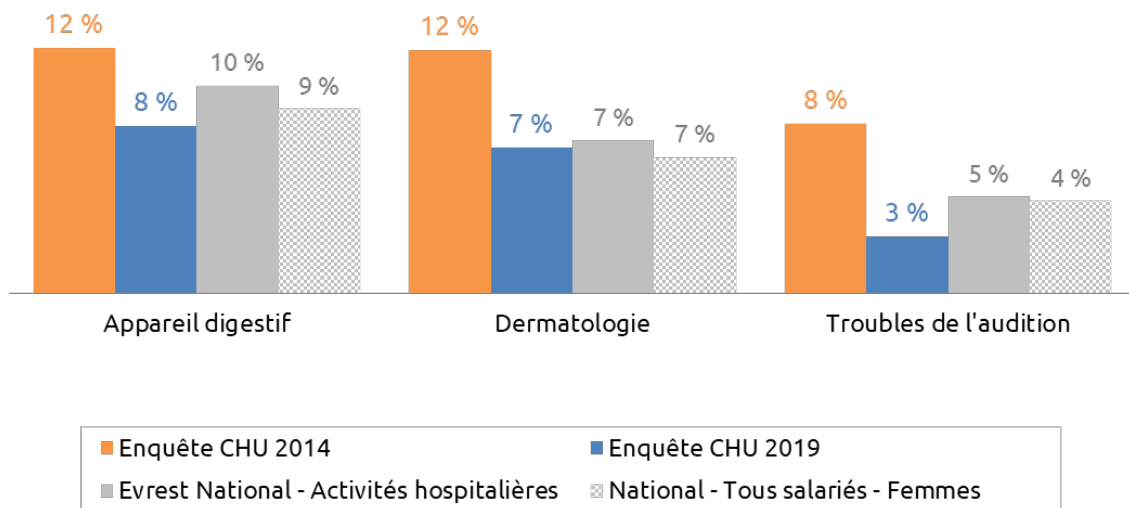
TMS des membres inférieurs

Il existe une différence significative au niveau de l'existence d'un problème avec gêne dans le travail en ce qui concerne les TMS des membres inférieurs. Si ils sont à peine 1 salarié sur 10 à répondre oui à cet item, ils étaient presque 2 salariés sur 10 en 2014. De plus 6% de salariés en plus déclaraient l'existence d'un problème sans gêne dans le travail en 2014 (9% vs 3% en 2019). Cette différence est aussi statistiquement significative.



TMS du rachis

Au niveau du rachis, 35% des salariés rapportent un problème. Cette différence est statistiquement significative par rapport à 2014 où ils étaient 46%.



Autres Appareils

Au niveau de l'appareil digestif, si ils étaient 12% à rapporter un problème en 2014, ils ne sont plus que 8% en 2019. Mais cette différence n'est pas significative statistiquement.

Il existe une différence significative au niveau des plaintes dermatologiques (12% en 2014 vs 7% en 2019) et au niveau des troubles de l'audition (8% en 2014 vs 3% en 2019).

4.7 Tableau récapitulatif

	Conditions de travail et de vie	Tendance évolutive entre 2014 et 2019
Saliés	Nombre de rpondants	↓
	Taux de femmes	NS ↑
	Age	↑
Contraintes horaires	Coupures > 2H	NS ↔
	Horaires dcalés	NS ↑
	Horaires irrégulières ou alternés	NS ↔
	Travail de nuit	NS ↓
	Dplacements >24h	↓
Contraintes de temps	Horaires dépassés	NS ↑
	Saut repas ou pause	↑
	Traiter trop vite une activité	NS ↑
	Pression temporelle	NS ↔
	Abandon de tâche	↑
Appréciations du travail	Travail non reconnu	NS ↑
	Travail sans choix de la façon de procéder	NS ↑
	Faire des choses désapprouvées	NS ↓
	Pas les moyens de faire un travail de qualité	NS ↓
	Pas de possibilité suffisantes d'entraide	NS ↔
	Travail pas varié	NS ↔
	Travail qui ne permet pas d'apprendre	NS ↑
	Peur de perdre son emploi	NS ↔
Contraintes physiques: exposition	Postures contraignantes	NS ↑
	Effort, port de charges lourdes	NS ↑
	Gestes répétitifs	NS ↑
	Importants déplacements à pied	↑
	Station debout prolongé	↑
Contraintes physiques: pénibilité	Postures contraignantes	NS ↓
	Effort, port de charges lourdes	NS ↓
	Gestes répétitifs	NS ↓
	Importants déplacements à pied	NS ↔
	Station debout prolongé	↓

	Conditions de travail et de vie	Tendance évolutive entre 2014 et 2019
Expositions	Contact avec le public	NS ↓
	Risque infectieux	NS ↓
	Contrainte visuelle	NS ↓
	Produits chimiques	↓
	gêne sonore	NS ↓
	Pression psychologique	↓
	Poussières, fumées	NS ↔
	Bruit > 80 db	↑
	Chaleur intense	↓
	Rayons ionisants	NS ↔
	Froid intense	NS ↑
	Vibrations	NS ↓
	Intempéries	NS ↔
	Conduite routière prolongée	NS ↑
	Formation	Formation dans l'année
Tutorat		↓
Mode vie	Tabac	↓
	Café	NS ↔
	Activité physique	NS ↔
	Trajet domicile travail long ou pénible	NS ↔
	Corpulence	NS ↑

	Etat de santé	Tendance évolutive entre 2014 et 2019
Appareil cardio-respiratoire	Appareil respiratoire	NS ↑
	Appareil cardio-vasculaire	NS ↓
	Hypertension artérielle	NS ↔
Neuropsychique	Fatigue, lassitude	NS ↔
	Anxiété, nervosité, irritabilité	↓
	Troubles du sommeil	NS ↔
	Les 3 signes à la fois	NS ↓
TMS	Epaule	NS ↓
	Coude	NS ↔
	Poignet/main	NS ↓
	Membres inférieurs	↓
	Vertèbres cervicales	↓
	Vertèbres dorso-lombaires	↓
TMS globales	Membres supérieurs	NS ↓
	Membres inférieurs	↓
	Rachis	↓
Autres appareils	Digestif	NS ↓
	Dermatologique	↓
	Troubles de l'audition	↓

Tableau récapitulatif

NS ↑ : Augmentation non significative
 NS ↓ : Diminution non significative
 NS ↔ : Non significatif, plutôt stable

↑ : Augmentation significative 0.05
 ↓ : Diminution significative 0.05

Rouge : Situation défavorable

Vert : Situation favorable

5. Discussion

5.1 Résultat principal et son implication majeure

5.1.1 Les contraintes

Nous remarquons un vieillissement de l'âge des salariés. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées. En effet les catégories socio professionnelles représentées sont différentes entre 2014 et 2019.

La tendance au vieillissement de l'âge des salariés du milieu hospitalier est une réalité nationale. Par exemple l'âge moyen des infirmières (tous types d'établissements hospitaliers) est passé de 34 ans en 1983, à près de 40 ans en 1998 et continue d'augmenter (il était de 41,8 ans en janvier 2002) (33). Le recrutement massif de personnel, en particulier d'infirmières, lié au développement de l'hôpital public à partir des années 1970, l'infléchissement très net de la croissance des effectifs depuis la fin des années 1970 et l'allongement de la durée de la carrière du personnel soignant expliquent ce phénomène (34).

La tendance est à la stagnation au CHU de Rouen. Si l'effectif était constitué de 10 302 salariés en 2014, celui-ci est composé de 10 353 salariés en 2019, soit une évolution de 0,5% en 5ans.

On remarque une augmentation des déplacements de plus de 24h. Cependant, le faible pourcentage de salariés effectuant ce type de déplacement ne permet pas de donner une explication à ce phénomène.

Il ressort de l'étude une augmentation des contraintes temporelles de manière générale : « je bâcle mon travail car les patients rentrent trop vite au bloc opératoire » (une aide-soignante au bloc urgence) ; « je suis obligée de dépasser mes horaires car nous n'avons pas assez de temps pour les transmissions » (une infirmière en service de médecine) et surtout une diminution du temps de repas ou de pause voir de leur saut. ; « je dois sauter mes repas car je finis à 14h dans un service et doit reprendre à 14h dans un autre » (une infirmière polyvalente) ; « je préfère prendre le temps nécessaire pour bien faire mes taches, quitte à sauter mes pauses et mes repas » (une aide-soignante en service de médecine).

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées. La première pourrait être que le nombre de personnel est diminué dans un souci économique : « je dois faire les toilettes et coucher les patients seule, je dois donc prendre sur mon temps de pause car je ne peux pas les laisser comme

ça. On est pas assez » (une aide-soignante en service de médecine). En effet, la masse salariale des employés représente la part principale des dépenses des CHU. Selon la Direction Générale de l'Offre des Soins (DGOS), dans un hôpital public, la masse salariale, c'est-à-dire les dépenses liées aux personnels, représente entre 60% et 85% des dépenses totales (35).

De plus, les effectifs ayant stagné mais la population ayant augmenté de 66,3 millions en 2014 contre 67 millions en 2019 selon l'INSEE et vieilli, passant d'un âge moyen de 40,7 ans en 2014 contre 41,7 en 2019 selon l'INSEE, il y a donc une augmentation du nombre de malades mais aussi de la lourdeur des pathologies. Les propos d'un certain nombre de salariés vont dans ce sens : « mes patients sont de plus en plus lourds, je prends plus de temps pour faire tous les soins » (une infirmière).

Ces deux facteurs corrélés augmentent de façon importante le coût pour l'hôpital en termes de soins de santé mais aussi de dépense nécessaire à l'emploi de personnel qualifié et en plus grand nombre. Il devrait donc y avoir une augmentation du nombre de soignants non pas seulement en lien avec l'augmentation du nombre de malades mais aussi en fonction des pathologies traitées et des soins plus importants liés à l'âge des patients « les patients sont souvent âgés et difficilement mobiles » (une kinésithérapeute).

Par exemple, entre 2011 et 2016, on retrouve une augmentation de 3.8 % par an de personnes bénéficiant d'une ALD, c'est-à-dire des affections longues durées ayant un coût économique et humain important (36).

Une autre explication est que les soignants ont une conscience professionnelle très forte. En effet, être soignant revient à se confronter à la souffrance et à la mort. Cette confrontation qui peut surprendre à n'importe quel moment dans le cadre du travail rappelle au soignant qu'il est lui aussi mortel. Donc lorsqu'il accompagne le patient dans l'adversité, « le soignant a la possibilité de s'extraire de cette situation en prenant la position du sauveteur [...] il tente au fond de réparer l'injustice qu'oppose la mort à notre appétit de vivant » (37). Cela permet donc de comprendre l'implication souvent extrême du corps soignant. Même s'ils ne sont pas assez nombreux, ils n'acceptent pas de mal faire leur travail : « je me donne à fond pour mes patients » (une infirmière en gériatrie) et cela est une vraie souffrance morale pour eux : « cela me démoralise de devoir bâcler mon travail, j'ai l'impression d'abandonner les patients » (une ASH en chirurgie).

Cette pression temporelle oblige aussi les salariés non soignants à faire un travail de mauvaise qualité, ce qu'ils désapprouvent la plupart du temps : « je dois faire des tests logiciel en une journée alors que ça devrait être fait en une semaine, c'est extrêmement frustrant » (une informaticienne) et à faire des activités qu'ils ne sont pas censés faire et n'apprécient pas : « nous sommes déjà en manque de personnel et je suis obligée de laver les toilettes, ce que je déteste » (une ouvrière au pôle logistique).

Il existe aussi de nombreux glissements de tâches qui deviennent la norme et ajoutent une charge de travail importante et trop souvent méconnue (ou volontairement ignorée) « je suis fatiguée par les gardes et la charge de travail. Je fais facilement 80h par semaine sans compter la thèse et je dois en plus faire de l'administratif. Comme la plupart des internes, je n'ai pas le temps d'avoir une vie personnelle à côté. Et nous devons travailler dans de mauvaises conditions : nous n'avons même pas assez de chaises pour s'asseoir » (une interne en médecine).

Une certaine partie des salariés est plus mal lotie que les autres : les internes. La réglementation est rarement respectée : absence du tableau de service (qui est une obligation légale et qui permet d'avoir un décompte précis des heures de travail des internes) (Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes - Légifrance », extrait du journal officiel de la république Française, n°0050 du 28 février 2015 Texte n° 19)(38) dépassement fréquent et connu des 48h hebdomadaires légales, un salaire souvent inférieur au SMIC horaire (6.8€ net environ la première année pour un SMIC horaire net légal de 7.96€) « Je fais parfois 3 semaines sans un jour de repos » (une interne aux urgences).

L'ISNI (l'Inter-Syndical Nationale des internes) rapporte que les internes de France travaillent en moyenne 58,4 heures par semaine et que ce chiffre dépasse de dix heures le maximum légal de 48 heures fixé par l'Union européenne et par le décret de 2015 sur le temps de travail des internes. Ce temps ne contient pas, par ailleurs, les heures que les internes passent à leur domicile ou à la faculté à travailler sur leurs projets de recherche ou sur les présentations qu'ils et elles font très régulièrement dans leurs services (39).

La question de la pénurie du corps médical peut donc aussi s'expliquer par une forme de maltraitance durant les études et le début de la pratique médicale. En effet, la souffrance des

étudiants en médecine et des jeunes médecins est importante : 66.2% souffrent d'anxiété, 27.7% de dépression et 23.7% ont déjà eu des idées suicidaires (« SIHP - Enquête Santé Mentale » ISNI, 13/06/2017) (40). Il semble donc légitime pour les jeunes médecins de vouloir quitter un système qui entretient cette souffrance.

En lien avec cette augmentation, on retrouve une augmentation de l'abandon de tâches, ce qui est la conséquence directe de l'augmentation de la charge de travail : « on a trop de patients à voir, on doit passer de l'un à l'autre et on manque de temps pour le relationnel. C'est un peu l'usine » (une aide-soignante en service de médecine).

En effet, les salariés étant accaparés par un nombre de tâches plus important, ils sont plus régulièrement sollicités pour passer d'une tâche à l'autre, ce qui nuit à leur efficacité et à leur moral. Leurs propos vont dans ce sens : « Ayant plus d'enfants à gérer, je suis dérangé plus souvent par les parents qui ont besoin rapidement d'informations. C'est épuisant » (une infirmière de pédiatrie). De plus la vitesse et la précision des tâches effectuées sont inférieures lorsque le salarié doit réaliser plusieurs tâches en même temps (41), ce qui entraîne par conséquent des erreurs et une baisse de productivité.

De plus on remarque une augmentation de la perturbation du travail lié à l'abandon de tâches : « je dois changer de salle alors que je n'ai pas terminé de laver pour aller aider ou chercher les patients » (une ASH au bloc opératoire) et une diminution de l'aspect positif de l'abandon « le travail a augmenté en 5 ans, nos conditions de travail et notre entente se sont dégradés. Avant on avait le temps de s'entraider, maintenant on prend du retard sur nos tâches » (une technicienne de laboratoire).

En effet, certains sont même obligés de diminuer la qualité de leur travail pour faire d'autres tâches, ce qui est extrêmement négatif pour eux : « je dois manquer aux règles d'hygiène pour aller faire d'autres tâches, c'est grave pour la santé des patients » (une ASH au bloc opératoire).

Une autre problématique de l'abandon de tâches est la diminution de la qualité des soins donnés aux patients : « le fait de devoir changer les tâches trop rapidement peut donner au patient l'impression qu'on ne lui donne pas l'attention qu'il mérite » (une AS en service de médecine).

Du fait de l'augmentation de la charge de travail et de la diversification des tâches, les salariés sont amenés à se déplacer plus fréquemment entre les services : « je dois amener les prélèvements au laboratoire pour aider mes collègues » (une ASH) ; « je me déplace énormément entre les deux ailes du service car je suis souvent seule » (une aide-soignante). Ces

déplacements fréquents augmentent la position debout prolongée. Cependant le fait de se déplacer entraîne la diminution de la pénibilité. En effet, les salariés rapportent qu'il est moins pénible de se déplacer que de piétiner sur place. De plus il existe une certaine résilience des salariés vis-à-vis de leurs conditions de travail « je dépasse fréquemment 10h par jour, mais on s'habitue. Et surtout je me plais au travail ainsi qu'avec mes collègues et j'ai une bonne reconnaissance professionnelle » (une ingénieur hospitalier).

Enfin il y a une augmentation générale de la charge physique au poste de travail mais une diminution de la pénibilité au poste. En effet, même si les salariés ont tendance à rapporter une hausse de la charge physique essentiellement lié à l'augmentation de la charge de travail, ils s'en plaignent moins. Cela serait lié à une solidarité importante entre les soignants qui permet de contrebalancer un manque de moyens humains : « Le travail est plus physique car notre charge représente environ 120% alors que je suis à 80% normalement. Heureusement nous avons les outils nécessaires et j'apprécie mon travail et mes collègues » (une aide-soignante en service de médecine).

D'un autre coté nous retrouvons une diminution de la pénibilité en général.

Cette diminution de la pénibilité peut être liée à plusieurs facteurs. En effet des améliorations des conditions de travail ont été mises en place selon les salariés : « nous avons depuis quelques années assez de matériel, c'est le temps pour les utiliser qu'il nous manque » (une IDE en chirurgie). De plus ceux-ci rapportent une amélioration technique des machines qu'ils utilisent et une amélioration au niveau de l'ergonomie des postes : « Nous avons de nouveaux moyens de manutention mécaniques des patients âgés, c'est une bonne chose. Le problème est qu'on n'a pas tout le temps la possibilité de les utiliser car on manque de personnel » (un infirmier en SSR gériatrie). En effet entre 2014 et 2019, avec l'appui du service du santé au travail du CHU et de son ergonome, un certain nombre d'actions ont pu être mises en place.

Malgré l'augmentation de la pression temporelle, les salariés du CHU rapportent une diminution de la pression psychologique. Des actions de prévention ont été mises en place par les groupes de travail qui ont travaillé dans le cadre du plan RPS. Il y avait entre autres :

- Favoriser la reconnaissance et la motivation du personnel.
- Mettre en place un programme de formation d'agents « veilleurs » dans le cadre de la cellule Veille, Alerte et Intervention.

- Dépister tout ce qui est « contre-efficent » : optimisation des activités au quotidien au sein des services.
- Remettre à plat le processus de réintégration des agents après arrêt et ayant des restrictions médicales.

Afin d'accompagner les salariés en souffrance, en 2002 a été créé le Réseau d'Analyse et d'Intervention face à la Violence et au Harcèlement au Travail (RAIVHAT). Ce groupe de travail composé de médecins du travail, du psychologue du personnel et des assistantes sociales du personnel se réunit une fois par mois afin de permettre la prise en charge globale des agents en souffrance face à une situation de violence ou de harcèlement moral présumé.

D'un autre côté, l'évolution du management ces dernières années a pris en compte de façon plus prononcée les RPS : « j'ai pu faire une formation sur le management bienveillant » (une faisant fonction de cadre en service de médecine).

Ces nouveaux modes de management intègrent la motivation intrinsèque des collaborateurs pour qu'ils s'engagent sans notion de contrainte. C'est-à-dire que les managers vont s'appuyer sur l'envie et le plaisir des employés à faire leurs missions et non sur l'attente de la rémunération qui sera obtenue par la réalisation de leurs tâches. Cela va à l'encontre du management traditionnel qui lui va chercher à s'appuyer sur les facteurs extrinsèques que sont la récompense ou la punition. Le travail sera réalisé en collaboration avec la participation de chacun. C'est donc une performance collective qui est recherchée. L'objectif sera donc non plus de pousser les collaborateurs à être en rivalité mais créer un esprit solidaire qui prendra en compte les qualités et différences de chacun.

Le manager est donc un acteur majeur de la santé des salariés. En effet « manager en rendant le travail plus humain, ne pas considérer les salariés comme de simples chiffres de productivité apparaissant dans des tableaux Excel, s'occuper de leurs émotions rend une entreprise moins stressante et les managers qui possèdent des qualités d'empathie sont plus aptes à créer de tels environnements pour leurs collaborateurs » (42).

Afin de rendre ces engagements plus concrets, il existe pour le secteur privé la certification dite « **B Corp** », créée aux Etats-Unis. C'est une abréviation de « *Benefit Corporation* », qui désigne une société reconnue pour avoir des effets bénéfiques sur le monde, tout en étant rentable.

Pour obtenir cette certification, donnée par l'organisme B Lab qui est un organisme à but non lucratif, l'entreprise doit obtenir 80 points sur 200 à un questionnaire spécifique. Dans ce questionnaire les relations employeurs-employées, l'environnement social et les relations sociales entre autres sont évaluées. L'objectif principal de cette certification est de « créer une communauté d'entreprises certifiées qui répondent à des critères rigoureux et standardisés de responsabilité sociale et environnementale et qui s'engagent légalement à tenir compte de parties prenantes autres que leurs actionnaires » (43).

Il pourrait être envisageable dans l'avenir que cette certification puisse s'étendre au secteur public ou bien qu'une certification spécifique au secteur public puisse être créée.

Les cadres et fonctions support du CHU, qui bénéficient d'une formation continue, ont donc été sensibilisés à ces nouvelles formes de management « j'ai eu une formation sur le management participatif » (Un PH de service de médecine), à leurs bénéfices en termes de prévention des RPS et de maintien de la santé mentale des salariés. Cela a donc un effet positif sur les équipes et le bien-être des salariés.

Un autre point positif est la diminution de l'exposition aux produits chimiques. En effet, un travail a été fait en collaboration par le service de santé au travail, l'équipe de prévention et la direction pour remplacer les produits pouvant contenir divers produits toxiques pour l'organismes par des produits moins toxiques (remplacement des produits d'entretien par exemple) ou bien diminuer la durée ou la quantité de contact avec les produits (diminution de l'exposition au protoxyde d'azote par les dentistes et étudiants dentaires avec la mise en place de masques spécifiques).

Les salariés se sont moins plaints de la chaleur. Cependant, il n'y a pas eu spécialement de travaux ou modifications des conditions de climatisation au niveau de l'hôpital. De plus, les questionnaires n'ayant pas été passé forcément durant les mêmes périodes, cela a pu influencer les réponses des salariés.

Au cours de cette étude, il a été rapporté une augmentation des contraintes liées au bruit. Plusieurs salariés rapportent une augmentation du bruit ambiant du fait des nouvelles machines : « les scopes et les alarmes sont plus bruyants qu'avant et nous n'avons aucun moyen de mettre le son en pause » (un infirmier) ; « entre les scopes et les téléphones, c'est assourdissant » (une infirmière cadre).

De plus la précarisation au niveau des locaux entraîne une cohabitation plus importante et forcément plus bruyante : « nous avons été 6 secrétaires regroupées dans le même bureau, c'est très bruyant » (une secrétaire en chirurgie).

Une des conséquences de ce manque de personnel au CHU de Rouen est la diminution du temps alloué aux formations du personnel mais aussi du temps accordé par ce même personnel à la formation et au tutorat des étudiants et professionnels en formation. « Je n'ai pas le temps de faire de formation récemment » (une ASH en service de médecine). Cette diminution de la formation est très délétère pour l'avenir de la médecine et du soin en général. En effet le manque de formation entraîne la réalisation d'actes de soins non maîtrisés, des entretiens compliqués lors d'annonces difficiles, des difficultés à gérer les diverses violences...etc et est donc pourvoyeur de RPS (44).

Il est aussi possible de se poser la question de l'offre de formation. En effet certains travailleurs de nuit se sont plaints du fait que les formations ne se faisaient pas la nuit et n'avaient donc pas la possibilité d'y assister : « je travaille de nuit et n'ai jamais la possibilité de faire de formation sur mon temps de travail » (une IDE en service de médecine).

De plus, afin de pouvoir bénéficier d'une formation, un salarié travaillant de nuit doit utiliser une partie de ses RTT. En effet, la plage horaire de travail de journée est de 7h36 et celle de nuit est de 10h. Afin de compenser ces 2h24 d'écart, les salariés de nuit doivent poser des heures de RTT à chaque journée de formation, ce qui est un frein évident.

Nous avons également objectivé une diminution de la consommation de tabac. En effet cette baisse suit la diminution nationale, de nombreuses campagnes de prévention ayant été mises en place et le prix du paquet de tabac ayant fortement augmenté en quelques années. D'un autre côté, le tabac, de par son effet permet de lutter contre le stress engendré par la pression psychologique. Or la pression psychologique ayant diminué et l'anxiété, nervosité, irritabilité ayant aussi diminué, le besoin de fumer au travail est possiblement moins ressenti par les salariés.

5.1.2 Au niveau santé

Lorsque qu'on compare 2014 et 2019, nous ne remarquons que peu de différences significatives au niveau neuropsychique. Cependant, on retrouve une amélioration de l'anxiété, la nervosité, l'irritabilité et de la gêne que cela peut entraîner dans le travail.

Plusieurs explications sont envisageables. Les salariés étant plus âgés, ceux-ci ont souvent une meilleure connaissance de leur emploi et du fonctionnement du CHU. Ils ont donc l'expérience nécessaire pour mieux gérer leur charge de travail et prioriser leurs missions : « Même si j'ai beaucoup de missions, j'arrive à faire celles qui sont le plus importantes en premier. Donc souvent l'administratif n'est pas fait » (une IDE en service de médecine).

De plus, ils font souvent part d'une meilleure résilience vis-à-vis du stress : « avec l'âge, je prends du recul » (une aide-soignante en service de médecine). La résilience est définie comme « La capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative » dans les années 2000 par Boris Cyrulnik, médecin neuropsychiatre (45). Donc du fait de leur expérience, « les aînés apprennent à discerner les stratégies les plus appropriées à la spécificité des situations, gaspillant moins d'énergie en utilisant des stratégies moins nombreuses mais plus efficaces. Or, dans les optimales ou même classiques, non seulement les personnes âgées ont des chances de bien se tirer de leurs propres affaires, mais aussi il n'est pas exclu qu'elles servent d'aide pour les autres » (46). Enfin une partie étant en fin de carrière, ils se sont faits une « raison » selon leurs dires.

D'un autre côté, l'évolution des méthodes de management et la formation générale des cadres mais aussi les actions de préventions des RPS mises en place participent à cette amélioration.

Nous remarquons une diminution des plaintes en lien avec toutes les TMS ainsi qu'une diminution de la gêne au travail pour les TMS du membre inférieur. Comme vu précédemment, les améliorations techniques en termes d'aides à la manutention ont fortement participé à la diminution des TMS et des plaintes en rapport avec ces TMS.

De plus, des actions de préventions tels que des formations aux gestes et postures sont mis en place par le groupe GEFAM. Le groupe GEFAM est composé de personnel du service de santé au travail, de kinésithérapeutes, d'ergonomes et de formateurs qui travaillent ensemble sur les questions des TMS et de l'ergonomie. De nombreux rappels sont aussi faits aux salariés lors des visites de santé au travail. De plus, des rappels sont faits aux cadres afin de leur permettre d'aider les salariés à améliorer leurs façons de travailler.

Du fait des conditions de travail, il s'est créé une meilleure collaboration entre les salariés : « je dois porter beaucoup d'enfants mais nous nous entraïdons beaucoup avec mes collègues » (une puéricultrice), même si le manque de personnel peut mettre à mal cette entraide : « même si on aimerait s'entre-aider plus, c'est impossible à cause de la charge de travail » (une aide-soignante).

Enfin des améliorations ergonomiques sur les postes tertiaires, telles que des bureaux et chaises adaptés, sont mises en place avec l'aide du service de santé au travail.

L'âge plus avancé du personnel, qui pourrait nous faire penser dans un premier temps qu'une dégradation de l'état physique des salariés serait observée, leur permet au contraire d'avoir une meilleure expérience au niveau gestes et postures mais aussi une plus grande conscience des risques encourus en cas de manutention ou gestes non ergonomiques : « je fais attention à mes positions, c'est important avec l'âge pour éviter de se faire mal » (une infirmière en service de médecine). Ils sont donc beaucoup plus attentifs à leur façon de travailler et donc moins sujets aux Troubles Musculosquelettiques (TMS).

Nous remarquons une amélioration des atteintes dermatologiques. Plusieurs hypothèses sont plausibles. En effet, la diminution des expositions cutanées aux risques chimiques et le port plus fréquent d'équipements de protection peuvent expliquer cette amélioration. De plus, de nombreux troubles trophiques sont étroitement liés au stress et à l'anxiété. Comme vu précédemment, ces facteurs se sont améliorés depuis 2014 et participent donc à la diminution des atteintes dermatologiques.

Pour finir, les salariés rapportent une diminution des troubles de l'audition. Il est difficile de trouver une explication satisfaisante. Cependant le nombre de salariés ayant répondu avoir des troubles de l'audition en 2014 et 2019 reste faible, ce qui pourrait expliquer cette différence.

5.2 Les forces et faiblesses de cette étude

5.2.1 Force de cette étude

5.2.1.1 Utilité de la démarche

Nous avons pu comparer le niveau de santé et la qualité de vie au travail des salariés du CHU en 2014 et 2019, ce qui a permis de mettre des chiffres sur la dégradation supposée du milieu hospitalier ces dernières années. Nous avons aussi une comparaison vis-à-vis du secteur de la santé humaine et aussi du secteur national.

De plus nous avons pu mettre en lien les risques psycho-sociaux et les troubles neuropsychiques.

5.2.1.2 Intérêt pour les salariés

L'utilisation du questionnaire lors des entretiens a permis de faire le point avec les salariés sur les raisons des réponses aux questions. De là, nous avons pu discuter avec eux de leurs difficultés, les revoir si besoin et mettre en place des préconisations vis à vis de leurs conditions de travail.

5.2.1.3 Connaissance de l'évolution des conditions de travail au CHU Rouen

Les résultats de cette étude vont permettre d'orienter les futures actions de prévention de la Commission de prévention des RPS, en relation avec la médecine du travail.

5.2.2 Faiblesse de cette étude

Malgré le nombre de réponses au questionnaire moins importants qu'en 2014 (-33.9%), nous avons quand même eu un échantillon assez important pour trouver des résultats significatifs.

5.3 Evaluation de l'intervention

Des difficultés ont été rencontrées durant la réalisation de l'étude. Les consultations se passant parfois dans d'autres centres, le travail de secrétariat était réalisé par mes soins. De plus la

centralisation des questionnaires remplis était de ce fait parfois difficile. Enfin il y a eu quelques erreurs dans les plannings du fait de consultations dans différents centres.

N'ayant pas la possibilité de réaliser les questionnaires sur tablette ou smartphones, il a fallu saisir manuellement les questionnaires sur informatique, ce qui a demandé du temps supplémentaire et augmenté le risque d'erreurs lié à la double saisie.

Nous avons dû faire face un certain taux d'absentéisme. Sur les 387 salariés convoqués, seulement 190 ont pu être vu en entretien malgré plusieurs convocations, soit 49%.

Au départ une partie des questions n'étaient pas comprises de la même façon par les professionnels de travail. Cependant, les réunions d'avancement de l'enquête ont permis de répondre à cette problématique.

Nous avons aussi essayé de comparer entre eux les salariés ayant participé à l'étude de 2014 et de 2019, cependant l'échantillon était trop petit pour être représentatif (n=92). De plus l'augmentation de l'âge des salariés modifiait leur état de santé non pas en rapport avec l'évolution des conditions de travail au CHU mais avec la dégradation de l'état de santé lié à l'âge. Enfin le personnel médical et soignant était moins représenté en 2019.

6. Conclusion

Ces dernières années, la dégradation du système de santé s'est accentuée. En effet, « Les plans d'économie successifs, associés à des fermetures massives de lits (cent mille en vingt ans), mettent l'hôpital sous tension, avec un fonctionnement dégradé. La situation se détériore d'année en année, avec la fermeture de services dans les hôpitaux de proximité » (47).

Notre étude va dans ce sens. Cependant, une partie des indicateurs s'est améliorée et est donc porteuse d'espoir.

On retrouve une augmentation des contraintes temporelles liés selon les dires de la plupart des salariés à une diminution du personnel et donc une augmentation des tâches à faire.

Cette contrainte de temps a aussi un effet négatif sur la formation et le tutorat. Cela entraîne une dégradation du transfert de connaissances, ce qui aboutit inévitablement à une dégradation des soins.

Cependant, il ressort de cet EVREST une amélioration de certaines conditions de travail, à savoir une diminution de la pénibilité et de la pression psychologique par rapport à 2014. Cela se traduit par une diminution de l'état d'anxiété des salariés, une diminution des TMS au niveau des membres inférieurs ainsi que du rachis et une amélioration au niveau des atteintes dermatologiques.

Les résultats sont assez identiques à ceux de la moyenne des centres hospitaliers en France en 2019 excepté au niveau des contraintes temporelles qui sont supérieures au CHU de Rouen.

Par rapport au niveau national général, les résultats sont moins bons. Mais le travail hospitalier, de par sa nature si particulière, contient des contraintes psychiques et émotionnelles non transposables à la plupart des métiers.

En effet, la confrontation à la souffrance, la maladie et la mort sont très spécifiques au domaine médical et entraînent des contraintes émotionnelles très fortes. La volonté des soignants est à la base de soigner le patient et lui éviter la mort.

Cependant tous les soins n'ont pas tous une perspective de guérison, tels les soins palliatifs. Il est donc important lors de l'attribution des postes aux nouveaux personnels de s'assurer que les contraintes émotionnelles peuvent être supportées.

De plus, certains décès ne sont pas prévus et peuvent mettre l'équipe en souffrance et surtout certains soignants vis-à-vis de leur idéal de soin. En effet, quand cet idéal est trop appuyé, quand la réalité se dérobe aux espoirs [...] cet idéal peut s'avérer bien encombrant, là où un lâcher pris serait préférable (48).

Malgré tout, cela ne peut être la seule explication.

Les contraintes budgétaires sont de plus en plus importantes. En effet, « les établissements hospitaliers subissent les pressions de l'intensification du travail couplée à des contraintes gestionnaires de plus en plus lourdes qui participent à l'émergence de difficultés psychosociales » (49).

Cette intensification a été démontrée par la DARES en 2013 en démontrant que le secteur hospitalier est le plus touché par l'intensification du travail en comparaison avec 2005 et aux autres secteurs publics, d'Etat et territorial (50).

Enfin, même si des évolutions ont été entreprises pour l'amélioration des conditions de travail des salariés, il existe toujours des limites dans ces processus de conduite du changement. Nous pouvons en notifier quatre qui reviennent régulièrement (51) et dont le CHU n'est pas épargné :

- Une faible association des salariés : en effet, il n'est pas rare que les salariés ainsi que leurs représentants soient écartés des décisions stratégiques et organisationnelles. Ils vivent donc ces changements comme imposés, ce qui limite leur acceptation et leur adaptation au projet.
- Une évaluation de l'impact du changement sur les RPS qui est rarement réalisée. Il existe de nombreuses réorganisations de services au niveau du CHU, que ce soit en termes d'horaires, d'équipes ou de missions. Cependant, ces réorganisations sont principalement faites dans un souci d'optimisation, généralement budgétaire, et ne tiennent pas compte des RPS qui peuvent en découler. En effet, l'adaptation à de nouveaux horaires, de nouvelles contraintes temporelles et charges de travail, des missions parfois non concordantes avec les connaissances réelles des salariés et sans accompagnement, des contraintes physiques ou psychiques nouvelles sont sources de risques pour la santé physique et mentale du personnel.
- Un manque d'individualisation des dispositifs d'accompagnement au changement : les métiers de santé ainsi que les personnalités des salariés sont tous différents et n'ont donc pas les mêmes capacités d'apprentissage ni les mêmes ressources émotionnelles. De plus l'ancienneté est à prendre en compte lors de ces changements. Ce n'est hélas pas toujours le cas lors de changement de services ou d'affectation
- Un faible suivi des salariés dans le temps : en effet, lorsque l'accompagnement est réalisé en amont, il est rare que le salarié ait un suivi continu. Nous le voyons fréquemment lors des changements de services où le personnel soignant est formé « sur le tas » et où la demande d'efficacité à leur poste est rapide sans se soucier de l'évolution de l'apprentissage et du vécu du salarié à son nouveau poste.

7. Pistes d'évolution

Afin d'améliorer les conditions de travail, de nombreuses pistes peuvent être envisagées.

La prise en compte et l'amélioration de la Qualité de Vie au Travail (QVT) sont un des facteurs principaux. Au-delà de la prise en compte du simple bien-être du salarié, une amélioration des relations collectives et une attention réelle apportée au bonheur du salarié en tant que personne permettra à l'entreprise de limiter les RPS et d'accroître ses performances

Une des autres pistes évidentes serait d'augmenter le personnel hospitalier. En effet, augmenter le nombre d'employés permettrait de diminuer la pression temporelle et la charge de travail. Cela contribuerait à augmenter leur bonheur au travail et par là même à un meilleur rendement. En effet selon la méta-analyse de Christian Krekel, George Ward et Jan-Emmanuel De Neve, le bien-être des salariés augmente leur loyauté, augmente leur motivation, leur productivité et diminue le turn-over. La finalité pour l'employeur est donc une meilleure rentabilité de ses salariés.

En prenant en compte ce constat, l'hôpital pourrait en finalité augmenter sa rentabilité en augmentant le bien-être de ses salariés (52).

De plus, cette augmentation de personnel permettrait de rendre à chacun ses missions de bases, engendrerait une meilleure cohésion d'équipe et donc un meilleur management des équipes. En effet, les postes de ressources humaines et de cadres de service n'ont pas été supprimés mais ils se consacrent désormais à d'autres tâches extrêmement consommatrices de temps. Ces tâches semblent résumer leur travail aux yeux de la direction qui s'en servira par conséquent pour les évaluer. Leur permettre de consacrer le temps nécessaire à leur tâche de manager d'équipe permettrait une meilleure organisation des services et limiterait les RPS.

Il est important de continuer les efforts entrepris pour l'aide à la manutention et l'ergonomie des postes. Il en découlera une diminution des troubles musculo squelettiques et donc une diminution des arrêts de travail (53).

Ces arrêts, qu'ils soient liés à des facteurs physiques ou psychiques, entraînent une charge importante pour toute structure. Les recherches de l'ISEOR (Institut de socio-économie des entreprises et des organisations) montrent que le coût total de l'absentéisme en France est supérieur à 100 milliards d'euros par an. Sur cet absentéisme, un tiers serait incompressible (lié à des facteurs externes à l'entreprise). Ce qui veut donc dire que 2/3 du coût de l'absentéisme

pourrait être évité en modifiant les conditions de travail des salariés (54). Cette économie pourrait donc être utilisée pour embaucher ou continuer les actions de prévention.

Un des autres moyens de lutter contre l'absentéisme est de continuer les actions de prévention mises en place mais aussi d'augmenter leur nombre et leur fréquence. A ces fins, il existe de nombreux leviers disponibles. La réalisation d'un diagnostic interne, par service par exemple, permettrait d'identifier les facteurs de risques dans l'organisation du travail et les catégories de salariés les plus exposés (55). Il est aussi possible de créer des groupes d'échanges avec les salariés et utiliser leurs connaissances du terrain pour répondre à leurs besoins.

Le rôle des ressources humaines doit lui aussi continuer d'être repensé et amélioré. Les hôpitaux ont des structures particulières qui demandent un management spécifique. Ils sont fréquemment les plus gros employeurs des villes et leur masse salariale est la plus grosse des dépenses. La qualité des soins repose sur les nombreux métiers qui les composent. Les ressources humaines sont donc un point névralgique pour permettre aux patients de recevoir les soins qu'ils méritent. Par exemple, la gestion du personnel médical s'est longtemps résumée à une gestion administrative de leur carrière et rémunération, ce qui n'a pas permis de développer des politiques RH, contrairement au personnel non médical (56).

Remettre donc de l'humain dans la gestion du personnel médical mais aussi en général permettrait de créer une dynamique plus positive et permettrait d'améliorer ce sentiment d'incompréhension entre personnel de terrain et personnel de bureau.

Enfin il est important de dégager plus temps pour les formations. D'un côté, la formation initiale, qui est enseignée dans les facultés et écoles est primordiale à l'acquisition des connaissances et des compétences. La formation continue quant à elle est indispensable à l'entretien et l'enrichissement de ces acquis initiaux (57). C'est même une obligation dans les métiers médicaux et permet aux salariés d'éviter de se retrouver en défaut de connaissance dans leur pratique.

Au-delà de la formation continue sur les pratiques inhérentes au métier, la formation de tous les salariés aux RPS permettrait une meilleure approche des situations à risques, aiderait à leur résolution et donc permettrait l'amélioration des conditions de travail.

Bibliographie

1. Blanqui A. Histoire de l'économie politique en Europe depuis les anciens jusqu'à nos jours. 2e édition. T2 Paris. Guillaumin 1842.
2. Bulletin de l'Inspection du travail, n°2, 1898.
3. Journal officiel de la République française. Lois et décrets, n° 292, 27 octobre 1919.
4. Conditions de travail : Reprise de l'intensification du travail chez les salariés. DARES analyse. Juillet 2014. N°49.
5. Davezies P, Thébaud-Mony A, Vogel L et al. Les risques du travail, pour ne pas perdre sa vie à la gagner. La Découverte. 2015.
6. Convention collective nationale des sociétés financières du 22 novembre 1968, mise à jour du 21 janvier 2019.
7. ISO 31000 Risk management — Guidelines. Organisation internationale de normalisation. Février 2018.
8. Moser G. Les relations interpersonnelles. Presses Universitaires de France. 1994.
9. Fleury-Bahi G. Psychologie et environnement Des concepts aux applications. De Boeck Supérieur. 2010.
10. Cannon W. B. The wisdom of the body. New York, W.W. Norton & Company, Inc. 1932.
11. Selye H. The stress of life. New York, McGraw-Hill. 1956.
12. Folkman S et Lazarus R cité par Brillet F, Sauviat I, Soufflet E. Risques psychosociaux et qualité de vie au travail. Dunod. 2017

13. Folkman S et Lazarus R cité par Quintard B. Le concept de stress et ses méthodes d'évaluation. Recherche en soins infirmiers. Décembre 2001. (67). 46-67.
14. Karasek R, Theorell T. Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life. Basic Books New York. 1990.
15. Hall E.M, Johnson J.V, 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. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health 1989, 15(4) : 271-9.
16. Siegrist J. Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. Journal of Occupational Health Psychology 1996, 1 (1) : 27-41.
17. Taylor F.W. The Principles of Scientific Management. Harper & Brothers. 1911.
18. Bodier M, Gollac 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.
19. Coutanceau R, Bennegadi R, Bornstein S. Stress, burn-out, harcèlement moral : De la souffrance au travail au management qualitatif. Dunod. 2016.
20. Selye H. The stress of life. New York, McGraw-Hill. 1956.
21. Freudenberger H.J, Geraldine Richelson. Burn-out : The High Cost of High Achievement. Bantam Books, 1981.
22. Maslach C, Leiter M. Burnout. Stress : Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior: Handbook of Stress 2007, 1 (1) : 358-62.
23. Zawieja P. Le burn out. Presses Universitaires de France. 2015.

24. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout : mieux comprendre pour mieux agir. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. 2015.
25. Man, Yuen Ki. Burnout et Karōshi : deux faces d'une même pièce?. Louvain School of Management, Université catholique de Louvain 2019.
26. Loi no 91-1414 du 31 déc. 1991 modifiant le Code du travail et le Code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail. Journal officiel de la République Française 7 janvier 1992.
27. Cour de cassation, arrêt du 28 février 2002.
https://www.courdecassation.fr/publications_26/rapport_annuel_36/rapport_2009_3408/etude_personnes_3411/chambre_civile_3418/vulnerabilite_droit_securite_sociale_3429/faute_inexcusable_15333.html (consulté le 12/03/21).
28. Vincent G, Arcos C, Prigent A. Les conséquences de la crise économique sur l'hôpital. Les Tribunes de la sante 2012, (36) : 47-54.
29. Michot F et al. Rapport 19-02. L'hôpital public en crise : origines et propositions. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 2019, (203) : 109-21.
30. Bellego M, Légeron P, Ribéreau-Gayon H. Les risques psychosociaux au travail : Les difficultés des entreprises à mettre en place des actions de prévention. 1ere édition. De Boeck Supérieur 2012.
31. Bodier M, Gollac 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.
32. Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 : Qualité de vie au travail. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social.

33. 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. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé 2003, (5-1).
34. Lert F et al. cités par 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. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé 2003. (5-1).
35. La masse salariale. Direction générale de l'offre de soin, ministère des Solidarités et de la Santé 2018.
36. Grangier J. Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée. Études et Résultats. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques 2018 (1077).
37. Gheorghiev C, Gault C. Risques psycho-sociaux à l'hôpital : illustrations cliniques et réflexions autour de la place d'un idéal de soin chez les soignants. Annales Médico-psychologiques 2016, 174 (5) : 393-96.
38. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes. Extrait du journal officiel de la république Française N°50.
39. Enquête - Temps de travail des internes. InterSyndicale Nationale des Internes. 14 mai 2020. <https://isni.fr/enquete-temps-de-travail-des-internes/> (consulté le 18/03/21).
40. Enquête Santé Mentale. Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris. InterSyndicale Nationale des Internes. 13 juin 2017. <https://isni.fr/wp-content/uploads/2020/02/enquetesantementale.pdf> (consulté le 17/02/21).
41. Lin L et al. Task Speed and Accuracy Decrease When Multitasking. Technology, Knowledge and Learning 2016, 21 (3) : 307-323.
42. Coutanceau R, Bennegadi R, Bornstein S. Stress, burn-out, harcèlement moral : De la souffrance au travail au management qualitatif. Dunod 2016.

43. La certification B corp. B Lab France.

https://www.tiess.ca/wp-content/uploads/2018/04/TIESS_fiche_B-Corp_2018_04_10.pdf

(consulté le 23/01/21).

44. Risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistants (médecine, pharmacie et odontologie). Ministère des affaires sociales et de la santé 2017.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_guide_risques_psychosociaux_280217.pdf

(consulté le 16/03/21).

45. Cyrulnik B cité par Rivest R. La résilience : apprendre à rebondir après l'épreuve. Gestion 2011, 36 (2) : 13-17.

46. Aldwin C et al. cité par Ribes G. Résilience et vieillissement. Reliance 2006, 21 (3) : 12-18.

47. Christophe Prudhomme. Le système de santé se dégrade, et avec lui l'accès aux soins. Homme et libertés 2019, (187) : 13-15.

48. Gheorghiev C, Gault C. Risques psycho-sociaux à l'hôpital : illustrations cliniques et réflexions autour de la place d'un idéal de soin chez les soignants. Annales Médico-psychologiques 2016, 174 (5) : 393-96.

49. Durand et al. cités par Rossano, M. Rencontre entre spirales de ressources et souffrance psychosociale à l'hôpital. Journal de gestion et d'économie de la santé 2019, 2(2) : 135-158.

50. Algava E et al. Conditions de travail. Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques 2013.

51. Montreuil E. Prévenir les risques psychosociaux et améliorer la qualité de vie au travail. Des outils pour agir efficacement. Dunod, 2020.

52. Krekel C, Ward G, Neve J.E. Employee Wellbeing, Productivity, and Firm Performance. Saïd Business School WP 2019.

53. Courtet C, Gollac M. Risques du travail, la santé négociée. La Découverte 2012.

54. Savall H, Cappelletti L. Le coût caché de l'absentéisme au travail. Institut Sapiens 2018.

55. Montreuil E. Prévenir les risques psychosociaux et améliorer la qualité de vie au travail : Des outils pour agir efficacement. Dunod, 2020.

56. Louazel M, Mourier A, Ollivier E, Ollivier R. Le management en santé : Gestion et conduite des organisations de santé. Presses de l'EHESP 2018.

57. Guyot J.L, Mainguet C. La formation professionnelle continue : stratégies collectives. De Boeck Supérieur 2006.

Annexe 1 : MBI

Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?
Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?
Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

- 0 = Jamais
- 1 = Quelques fois par an, au moins
- 2 = Une fois par mois au moins
- 3 = Quelques fois par mois
- 4 = Une fois par semaine
- 5 = Quelques fois par semaine
- 6 = Chaque jour

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

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

Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP)

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

SEP =

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

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

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

SD =

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

Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)

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

SAP =

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

Degré de Burn Out

SEP	L'épuisement professionnel (Burn Out) est typiquement lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatiguant, stressant... Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaîtrait pendant les vacances.
SD	La dépersonnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, collègues...), c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observables par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par de l'indifférence.
SAP	L'accomplissement personnel est un sentiment « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles.

Annexe 2 : Questionnaire EVREST

Date du jour : __/__/__ Nom du Médecin: _____ SST : _____ SAISIE



EVREST 2021

Nom naiss Prénom Sexe M/F | _ | Date naiss | _ | _ | / | _ | _ | / | _ | _ | _ | _ |
 Dép. naissance | _ | _ | Salarié | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Contrat : CDI ou assimilé Autre PCS-ESE | _ | _ | _ | _ |
 Entreprise | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | NAF2008 | _ | _ | _ | _ | Nb salariés | _ | _ | _ | _ |
 Etablissement de type : Privé Public Suivi individuel renforcé : oui non
 Atelier (facultatif) | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Champ libre (facultatif) | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
 Entretien réalisé en présentiel distanciel

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
 - Travailler chez vous sur vos temps de repos, de congés

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 votre travail :

	Non pas du tout ₀	Plutôt Non ₁	Plutôt oui ₂	Oui tout à fait ₃
- Votre travail vous permet d'apprendre des choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Votre travail est varié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous pouvez choisir vous-même la façon de procéder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous avez des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous avez les moyens de faire un travail de bonne qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Votre travail est reconnu par votre entourage professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous devez faire des choses que vous désapprouvez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous travaillez avec la peur de perdre votre emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous arrivez à concilier vie professionnelle et vie hors-travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Effort, Port de charges lourdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI →	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Gestes répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI →	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Importants déplacements à pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI →	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Station debout prolongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI →	Oui <input type="checkbox"/>	Non <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"/>	Risque infectieux	<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"/>	
Ray. 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
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 (nb de cig/jour) Non fumeur ₀ Ancien fumeur ₁ < 5 cig ₂ 5 à 15 cig ₃ > 15 cig ₄
 - A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?
 Jamais ou 1 x / mois ₀ 2 à 4 x / mois ₁ 2 à 3 x / semaine ₂ 4 x / semaine ou plus ₃
 - Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?
 Non concerné (non buveur) ₀ 1 ou 2 ₁ 3 ou 4 ₂ 5 ou 6 ₃ 7 à 9 ₄ 10 ou plus ₅
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 médecin₁ l'infirmier(e)₂ Nom IdEST

Dernier entretien santé-travail (hors reprise, à la demande, ...) il y a : ≤1 an 2 ans 3 ans 4 ans 5 ans ou + jamais

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 réalisé dans le cadre du protocole Evrest

Vécu de la crise sanitaire au travail (à remplir par le salarié)

Complément au questionnaire Evrest

1. Actuellement, vous travaillez :

Sur site exclusivement ₁ Sur site et en télétravail ₂ En télétravail exclusivement ₃

→ Si vous êtes sur site exclusivement, ou sur site et en télétravail :

- Compte tenu des mesures sanitaires mises en place sur votre site, vous sentez-vous en sécurité quand vous venez au travail ?
Non, pas du tout ₀ Plutôt non ₁ Plutôt oui ₂ Oui tout à fait ₃
- Les mesures sanitaires mises en place sur site rendent-elles votre travail plus difficile ?
Non, pas du tout ₀ Plutôt non ₁ Plutôt oui ₂ Oui tout à fait ₃

→ Si vous êtes en télétravail exclusivement, ou sur site et en télétravail :

- Les conditions de ce télétravail sont-elles satisfaisantes :
Non, pas du tout ₀ Plutôt non ₁ Plutôt oui ₂ Oui tout à fait ₃
 - Matériel (ordinateur, réseau, espace de travail...)
 - Organisation du temps et des horaires de travail
 - Liens avec l'entourage professionnel (collègues, hiérarchie, clients...)
- Pendant que vous télé-travaillez, êtes-vous sollicité-e par votre entourage (enfants, conjoint...) ?
Jamais ₀ Rarement ₁ Assez souvent ₂ Très souvent ₃ Non concerné-e ₉
- Avez-vous déjà effectué du télétravail dans cette entreprise avant la crise sanitaire ? Oui ₁ Non ₀

2. Les impacts de la crise sanitaire sur votre rapport au travail

- Du fait de la crise sanitaire, avez-vous le sentiment que votre travail :
Non, pas du tout ₀ Plutôt non ₁ Plutôt oui ₂ Oui tout à fait ₃
 - Perd (ou a perdu) de son sens
 - Gagne (ou a gagné) en intérêt
- Du fait de la crise sanitaire, craignez-vous de vivre un changement non désiré dans votre situation de travail ?
Non, pas du tout ₀ Plutôt non ₁ Plutôt oui ₂ Oui tout à fait ₃

Questionnaire complémentaire au questionnaire Evrest (facultatif)

Pour utiliser ces champs libres :

- poser les questions que vous avez établies impérativement APRES avoir rempli, avec le salarié, le questionnaire Evrest dans son intégralité (poser les questions au début ou au milieu du questionnaire est susceptible d'en modifier les réponses)
- prévoir dès le départ le codage que vous allez utiliser (et le noter soigneusement), personne ne pourra vous dire à quoi correspondront les données saisies dans cette partie du questionnaire

(Q1)
..... | _ | _ |

(Q2)
..... | _ | _ |

(Q3)
..... | _ | _ |

(Q4)
..... | _ | _ |

(Q5)
..... | _ | _ |

(Q6)
..... | _ | _ |

(Q7)
..... | _ | _ |

(Q8)
..... | _ | _ |

(Q9)
..... | _ | _ |

(Q10)
..... | _ | _ |

RÉSUMÉ

COMPARAISON DU RETENTISSEMENT DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX SUR L'ETAT DE SANTE DU PERSONNEL HOSPITALIER DU CHU DE ROUEN ENTRE L'ANNEE 2014 ET L'ANNEE 2019

Objectif. L'objectif de cette thèse est de décrire l'évolution des conditions de travail et de la santé des salariés du CHU de Rouen entre 2014 et 2019 et de les comparer aussi au niveau national.

Méthode et matériels. La population d'étude est un échantillon aléatoire du personnel d'un CHU Français sélectionnés sur la base de leur mois de naissance : les 387 salariés nés en octobre d'une année paire. Le questionnaire EVREST v.2019 a été administré lors d'entretiens réalisés par une infirmière diplômée d'Etat ou un médecin du travail, après qu'une information individuelle ait été faite à chaque participant à l'étude. Les résultats ont été comparés aux résultats de l'étude faite en 2014 dans ce même CHU via le questionnaire EVREST.

Résultats. L'analyse porte sur 190 travailleurs, soit un taux de participation de 49%. Les répondants à l'étude déclarent par rapport à 2014 une augmentation des contraintes temporelles et une diminution du temps accordé à la formation et au tutorat. En revanche, il ressort de cette étude une diminution de la pénibilité et de la pression psychologique, couplés à une diminution de l'état d'anxiété, des troubles musculosquelettiques au niveau des membres inférieurs et du rachis ainsi que des atteintes dermatologiques.

Conclusion. Même si certaines contraintes se sont intensifiées, tous les indicateurs n'affichent pas une dégradation. Il est cependant important de continuer les actions de préventions pour améliorer les conditions de travail des salariés.

Mots clés. Risques psychosociaux, questionnaire EVREST, Centre hospitalo-universitaire, troubles neuropsychiques.