



HAL
open science

Description de la santé au travail des personnes vivant dans l'Entre-Deux-mers (33) : le point de vue des patients et des professionnels du champ sanitaire et social

Margot Fostier, Jessica Mazens

► To cite this version:

Margot Fostier, Jessica Mazens. Description de la santé au travail des personnes vivant dans l'Entre-Deux-mers (33) : le point de vue des patients et des professionnels du champ sanitaire et social. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03430472

HAL Id: dumas-03430472

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03430472v1>

Submitted on 16 Nov 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.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2021

Thèse n°108A et 108B

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 11 octobre 2021

Par FOSTIER Margot et MAZENS Jessica

Née le 11/12/1992 à Uccle (Belgique) et née le 10/12/1991 à Saint-Cyr-L'Ecole (78)

**Description de la santé au travail des
personnes vivant dans l'Entre-Deux-mers (33) :
le point de vue des patients et des
professionnels du champ sanitaire et social**

Sous la direction de

Monsieur le Docteur Nicolas GOUJON et Mme Stéphanie BERTO

Membres du Jury

Monsieur le Professeur François ALLA	Président
Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON	Rapporteur
Monsieur le Professeur Patrick BROCHARD	Juge
Madame le Professeur Nicole RASCLE	Juge
Madame le Docteur Marie-Noëlle CHIBRAC-DUBRANA	Juge

Remerciements

REMERCIEMENTS COMMUNS

À Monsieur le Professeur François ALLA, Président du jury,

Professeur Universitaire, chef du service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention du CHU de Bordeaux, Directeur adjoint de l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement de l'Université de Bordeaux,

Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse. Veuillez recevoir, Monsieur le Professeur, l'expression de notre sincère reconnaissance et l'assurance de notre profond respect.

À Monsieur le Professeur Patrick BROCHARD, membre du jury,

Professeur Universitaire, chef du service de médecine du travail et de pathologie professionnelle au CHU de Bordeaux,

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de siéger à notre jury de thèse. Votre avis d'expert apportera un œil éclairé sur notre travail.

À Madame la Professeure Nicole RASCLE, membre du jury,

Professeure de psychologie de la santé, chargée de mission qualité de vie au travail à l'Université de Bordeaux,

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse et de juger notre travail. Nous vous prions d'accepter notre sincère reconnaissance.

À Madame le Docteur Marie-Noëlle DUBRANA, membre du jury,

Médecin du travail au SIST du Libournais,

Nous vous remercions de nous faire l'honneur d'accepter de participer à notre jury de thèse et de l'intérêt que vous portez à notre travail. Votre guide à l'usage des médecins généralistes nous a inspiré et aidé. Veuillez trouver ici nos sincères remerciements.

À Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON, rapporteur et membre du jury,

Maître de conférences associé au Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux,

Nous vous remercions d'avoir accepté d'être le relecteur ainsi que le rapporteur minutieux de ce travail.

À Monsieur le Docteur Nicolas GOUJON, directeur de thèse,

Médecin généraliste à la maison de santé pluridisciplinaire de Targon (33),

Nous te remercions sincèrement pour ton accompagnement durant ces deux années de thèse.

Tes conseils, ton enthousiasme et ton humour nous ont été précieux.

À Madame Stéphanie BERTO, co-directrice de thèse,

Psychologue à la maison de santé pluridisciplinaire de Cadillac (33),

Merci sincèrement pour ta bienveillance et ta rigueur, travailler avec toi est extrêmement agréable et ton expertise de psychologue nous a été primordiale.

À Cédric Scribans, notre biostatisticien,

Ostéopathe à Saint-Quentin-de-Baron (33),

Un grand merci pour ton investissement et ton expertise qui nous ont permis d'améliorer la solidité et la rigueur de nos analyses statistiques, et ce de manière significative ! Tu nous as permis de progresser, toujours avec bienveillance et pédagogie.

À Arnaud Wiehn,

Chargé de projet et d'ingénierie en éducation et promotion de la santé

Merci pour ton regard d'expert, ta rigueur et ta finesse d'esprit qui nous ont été d'une grande aide dans le lancement de ce projet.

Aux professionnels des maisons médicales de Targon, Créon, Cadillac, Langoiran, Saint-Caprais, merci pour votre accueil chaleureux et votre enthousiasme qui nous ont permis de mener au mieux ces deux enquêtes. Et évidemment, **un grand merci aux patients** sans qui une partie du projet n'aurait pu aboutir.

REMERCIEMENTS DE MARGOT

À ma co-thésarde Jessica,

Je n'aurais pas pu rêver rencontrer une meilleure co-thésarde que toi. Nos choix ont toujours été en adéquation et ton optimisme a permis de me motiver davantage. En dehors de tes qualités de médecin et de ton sérieux dans notre travail, tu es quelqu'un que j'apprécie vraiment humainement et j'espère sincèrement que nos chemins continueront de se croiser.

À tous les hôpitaux, services, médecins et soignants qui m'ont accueillie et formée pendant ces dix années,

La faculté de médecine de Toulouse-Rangueil durant mon externat puis la faculté de médecine de Bordeaux pendant mon internat, les urgences d'Agen (mention spéciale à Polo et Clément), le service de gériatrie de Pau avec le Dr Albert, les urgences pédiatriques de Bordeaux-Pellegrin, Dr Siraz et Arrive aux Eglisottes, Dr Meynié-Lazare à Bazas, Dr Pladys à Pujols, Dr Fernandes-Duzan à Langon... et tous les soignants et patients qui ont participé de près ou de loin à mon cursus médical.

À ma famille,

Mes parents,

Vous m'avez encouragée depuis toujours, et c'est votre soutien inconditionnel qui m'a permis d'être celle que je suis aujourd'hui. Cette thèse est l'aboutissement de 10 ans d'études durant lesquelles vous m'avez accompagnée de la plus belle des façons.

Maman, ton altruisme et ton empathie sont un exemple pour moi, tu sais toujours trouver les mots dont j'ai besoin et l'amour que l'on se porte est unique. Papa, tu es un épicurien, c'est toi qui m'a donné envie de faire ce métier, je suis fière d'être ta fille et maintenant ta consœur. J'espère te faire honneur et être aussi bonne médecin que tu l'es (et si j'ai un problème je t'appelle...). Je vous aime à l'infini.

Mes petits frères, Arthur et Rob,

Je vous suis éternellement redevable de vos participations dans mes chorégraphies, de votre patience pour jouer à la reine et la maitresse et de votre aide dans mes révisions. Vous êtes des frères exceptionnels et je suis heureuse d'être entourée d'hommes comme vous. Arthur et Rob, vous êtes mon sang et je serai toujours là pour vous, notre fratrie est une force immense.

Ma mémé,

Je te dédie cette thèse que je soutiens dans ta région natale.

Tu es avec moi tous les jours et pour toujours.

Ma grand-mère Hélène,

Je m'inspire chaque jour de ta force et de ta résilience. J'adore nos conversations, tu es un puits de connaissances et les moments que l'on partage sont précieux. Evidemment ton poulet à l'estragon restera toujours mon plat préféré.

Ma Clod,

Tu es ma cousine de cœur. J'aime celle que tu es et celle que tu deviens. On veille l'une sur l'autre quoi qu'il arrive.

Mes cousins de Bruxelles,

Nous avons grandi ensemble et les étés à Bruxelles sont pour moi des instants de bonheur irremplaçables. Nos laboratoires sont clairement le meilleur jeu d'enfant jamais créé. J'espère garder toujours ce lien qui nous unit. Spécial remerciement à mon Charles qui a contribué à cette thèse par son expertise bilingue.

Ma marraine Lélé, merci pour ton soutien et ton enthousiasme qui accompagnent les expériences de ma vie.

Mon parrain Grégoire, qui fut le meilleur « marrain » et qui m'a offert tant de beaux moments.

Mes beaux-parents, Sylvie et Frédéric,

Vous m'avez accueillie à bras ouverts, je vous remercie pour votre bienveillance et vos encouragements depuis 5 ans. C'est un bonheur de faire partie de votre famille.

À mes amis,

Mes meilleures amies de toujours,

Eli, Bee, Lau, Pum, celles avec qui j'ai tout vécu, on a fait tellement de chemin ensemble... Primaire, collège, lycée n'ont été que le début de notre histoire avant Botchitude à Rome, Mojito à Tomorrowland, Spritz à Jesolo, Auberge de jeunesse à Venise, P'tit jus à Koh Lanta, Half Moon et Jet Boat, découverte du terroir dans la cave des parents d'Eli ! Pas assez de lignes pour décrire notre amitié, on continue de grandir ensemble et de s'accompagner dans nos vies, pour la vie, friends for the life...

Ma Partouche, des cours de dessin en philo à nos voyages americano-israélien, les cafards on a eu leur peau, on peut être fières de ce qu'on est devenues. Tu es comme une sœur pour moi.

Mes amies du lycée, Aurore, Mathilde, Maeva, plus de 10 ans après vous êtes toujours là, vous êtes des personnes vraies et fidèles à vos valeurs, ne changez rien.

Ma Juju, on a fait les 400 coups ensemble et c'est avec toi que j'ai pris mes plus beaux fous rires. Notre amitié est une évidence depuis le début, tu m'as aidée à prendre confiance en moi et à profiter du moment présent. Je nous souhaite encore beaucoup de danse du piou, une feuille de mojito sur l'épaule ;)

Mes amis de la Horde,

Marion, Mae, Guigui, Emme, Momo, Maelle, Eva/mon copi, Agathe, Lisa, Marie et Claire, Amory et Guy, merci pour toutes ces belles soirées d'externat, d'avoir rendu ces longues études beaucoup plus drôles et d'aimer la bière. Merci surtout d'avoir su gérer Django quand il le fallait. Mention spéciale pour la Coug qui a partagé et animé mon quotidien pendant 2 ans. Ils sont à Ranguel les meilleurs...

Mes colocs d'externat et d'internat,

Anaïs, Fanny, Maia vous êtes évidemment et naturellement devenues mes amies, merci pour tous ces chouettes moments de partage.

Mes cointernes d'Agen et maintenant mon groupe de mères,

Fanny, Elise, Simon, Sandra, Julie, Judith, on a partagé les stress du premier semestre et maintenant les stress des premiers remplacements. Je nous souhaite encore beaucoup de stress ensemble pour les années à venir ;)

Et évidemment... un immense merci à **François**, mon Chatou,

Mon plus grand bonheur c'est de partager ce voyage avec toi depuis 5 ans. Tes encouragements et ton soutien quotidien m'aident à avancer dans cette aventure professionnelle, à décrocher quand il faut et à prendre du recul. On construit ensemble notre futur mais le présent est déjà merveilleux. Je t'aime jusqu'à encore plus loin que tes satellites dans le ciel.

REMERCIEMENTS DE JESSICA

Merci à toi Margot, ma co-thésarde, pour ton implication, ton sérieux, ta franchise que j'adore, ta gentillesse et ton soutien. Pour ces envois de mails intempestifs, ces réunions Visio interminables ... et ces moments de réassurance mutuelle, merci !! Je l'ai dit pendant un an à tout le monde, « Comment est ma co-thésarde ? Oh, je ne pouvais pas mieux tomber ! ».

Aux collègues rencontrés pendant l'internat,

Merci aux équipes médicales et paramédicales qui ont fait parties de mon parcours pendant ces trois années d'internat et tout particulièrement la médecine interne à Périgueux et l'équipe de gériatrie de Bagatelle. Vous m'avez fait grandir.

À ma famille,

À ma petite Mimou, que j'aime si fort et que j'admire, toi qui es si précieuse et indispensable à mon équilibre de vie. Merci pour nos fous rires, nos conversations remplies de profondeur, ton écoute, ta force et ta résilience, merci pour le bel exemple que tu me donnes et d'avoir en partie construit la personne que je suis aujourd'hui.

À ma famille paternelle, Mémé Josette, ma marraine adorée tatie Patoux, tonton Max, tonton Franck, tatie Virginie et Francine qui sont des piliers indispensables à ma vie. Vous faites partie de moi. Merci à mes cousins adorés, ma petite Alexia et son cœur immense, Cass, Marvin, Adèle, Emile, Lindsay, Mel, Vincent et Rémi. Merci pour votre amour pur, le vrai, celui qui vient du cœur.

À ma grand-mère Lucie et mon parrain Nini, merci pour votre amour, votre gentillesse et votre fierté.

À ma belle-famille, Fabienne, Michel, Thomas, Léa et Alban, pour votre accueil chaleureux et votre soutien. Je suis très heureuse de faire partie de votre famille.

À mes amis,

À mon groupe d'amies de toujours, Fanny, Julie et Ion-Ion, l'ado que je suis toujours un peu vous remercie pour tous ces merveilleux moments de fous rires, de vidéos, de pizzas à

l'ananas, de vacances au Croisic, de soirées déguisées. Merci pour votre amitié pure et sincère qui ont nourri l'enfant, l'adolescent et l'adulte que je suis devenue.

À Tom Cha et Tom Bo, mes supers amis que j'adore, merci pour votre gentillesse, votre folie et votre humour. A toute la petite bande, **ma Loulou d'amour, Mimi, Alexis, Pauline, Jordan et leurs +1**, merci pour tous ces merveilleux souvenirs de vacances, ces heures de travail « acharnés » à la BU et ces soirées délirantes ! Ce n'était que du bonheur !

À ma Mariannou, un véritable trésor d'amie, merci pour ton amour et ta bienveillance. Ta profondeur d'esprit est une véritable source d'inspiration pour moi.

A mes supers copines de fac, **Stellou, Meli et Julia**, merci pour tous ces moments délicieux de détente, de fous rires et de décompression. Mon externat a été beaucoup plus joyeux grâce à vous ! Merci pour le soutien, l'écoute, l'empathie, vous êtes des nanas incroyables !

À ma petite Ambre, mon petit rayon de soleil, véritable exemple de résilience et de combattivité. Merci d'être là, avec tout ton cœur, dans les bons comme les mauvais moments.

À ma petite Vivi, mon acolyte, mon binôme depuis les bancs de la fac. Merci pour nos échanges de messages angoissés pour nos patients ahah... merci pour ton soutien, ton écoute et ta générosité.

Aux amitiés plus récentes et qui continuent de grandir, ma Anne-Chou, Caro, Lyly, Laulau, Vic, Marinette, Claire-claire, Aliénor, Nico, Agathe, David, PAF, Thomas, Tib, Mathieu, Loulou. Vous faites partis de mon nouvel équilibre alors merci pour tous ces précieux moments de déconnexions.

À Madame Laribi sans qui que je ne serais pas celle que je suis actuellement. Merci de m'aider à trouver le chemin, toujours avec justesse et bienveillance.

Surtout...

À mon petit Papa, mon pilier, mon modèle, parti trop tôt et qui me manque terriblement. Merci pour ta fierté et ton amour inconditionnel qui continuent à m'animer et me donnent la force de continuer sans toi. C'est pour moi un véritable déchirement que tu ne sois pas présent dans mon quotidien et tout particulièrement aujourd'hui. Un jour, tu m'as écrit ce beau message « je

serai toujours là pour toi ma fille que j'aime » alors je crois que, d'une certaine façon, tu seras bien là, quelque part, avec moi pour cette journée si particulière. Je t'aime tellement.

Et enfin...

A toi mon Mattou, mon nouveau pilier, mon amour, toujours auprès de moi, avec ta bienveillance, ta générosité, ton équilibre et ton humour parfois débile que j'adore.

Merci pour ton soutien infailible dans les épreuves de la vie et pour ton intelligence d'âme. Tu m'apprends chaque jour ce qu'est l'amour inconditionnel, en m'aimant toute entière dans les bons comme les mauvais moments, alors merci de me permettre d'être moi et de me réaliser. J'ai une chance incroyable de t'avoir à mes côtés et je suis heureuse de la vie que nous nous apprêtons à construire.

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	10
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	12
LISTE DES ABREVIATIONS	13
INTRODUCTION.....	14
1. <i>Préambule.....</i>	14
2. <i>Les déterminants de la souffrance au travail.....</i>	15
2.1 <i>L'évolution de l'organisation du travail à l'origine d'une altération de la santé.....</i>	15
2.2 <i>La souffrance psychique.....</i>	17
2.3. <i>La pénibilité.....</i>	20
2.4 <i>L'exposition aux agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques.....</i>	22
3. <i>Etat des lieux de la souffrance au travail.....</i>	24
4. <i>La place du médecin généraliste dans la prise en charge de la souffrance au travail.....</i>	28
5. <i>Le projet du Collectif Santé.....</i>	30
6. <i>Objectifs de l'étude, questions de recherche et hypothèses.....</i>	32
MATERIEL ET METHODE	33
ENQUETE « PATIENTS ».....	33
1. <i>Type d'étude.....</i>	33
2. <i>Questionnaire.....</i>	33
3. <i>Sélection des patients.....</i>	34
4. <i>Echantillonnage.....</i>	34
5. <i>Mode de recueil des données.....</i>	34
6. <i>Aspects éthiques et réglementaires.....</i>	35
7. <i>Gestion des données et méthodes statistiques.....</i>	35
ENQUETE « PROFESSIONNELS ».....	37
1. <i>Type d'étude.....</i>	37
2. <i>Population étudiée.....</i>	37
3. <i>Le questionnaire.....</i>	37
4. <i>Le recueil des données.....</i>	38
5. <i>Gestion des données et méthodes statistiques.....</i>	38
RESULTATS	39
ENQUETE « PATIENTS ».....	39
1. <i>Recueil des questionnaires.....</i>	39
2. <i>Description de la population.....</i>	40
3. <i>Santé au travail perçue selon les réponses aux questions individualisées.....</i>	43
4. <i>Santé au travail perçue selon les trois dimensions du questionnaire IRDES.....</i>	45
ENQUETE « PROFESSIONNELS ».....	50
1. <i>Description de la population.....</i>	50
2. <i>Public reçu.....</i>	52
3. <i>Manifestations de la souffrance au travail.....</i>	53
4. <i>Causes de souffrance au travail.....</i>	54
5. <i>Les difficultés rencontrées au quotidien.....</i>	56
6. <i>Les besoins des professionnels.....</i>	58
7. <i>Les besoins des personnes.....</i>	60
8. <i>Les conditions du bien-être au travail.....</i>	61
9. <i>Les priorités à mettre en œuvre à l'échelle de l'Entre-Deux-Mers.....</i>	62
DISCUSSION	64
1. <i>Etat de santé au travail perçu des personnes vivant dans l'Entre-Deux-Mers.....</i>	64

2. Perception, vécu et besoins des acteurs sanitaires et sociaux principaux du territoire concernant la santé au travail des personnes	69
3. Evaluer l'écart des perceptions entre professionnels et patients	75
4. Forces et limites	76
5. Recommandations utiles à l'élaboration d'un programme d'intervention autour de « santé et travail » par le Collectif Santé.....	79
CONCLUSION	81
BIBLIOGRAPHIE	82
ANNEXES.....	98
Annexe 1 : Population source : les 59 communes du territoire d'étude.....	98
Annexe 2 : Questionnaire de l'enquête « Patients ».....	99
Annexe 3 : Carte du territoire cible.....	103
Annexe 4: Note d'information sur l'enquête « Patients » et formulaire de non opposition.....	104
Annexe 5 : Avis favorable du Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée V.....	106
Annexe 6 : Déclaration de conformité à la CNIL	108
Annexe 7 : Questionnaire de l'enquête « Professionnels ».....	109
SERMEN D'HIPPOCRATE	112

Liste des tableaux et figures

FIGURE 1 : DIAGRAMME DE FLUX DE L'ENQUETE PATIENTS	39
FIGURE 2 : SCORE SELON LES DIMENSIONS	48
FIGURE 3 : QUESTIONNAIRES AVEC UN SCORE ≤ 2	48
TABLEAU 1 : CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DE LA POPULATION	40
TABLEAU 2 : ECHANTILLON ET POPULATION SOURCE (CC CREONNAIS+ CC PORTES DE L'EDM + CC RURALES DE L'EDM/2)	42
TABLEAU 3 : QUESTIONNAIRE SANTE-TRAVAIL, QUESTIONS INDIVIDUALISEES.....	43
TABLEAU 4 : COEFFICIENTS DES VALEURS PROPRES SELON L'ANALYSE A TROIS DIMENSIONS.....	45
TABLEAU 5 : DIMENSIONS DU QUESTIONNAIRE APRES ANALYSE FACTORIELLE	47
TABLEAU 6 : DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON DES PROFESSIONNELS	50
TABLEAU 7 : DESCRIPTION DU PUBLIC REÇU.....	52

Liste des abréviations

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ARS : Agence Régionale de Santé

CC : communauté de commune

CCPP : centre de consultation de pathologie professionnelle

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CMGF : Congrès de Médecine Générale France

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CSP : catégorie socio-professionnelle

DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

EDM : Entre Deux Mers

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

EVA : échelle d'évaluation de la douleur

HAS : Haute Autorité de Santé

IBODE : infirmier de blocs opératoires

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

MCP : maladies à caractère professionnel

MP : maladie professionnelle

MSP : maison de santé pluridisciplinaire

NPM : new public management

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de Santé

PDT : psychodynamique du travail

PSS : Echelle de stress perçu

RPS : risques psychosociaux

SUMER : Surveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels

TMS : troubles musculosquelettiques

TPS : troubles psychosociaux

Introduction

1. Préambule

Membres du Collectif Santé (association de promotion et d'éducation à la santé dans l'Entre-deux-Mers en Gironde), nos directeurs de thèse nous ont proposé de réaliser une double enquête de territoire afin de monter un programme de dépistage précoce et d'accompagnement des personnes en souffrance au travail.

Dans un souci de rigueur et de qualité de travail, et devant l'implication que demandait une telle enquête, il nous a été demandé de réaliser cette étude en binôme. Ce préambule a pour but de détailler notre participation dans ce travail.

Lors de nos stages en médecine générale et de nos premières expériences de remplacement, nous avons été interpellées par la multitude de consultations où le travail interférait avec la santé des individus.

Nous nous sentions démunies face aux multiples situations présentées, leur complexité, leur intrication avec l'histoire de vie des personnes et nous avions le sentiment de manquer d'outils et de formation pour y répondre.

Dans une période de modifications profondes de l'organisation du travail et du travail en lui-même, phénomène majoré par la crise sanitaire liée à la COVID-19, cette étude nous a semblé particulièrement pertinente.

C'est ainsi que durant l'année 2020, nous avons travaillé ensemble sur deux enquêtes distinctes, interrogeant à la fois des patients et des professionnels du secteur sanitaire et social de l'Entre-Deux-Mers (EDM).

Dans un premier temps, nous avons construit un questionnaire pour l'enquête auprès des patients, en équipe, avec nos directeurs de thèse. Par contre, nous n'avons pas participé à l'élaboration du questionnaire de l'enquête auprès des professionnels puisqu'il avait déjà été construit et pré-testé par nos directeurs de thèse avant notre participation au projet.

Comme nous l'expliquerons plus loin, le recueil des données s'est effectué en binôme pour les deux enquêtes, directement auprès des patients ou via un questionnaire en ligne pour les professionnels.

Pour l'analyse des données, nous avons réalisé un double encodage des réponses, l'une d'entre nous retranscrivant les données sur un tableur informatique, la seconde les vérifiant. Nos analyses statistiques ont été réalisées avec l'aide d'un biostatisticien.

En ce qui concerne l'écriture et l'élaboration de la thèse, nous avons rédigé ensemble l'introduction, la discussion et la conclusion. Jessica Mazens a rédigé la partie matériel et méthode et résultats pour l'enquête « professionnels » et Margot Fostier ces mêmes parties pour l'enquête « patients ».

Nous avons chacune contribué au travail de l'autre, par le biais d'une relecture critique et active.

2. Les déterminants de la souffrance au travail

2.1 L'évolution de l'organisation du travail à l'origine d'une altération de la santé

Le travail peut être défini comme l'« ensemble des activités humaines coordonnées en vue de produire ou de contribuer à produire ce qui est utile ou jugé tel » (1).

Il est également considéré comme un déterminant social de la santé humaine, par les facteurs de risques et les facteurs protecteurs qu'il apporte à chacun et la promotion de la santé au travail fait désormais partie des priorités en matière de santé publique (2,3).

En 1995, le comité mixte de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la santé au travail comme suit (4): « *la santé au travail s'articule autour de trois objectifs distincts : (i) préservation et promotion de la santé du travailleur et de sa capacité de travail; (ii) amélioration du milieu de travail et du travail, qui doivent être rendus favorables à la sécurité et la santé, et (iii) élaboration d'une organisation et d'une culture du travail qui développent la santé et la sécurité au travail. Cette culture s'exprime, en pratique, dans les systèmes de gestion, la politique en matière de gestion du personnel, les principes de participation, les politiques de formation, et la gestion de la qualité.* » Cette définition suggère que la santé au travail est intimement liée à l'organisation du travail et à son évolution.

Au cours de l'Histoire, le travail devient une marchandise permettant l'échange de temps contre un revenu. Les révolutions industrielles et le capitalisme introduisent la notion de marché de travail, avec les concepts d'emploi et de salaire, dont les conditions se codifient à partir de l'ère industrielle (5,6).

Le taylorisme et le fordisme, s'appuyant sur une organisation scientifique du travail, se développent en France après la première Guerre Mondiale, dans un but de rationalisation des coûts, de rentabilité et de productivité (7,8). La pénibilité physique et la déshumanisation des tâches, la période de prospérité des Trente Glorieuses et l'arrivée des technologies conduisent à la remise en cause de ces organisations du travail à la fin des années 60 (9).

Dans le même temps, le droit du travail apparaît comme la solution pour rétablir l'équilibre dans le rapport salarial entre employeur et employés (10,11). Le premier Code du Travail voit effectivement le jour en 1910 pour encadrer les conditions de travail des ouvriers régulièrement soumis aux accidents de travail, parfois dramatiques. Cette reconnaissance des droits des travailleurs va progressivement s'étoffer grâce aux lois sociales, notamment dans les années 1930 avec l'acquisition d'une couverture sociale et des congés payés (12).

La recherche de profit par les entreprises se heurte donc parfois à la volonté des travailleurs de s'épanouir dans leur travail en y trouvant du plaisir, d'être reconnus et plus autonomes (13). La question du sens dans le travail et de la maîtrise de soi engendre alors l'individualisation de la gestion des travailleurs et de nouvelles formes d'organisation du travail voient le jour (toyotisme, auto-entrepreneuriat, uberisation, Coopératives d'activité et d'emploi par exemple) (14,15).

Le néolibéralisme, que l'on peut définir comme une nouvelle forme de libéralisme admettant une intervention limitée de l'Etat (16), peut conduire à une relecture du droit du travail parfois au détriment de la santé des travailleurs (limitations des cotisations sociales, travailleurs détachés, obstruction aux déclarations d'accident de travail par exemple). Ainsi, de nouvelles formes de pressions voient le jour et peuvent être sources de conflits et de souffrance pour les employés (individualisation des primes, objectifs personnels, concurrence entre collaborateurs...) (17).

Les transformations du lien de subordination entre les travailleurs et les entreprises et certaines formes de management peuvent exercer un contrôle contre-productif sur les travailleurs qui ne peuvent pas développer pleinement leurs compétences et leur créativité (18). L'apparition du « New Public Management » (NPM) au début des années 1980, introduit au sein du secteur public des méthodes de gestion du secteur privé. Il remplace le système de motivation et de récompense du secteur public par une rémunération à la performance et est capable de répondre à moindre coût aux attentes des citoyens, désormais devenus des clients (19).

La mondialisation et les innovations technologiques peuvent rendre également les connaissances et l'expérience des travailleurs rapidement obsolètes et conduisent parfois à des sentiments d'épuisement, de perte de sens au travail et de confiance en soi (18,20).

On note ainsi l'apparition de nouvelles formes de souffrance induites par le travail, avec une place croissante de la souffrance psychique (21).

Ces souffrances deviennent un motif de consultation de plus en plus fréquent en soins primaires et ont des déterminants variables, physiques ou psychiques, que nous allons détailler.

2.2 La souffrance psychique

La souffrance psychique prend de plus en plus de place dans les pathologies d'origine professionnelle. Ce constat est étayé par le système de surveillance des maladies à caractères professionnel (MCP) basé sur les déclarations d'un réseau de médecins du travail volontaires (21). En France, entre 2007 et 2011, on retrouve des taux de prévalence passant de 1,1% à 1,4% pour les hommes et de 2,3 à 3,1% chez les femmes. Or, cette souffrance psychique n'apparaît dans aucun tableau de maladie professionnelle reconnue par les différents régimes de sécurité sociale (22).

Les risques et troubles psycho-sociaux.

La souffrance psychique au travail est aujourd'hui abordée sous l'angle des risques psycho-sociaux (RPS).

Pour l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), les RPS concernent 3 types d'expositions à des situations de travail, plus ou moins associées entre elles :

- du stress résultant d'un déséquilibre perçu par une personne entre les contraintes de l'environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face.
- des violences externes, commises par des personnes extérieures à l'entreprise comme des insultes, des menaces et agressions.
- des violences internes à l'entreprise, au sein même de la structure avec les notions de harcèlement et de conflits.

Ces risques peuvent donc être induits par l'activité elle-même ou générés par l'organisation et les relations au travail (23,24).

En 2007, édité par le Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail et à la demande du ministère du travail, est paru le rapport Gollac. Ce rapport distingue et précise 6 grands facteurs de risque de souffrance psychique :

- l'intensité du travail et le temps de travail,
- les exigences émotionnelles,
- l'autonomie,

- les rapports sociaux au travail,
- les conflits de valeurs,
- l'insécurité de la situation de travail.

Ce rapport met aussi en avant l'impact des caractéristiques individuelles des travailleurs (entourage familial, origine sociale, expérience antérieure de chômage, traits de personnalité) sur le risque de souffrance. En effet, elles peuvent interférer avec les autres facteurs de risques en les augmentant ou les protégeant de ce risque (25).

Les RPS peuvent avoir un retentissement psychique et conduire au développement de « troubles psycho sociaux » (TPS) que l'on définit comme des troubles psychiques chez un travailleur dont l'origine est directement liée à son milieu professionnel. Ce terme englobe les troubles anxio-dépressifs, l'épuisement professionnel ou « burn out », l'état de stress post-traumatique, voire le suicide (23).

Dans la littérature européenne, deux méta analyses ont essayé de mettre en évidence un lien de causalité entre l'exposition à des facteurs de RPS et la survenue de symptômes dépressifs. Il ressort de ces travaux qu'un haut niveau d'exigence émotionnelle et que le manque d'autonomie (avec l'idée de faible pouvoir de décision) semblent être les facteurs de RPS les plus en lien avec le développement de symptômes dépressifs (26,27).

Parallèlement au développement des TPS, les RPS peuvent avoir un impact sur le fonctionnement des entreprises (absentéisme, turn over, démissions, baisse de la productivité ...) En 2005, une enquête européenne regroupant 31 pays a étudié l'association entre l'exposition aux facteurs de RPS et l'absentéisme au travail pour arrêt maladie. Un niveau élevé d'exigence émotionnelle, des mauvais rapports sociaux avec des techniques d'intimidation, de la discrimination et la faible perspective d'évolution dans l'emploi étaient observés comme facteurs d'absentéisme (28).

Enfin, les RPS peuvent aussi être à l'origine de pathologies physiques, en particulier pour les troubles musculo squelettiques (TMS) et les maladies cardiovasculaires (23,24).

Focus sur le burn-out

Au sein de ces différents TPS, nous portons une attention toute particulière au « burn-out », phénomène en expansion et devenu une véritable préoccupation sociétale (20).

Le concept de « burn-out » est apparu dans les années 1970 et est une conséquence de l'articulation entre l'exposition aux RPS et les caractéristiques individuelles (de vulnérabilité, de personnalité) (29).

Les travaux de Christina Maslach, chercheuse en psychologie sociale constituent une référence pour caractériser les dimensions du burn-out. Ce syndrome se définit par un « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel » (30).

Trois dimensions construisent sa symptomatologie : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la baisse d'accomplissement personnel (29).

L'épuisement émotionnel exprime le manque d'énergie, la perte de motivation et le sentiment que les ressources émotionnelles sont épuisées. La dépersonnalisation correspond au développement d'un détachement, d'une mise à distance envers les clients, les personnes dont on s'occupe (patients, usagers...), les collègues... ; cette attitude permettant de s'adapter à l'épuisement émotionnel. Enfin, la réduction de l'accomplissement personnel décrit le sentiment de dévalorisation de son travail et de ses compétences (31, 32).

Ces trois dimensions construisent la Maslach Burn-Out Inventory (MBI). Cette échelle, constituée de 22 questions et traduite dans de nombreuses langues constitue un outil de référence pour mesurer la sévérité du burn-out (29,33).

Enfin, il faut savoir que les conséquences de ce surmenage professionnel peuvent parfois provoquer des effets dévastateurs sur la santé des personnes. En effet, les manifestations cliniques sont multiples, à la fois émotionnelles (anxiété, tristesse, irritabilité...), somatiques (asthénie, troubles du sommeil, troubles gastro-intestinaux...), cognitives (troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration...) et comportementales (repli sur soi, comportement agressif, dévalorisation) (34).

Le bore-out, nouveau risque psycho social ?

A l'opposé de la surcharge mentale induite par le burn-out, on peut retrouver le « bore out » qui est une souffrance psychique professionnelle causée par le manque de sollicitation durant l'activité du travail, autrement dit l'ennui au travail (35).

Ce syndrome résulte en partie d'un processus non intentionnel lié au fait que certains postes se soient peu à peu vidés de leur contenu suite aux réorganisations multiples. Il s'agit d'un déséquilibre entre le temps et le volume de travail (35, 36).

Le bore-out n'est pas exclusivement dû à l'environnement de travail mais les causes sont également propres au travailleur, à ses compétences, ses motivations, sa personnalité et ses préoccupations (37).

L'ennui au travail semble constituer un phénomène majeur en Europe.

En 2008, une enquête sur 7 pays européens auprès de 11 000 personnes révèle que 32 % des salariés européens souffrent d'ennui au travail au quotidien. Ils n'ont strictement rien à faire pendant une période variant de deux heures à toute la journée de travail (35, 37).

2.3. La pénibilité

La pénibilité physique fait elle aussi partie intégrante des causes de souffrance au travail.

La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites définit la pénibilité comme l'exposition à « un ou plusieurs facteurs de risques professionnels susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé. » (38).

Dix facteurs de risques réunis en trois catégories en sont issus et définis dans le code du travail (39) :

- les **contraintes physiques marquées** portant sur la manutention manuelle de charges, les postures pénibles et vibrations mécaniques.
- l'**environnement physique agressif** avec les problématiques d'agents chimiques dangereux, du bruit, du travail en milieu hyperbare et en températures extrêmes.
- les **rythmes de travail** impliquant le travail de nuit, en équipes alternantes et le travail répétitif (38).

En 2016, cette réforme avait permis la mise en place du « compte personnel de prévention de la pénibilité » où étaient comptabilisées les périodes d'expositions des salariés aux 10 facteurs de risques précédemment cités (40).

C'était à l'employeur d'évaluer l'exposition de ses salariés à la pénibilité sur leurs postes.

Au-delà de certains seuils d'intensité et de durée d'exposition, des points étaient cumulés sur le compte. Ceux-ci pouvaient être utilisés par les salariés concernés pour suivre une formation permettant un accès à un poste moins exposé, une réduction du temps de travail (tout en conservant son salaire) ou une retraite anticipée jusqu'à deux ans avant l'âge légal (40,41).

Toutefois, en 2017, une ordonnance suivie par plusieurs décrets d'application a supprimé la notion de « pénibilité » du compte devenant le « compte professionnel de prévention ». De plus, 4 des 10 facteurs de risque ont été supprimés, à savoir les manutentions de charges, vibrations mécaniques, postures pénibles et agents chimiques dangereux, ceux-ci jugés trop complexes à évaluer (42).

A noter également que ce compte n'est pas rétroactif, donc les expositions ayant eu lieu avant cette réforme de 2016 ne sont pas prises en compte. Enfin, les agents de la fonction publique ne sont pas concernés par ce compte (41).

Les données de la littérature sont nombreuses concernant l'impact de la pénibilité sur la santé des travailleurs.

De janvier 2009 à avril 2010, en France, une enquête nommée SUMER (Surveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels) organisée par le ministère du Travail a permis d'explorer les expositions aux facteurs de pénibilité de près de 47 000 salariés (43).

Selon les résultats, la pénibilité concerne en premier lieu les ouvriers, puis les employés de commerce et de services. Dans le milieu ouvrier, les jeunes semblent plus exposés aux facteurs de pénibilité. En effet, les intérimaires et les stagiaires sont principalement des ouvriers non qualifiés et ils sont souvent jeunes.

Toutefois, un paradoxe existe pour ces travailleurs les plus exposés concernant leur santé au travail perçue. La perception de leur état de santé ne semble pas très différente de celle des salariés non exposés. Ceci peut s'expliquer par un effet de sélection, dit « effet du travailleur sain » : les salariés dont la santé est trop altérée sortent plus tôt de l'emploi ou ne peuvent plus occuper un emploi pénible. De plus, la population exposée à des facteurs de pénibilité est plus jeune, et donc généralement en meilleure santé (44).

Par exemple, concernant le travail de nuit, 16 % des salariés travailleurs de nuit jugent leur état de santé altéré, contre 18 % des salariés ne travaillant pas la nuit (44). En effet, les travailleurs de nuits trouvent des avantages à ce rythme de travail. Car au-delà de son intérêt financier, le travail de nuit permet de disposer de plus de temps libre en journée, d'une plus grande autonomie et d'une meilleure ambiance de travail. Cependant, l'articulation entre travail et vie personnelle s'avère souvent plus difficile (45) et de nombreuses études ont révélé l'impact négatif du travail de nuit sur la santé.

Premièrement, le travail de nuit implique une perturbation du rythme circadien, se caractérisant par un dérèglement de l'horloge biologique, qui contrôle différentes fonctions comme la production d'hormones, la pression artérielle ou le cycle veille-sommeil (46).

Plusieurs études rendent avéré le lien entre le travail de nuit et le développement d'un syndrome métabolique, pouvant conduire au développement de maladies cardiovasculaires (46,47).

Également, certaines études ont montré une augmentation du risque de cancer du sein dans des cohortes d'hôtesse de l'air et des cohortes d'infirmières travaillant de nuit (48, 49).

Le dernier point marquant de l'impact de la pénibilité sur la santé concerne l'espérance de vie des ouvriers. Car, sur la période 2009-2013, selon les données de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), les hommes cadres vivent en moyenne 6 ans de plus que les ouvriers. Chez les femmes, cette inégalité est moins forte, avec seulement 3 ans séparant l'espérance de vie des cadres et des ouvrières. Cependant, le travail seul n'est pas suffisant pour expliquer cet écart. En effet, les cadres appartiennent à un groupe social

dont les modes de vie sont plus favorables à une bonne santé (moins de comportements à risque, un meilleur recours et accès aux soins, moins d'obésité) (50).

A côté de la pénibilité, l'exposition professionnelle à certains agents délétères est aussi en jeu dans la souffrance au travail.

2.4 L'exposition aux agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques

La connaissance de l'exposition professionnelle aux agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques est essentielle pour appréhender les conséquences parfois nuisibles du travail sur la santé des personnes.

Pourtant, les médecins généralistes semblent être en difficulté concernant la prévention des facteurs de risques environnementaux cancérogènes, par le manque de connaissances et de formations sur le sujet. En 2009, une enquête de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) a révélé que 71% des médecins se trouvaient mal informés sur les problèmes de santé liés à l'environnement. Pourtant, 28% des médecins déclaraient être souvent interrogés par les patients sur les cancers d'origine environnementale. Près d'un tiers de ces questionnements concernait les maladies professionnelles (51, 52).

Les premières preuves scientifiques du lien potentiel existant entre des expositions professionnelles et certains types de cancers sont arrivées en 1775 grâce aux travaux du chirurgien britannique Percivall Pott, qui a mis en évidence le risque accru de développer un cancer du scrotum chez les ramoneurs avec leur exposition à de la suie (48, 53).

Les substances cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques sont appelées « CMR » dans la nomenclature scientifique (54).

Un produit mutagène est un produit chimique induisant des altérations de la structure ou du nombre de chromosomes. Il constitue une étape initiale du développement d'un cancer.

Un produit cancérogène est par définition une substance ou un procédé pouvant provoquer l'apparition d'un cancer ou en augmenter la fréquence.

Enfin, un produit reprotoxique est un produit chimique pouvant altérer la fertilité de l'homme ou de la femme ou altérer le développement de l'enfant à naître (55).

Etablis par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC), les agents évalués sont classifiés selon la nomenclature suivante (56) :

Groupe 1 : agent cancérigène avéré
Groupe 2A : agent probablement cancérigène
Groupe 2B : agent peut être cancérigène
Groupe 3 : agent inclassable quant à sa cancérigénicité,
Groupe 4 : agent probablement non cancérigène.

En 2017, selon les données du CIRC, 47 agents ont été identifiés comme cancérigènes professionnels contre 28 en 2004. L'inhalation et le contact cutané constituent les voies d'exposition prédominantes (57). L'exposition à ces agents provoque un large éventail de cancers : les cancers des voies respiratoires en premier lieu, suivis des cancers ORL, leucémies, cancers de la vessie, cancers cutanés, du foie et de la plèvre (58).

L'enquête SUMER précédemment citée a également permis d'évaluer l'exposition aux agents cancérigènes de plus de 50 000 salariés. Cette enquête, réalisée avec la participation de 2400 médecins du travail, a pu répertorier les expositions à 89 substances (produits chimiques, métaux, fibres). En comparant les années 2003 et 2010, on retrouve une diminution du nombre de salariés exposés au formaldéhyde, au plomb, à l'amiante et aux poussières de bois. Toutefois, cette amélioration n'est que partielle puisqu'on retrouve une augmentation de l'exposition à la silice et aux phtalates. Ces derniers utilisés dans l'industrie du plastique sont à la fois reprotoxiques et perturbateurs endocriniens (55, 59).

Ces expositions concernent surtout les hommes, ouvriers et salariés les moins qualifiés (les apprentis et plus généralement les jeunes de moins de 25 ans). Également, les travailleurs de nuit ont significativement plus de risques d'être exposés à au moins un agent CMR.

Cela semble révéler d'importantes inégalités sociales de santé face aux facteurs professionnels d'exposition aux agents cancérigènes. En effet, le risque de décéder d'un cancer est 1,9 fois supérieur chez les hommes les moins diplômés que les hommes plus diplômés (59).

Enfin, nous accordons une attention particulière à l'exposition aux agents cancérigènes dans le milieu agricole, au vu de la proportion importante de travailleurs viticoles sur notre territoire d'étude (l'Entre-Deux-Mers).

L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) a analysé les données issues de dispositifs de surveillance des affections liées à des expositions aux pesticides agricoles. Il est constaté que les données disponibles sur les expositions en France sont rares, difficilement accessibles (car en partie générées par les firmes qui vendent les pesticides) et qu'aucun organisme n'est chargé de les produire. Il n'existe donc pas d'évaluation solide des risques (60).

En 2020, une synthèse méthodique regroupant 30 études a évalué le niveau de protection apporté par les équipements de protection individuelle destinés aux agriculteurs exposés aux pesticides. Leur efficacité semble variable selon les études et, surtout, ces équipements sont bien moins fréquemment portés que ce qui est recommandé. Le coût, l'organisation nécessaire et le manque de confort constituent les principales raisons évoquées (61).

3. Etat des lieux de la souffrance au travail

3.1 Epidémiologie en France et en Nouvelle-Aquitaine

A l'échelle nationale :

Les enquêtes SUMER et Conditions de Travail (62,63), pilotées notamment par le ministère du Travail, permettent de cartographier les expositions des salariés aux principaux risques professionnels en France. Nous présentons ici les résultats principaux des éditions 2010 et 2017 pour SUMER et 2013 pour Conditions de Travail.

Concernant les facteurs de risques psychosociaux :

On estime **que 61% des actifs sont exposés à trois facteurs de RPS ou plus et 4% sont exposés aux six facteurs à la fois**. Globalement, cette proportion semble plus importante chez les employés et ouvriers non qualifiés, quel que soit le genre.

Concernant les facteurs de pénibilité dans le travail :

Environ **4 salariés sur 10 sont exposés à au moins un des facteurs de pénibilité** dans le travail et les ouvriers sont les plus exposés.

-L'exposition aux contraintes physiques marquées est présente chez 21% des salariés mais on note une diminution de la plupart d'entre elles dans les dix dernières années. Cette diminution reste toutefois contrastée selon les catégories socio-professionnelles (CSP).

-L'exposition à un environnement physique agressif concerne également 21% des salariés. L'exposition aux agents chimiques est décrite chez presque un tiers des salariés du secteur du privé avec une baisse de l'exposition dans le milieu agricole mais une hausse dans le secteur tertiaire en 10 ans.

-L'exposition aux rythmes de travail contraints représente 17,9% des salariés avec un travail répétitif pour 16% d'entre eux.

Concernant l'exposition aux agents cancérogènes, reprotoxiques et mutagènes :

-Près de **10% des salariés sont exposés à au moins un agent cancérogène**. Il s'agit en majorité du secteur de la construction et des ouvriers qualifiés.

-**19,3% des salariés sont exposés à au moins un risque biologique** définit par le risque de développer une maladie infectieuse, une allergie ou une intoxication liée à la présence d'agents biologiques pathogènes (bactéries, virus, parasites et champignons). On retrouve une augmentation essentiellement dans le secteur agricole et pour les employés de commerce et de service (64).

On constate qu'en **2019, le nombre de maladies professionnelles (MP) a augmenté de 1,7% avec une hausse de 2,3% pour les TMS et 6% pour les affections psychiques**. Les TMS restent largement majoritaires (88%), suivis des affections liées à l'amiante (5%) ; les ouvriers semblent être la CSP la plus touchée (65, 66).

On note aussi une **multiplication par 5 du nombre de demandes de reconnaissance de maladies psychiques en MP entre 2012 et 2016**, avec une réponse favorable pour la moitié d'entre elles (67).

Par ailleurs, **en 2016, les troubles psychosociaux représentent 1,6% de la totalité des accidents de travail avec arrêt** contre 1% en 2011. Les personnes concernées semblent être majoritairement des femmes, employées, avec un âge moyen de 40 ans. Un tiers de ces accidents concerne trois secteurs d'activités : le secteur médico-social, les métiers des transports publics et le commerce du détail.

Il faut également noter que la durée des arrêts de travail pour une affection psychique est presque deux fois plus longue que pour les autres arrêts de travail, toutes causes confondues, et donne davantage lieu à une incapacité permanente (67).

A l'échelle de la région Nouvelle-Aquitaine :

L'exposition aux contraintes physiques marquées semble identique au niveau national ; par contre, on note **une proportion plus élevée d'exposition aux produits chimiques d'environ 30%**. L'exposition aux rythmes de travail contraints est globalement représentée de la même manière, en dehors du **travail de nuit qui est moins fréquent** au niveau régional (68).

Les répercussions négatives du travail sur la santé sont évoquées par une grande partie des actifs dans l'Enquête *Zoom santé Nouvelle-Aquitaine 2018*. Près de **8 actifs sur 10 sont confrontés souvent ou très souvent à des répercussions négatives du travail** : pour les deux tiers, il s'agit d'un travail pénible nerveusement, pour un actif sur deux d'un travail pénible physiquement et pour un tiers d'entre eux d'un travail qui altère le sommeil (69).

Enfin, tout comme au niveau national, on note une **hausse des maladies professionnelles (+7%) en 2019, avec toujours une grande majorité de TMS (70)**.

3.2 Impact de la COVID-19 sur le travail et son organisation

Devant l'ampleur de la crise sanitaire et de ses conséquences sur le monde du travail (chômage partiel, télétravail quasi exclusif, perte d'activité, suractivité, etc.), il est légitime de penser que les facteurs de risque psychosociaux vont s'étendre, générant une possible augmentation significative et durable des pathologies physiques et psychologiques en lien avec l'activité professionnelle.

L'impact de la COVID-19 sur la santé des travailleurs hospitaliers

L'impact de cette crise sur la santé des travailleurs a été particulièrement marqué chez les travailleurs hospitaliers, notamment de réanimation.

En juin 2020, une enquête française réalisée auprès de 381 infirmiers de réanimation a permis d'évaluer la prévalence de l'anxiété, de la dépression et du stress post-traumatique dans cette population. Les réorganisations multiples, l'afflux massif de patients, le manque de matériel, la grande rapidité des changements de poste ont conduit à un impact fortement négatif sur la santé psychologique des personnes interrogées. La prévalence de l'anxiété était d'environ 17%, celle de la dépression de 12% et enfin celle du stress post traumatique entre 18 et 21 %. Cet impact néfaste était plus marqué chez les infirmières de blocs opératoires (IBODE) et le personnel peu formé ou travaillant en réanimation contre son gré.

En effet, le report des interventions chirurgicales non urgentes a permis de disposer du personnel travaillant dans les blocs opératoires. Chez les IBODE recrutés en réanimation, on retrouvait 64% de trouble anxieux, 45 % de trouble dépressif et 45% d'état de stress post-traumatique (71).

L'effet du télétravail sur le bien-être des travailleurs

La crise sanitaire a profondément bouleversé l'organisation du travail avec le développement massif du télétravail dont les effets sur le bien-être des travailleurs semblent ambivalents.

Depuis novembre 2020, la plateforme Pros-Consulte, spécialiste du bien-être au travail a reçu de nombreux appels de télétravailleurs en souffrance via le numéro vert mis en place par le gouvernement (72). Le télétravail semble parfois aggraver les situations déjà compliquées car le lien social est absent pour apaiser les conflits. Certains expriment une charge de travail

accrue en télétravail, avec parfois une barrière entre vie professionnelle et vie privée difficile à délimiter. D'autres se sont sentis surveillés par leur hiérarchie par le biais des outils numériques (par la connexion aux horaires de travail par exemple). Enfin, la perte de sens est parfois présente, sentiment exacerbé par l'absence de lien social qui permet parfois de compenser le désintérêt vis-à-vis du travail (72,73).

Le télétravail pourrait également avoir un impact sur nos comportements.

Une étude réalisée auprès de 1003 Français en télétravail pendant le premier confinement avait suggéré une aggravation de toutes les formes d'addictions chez les personnes interrogées avec 27% des fumeurs déclarant avoir augmenté leur consommation, 22% d'augmentation de prise de psychotropes et anxiolytiques et 49% de surconsommation de temps d'écran (74,75). La consommation de nourriture, d'alcool et de jeux d'argent semblent également à la hausse. L'ennui, la perte de repères et l'anxiété générés par cette épidémie constituent les principales raisons évoquées (74). Pour autant, ces résultats sont à interpréter avec prudence, l'enquête ayant eu lieu pendant le premier confinement de mars 2020. En effet, cette augmentation des consommations peut tout à fait être en lien avec le confinement lui-même.

Néanmoins, il est aussi décrit de nombreux avantages à la pratique du télétravail. Il constitue surtout un moyen de limiter les déplacements entre le travail et le domicile permettant un gain de temps précieux (76). De plus, la dématérialisation des dossiers et parfois des procédures contribuent à ce gain de temps (77).

En 2018, le service de santé au travail du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nice a évalué les effets sur 10 agents télétravailleurs, après une durée de 6 mois de pratique du télétravail. Les principaux avantages décrits étaient la diminution du stress et de la fatigue physique, le gain de temps et économique, l'amélioration de leur concentration et donc de leur productivité (78).

L'impact dévastateur de la COVID 19 sur le monde du travail

Les premières estimations de l'OIT, instance des Nations Unies chargée d'élaborer et superviser les normes internationales du travail, indiquent une hausse significative du chômage mondial et du sous-emploi. La pauvreté au travail devrait aussi augmenter de manière significative, ce qui pourrait aggraver les inégalités déjà existantes (79).

4. La place du médecin généraliste dans la prise en charge de la souffrance au travail

De par la confiance qu'ils suscitent, les médecins généralistes sont les principaux interlocuteurs en cas de problème de santé pour 2/3 des personnes et connaissent donc bien l'état de santé de leur patient, leurs histoires et parcours de vie (80).

Devant les difficultés des services de santé au travail (pénurie de médecins du travail, manque de confiance des travailleurs envers le médecin du travail, difficulté à identifier le travail comme source principale ou secondaire de la dégradation de la santé...), le médecin traitant est donc souvent le professionnel de santé de référence, premier à être sollicité par les patients en souffrance au travail (81-84).

Cette souffrance revêt des formes de manifestations diverses, physiques et psychiques, qui nécessitent des réponses tout aussi nombreuses et variées.

Le médecin généraliste dispose pour cela de plusieurs outils de dépistage, de suivi et d'accompagnement (85).

Premièrement, il peut s'aider d'échelles d'évaluation (par exemple, l'échelle d'évaluation de la douleur (EVA) ou l'échelle de stress perçu (PSS) (86)) et de questionnaires de dépistage de la souffrance au travail (*EVREST, SATIN, CPO, COPSOQ, « Santé-Travail » de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) (87-91) ...*). Toutefois, ces outils sont peu utilisés en pratique, probablement du fait de leur méconnaissance par les professionnels mais aussi de leur mauvaise applicabilité en soins primaires (92, 93).

Il peut également s'appuyer sur sa qualité de médecin en étayant son diagnostic clinique à l'aide d'exams complémentaires et en proposant des thérapeutiques médicamenteuses (tels les antalgiques, anxiolytiques, antidépresseurs) et non médicamenteuses (techniques de communication, écoute active et empathique, par exemple). Ses compétences en matière de relation médecin-patient, l'absence de conflit d'intérêt avec l'employeur et sa capacité à créer une alliance thérapeutique sont également importantes pour développer une démarche de soin durable et efficace (94).

Le médecin généraliste est aussi le rédacteur de plusieurs types de certificats, directement en lien avec la santé au travail :

-Le certificat d'arrêt de travail et de mi-temps thérapeutique. Il est souvent mis en place afin de sortir le patient d'un environnement professionnel délétère, de l'aider à prendre du recul et pour établir un temps de repos nécessaire.

-Le certificat d'accident de travail. Un accident de travail est un événement soudain et imprévu qui, quelle qu'en soit la raison, a causé un dommage corporel ou psychologique, et est survenu pendant l'activité professionnelle. La reconnaissance d'un accident de travail donne droit au versement d'indemnités par la sécurité sociale et l'employeur, en cas d'arrêt de travail, mais également à la prise en charge à 100% de tous les soins en lien avec l'accident de travail (consultations, prescriptions, examens complémentaires) (95).

-Le certificat de maladie professionnelle (MP). Une maladie est dite « professionnelle » si elle est contractée du fait du travail. La plupart des MP sont définies dans des tableaux précisant la maladie concernée, le délai de prise en charge (avec parfois la durée d'exposition) et la liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie (96). Bien qu'il n'existe pas de tableau de MP relatif aux affections psychiques, certaines peuvent faire l'objet d'un examen par le comité régional de reconnaissance des MP (anxiété généralisée, dépression sévère et certains cas de syndromes post traumatique). La reconnaissance de MP donne droit au versement d'indemnités par la sécurité sociale et l'employeur et à la prise en charge à 100% de tous les soins en lien avec la MP (22, 67).

-Le certificat médical pour reconnaissance du statut de travailleur handicapé. Le statut de travailleur handicapé donne notamment droit à des financements pour adapter le poste de travail, des formations pour reconversion, des aides financières (prestations de compensation du handicap pour obtenir une aide humaine ou technique) et des aménagements du poste et des horaires de travail (97).

Par ailleurs, le médecin généraliste a un rôle de conseil auprès de son patient, en l'informant des possibilités de recours au médecin du travail et aux services de santé au travail, souvent méconnus des travailleurs (97,98). Il oriente également son patient vers d'autres intervenants (psychologue, infirmier, ergothérapeute, kinésithérapeute, ostéopathe, rhumatologue ...) pour que la prise en charge soit pluridisciplinaire et globale.

Malgré cet arsenal thérapeutique, peu de médecins généralistes se sentent suffisamment formés au dépistage précoce de ces troubles, à l'accompagnement dans le cadre des dispositifs existants ou pour soigner les troubles/pathologies individuellement ou en réseau de soins multidisciplinaires (98,99).

Face à ce constat, interroger la perception et le vécu des professionnels de premiers recours sur leurs besoins et les limites de leur exercice nous a semblé légitime.

Et le projet du Collectif Santé de l'élaboration d'un programme d'accompagnement de la souffrance au travail faisait d'autant plus sens.

5. Le projet du Collectif Santé

5.1 Genèse du Collectif Santé

Créé il y a 15 ans, le Collectif Santé est une association de promotion et d'éducation à la santé dans l'Entre-Deux-Mers en Gironde.

Les objectifs initiaux de cette association étaient d'une part de créer du lien entre les professionnels de santé du territoire et, d'autre part, de promouvoir et éduquer à la santé.

Le Collectif Santé a notamment élaboré et mis en place un programme d'ateliers d'éducation thérapeutique pour des patients porteurs d'une maladie cardio-vasculaire ou à haut risque de maladie cardio-vasculaire. Les autres axes d'intervention de l'association sont l'organisation de formations pluri professionnelles (ex : entretien motivationnel), la prévention des risques liés aux écrans, et donc la mise en place d'un programme « Santé et Travail ».

L'association est reconnue sur le territoire comme acteur de promotion de la santé et est fréquemment sollicitée pour apporter son expertise à un évènement ponctuel ou pour la mise en place d'un programme de territoire.

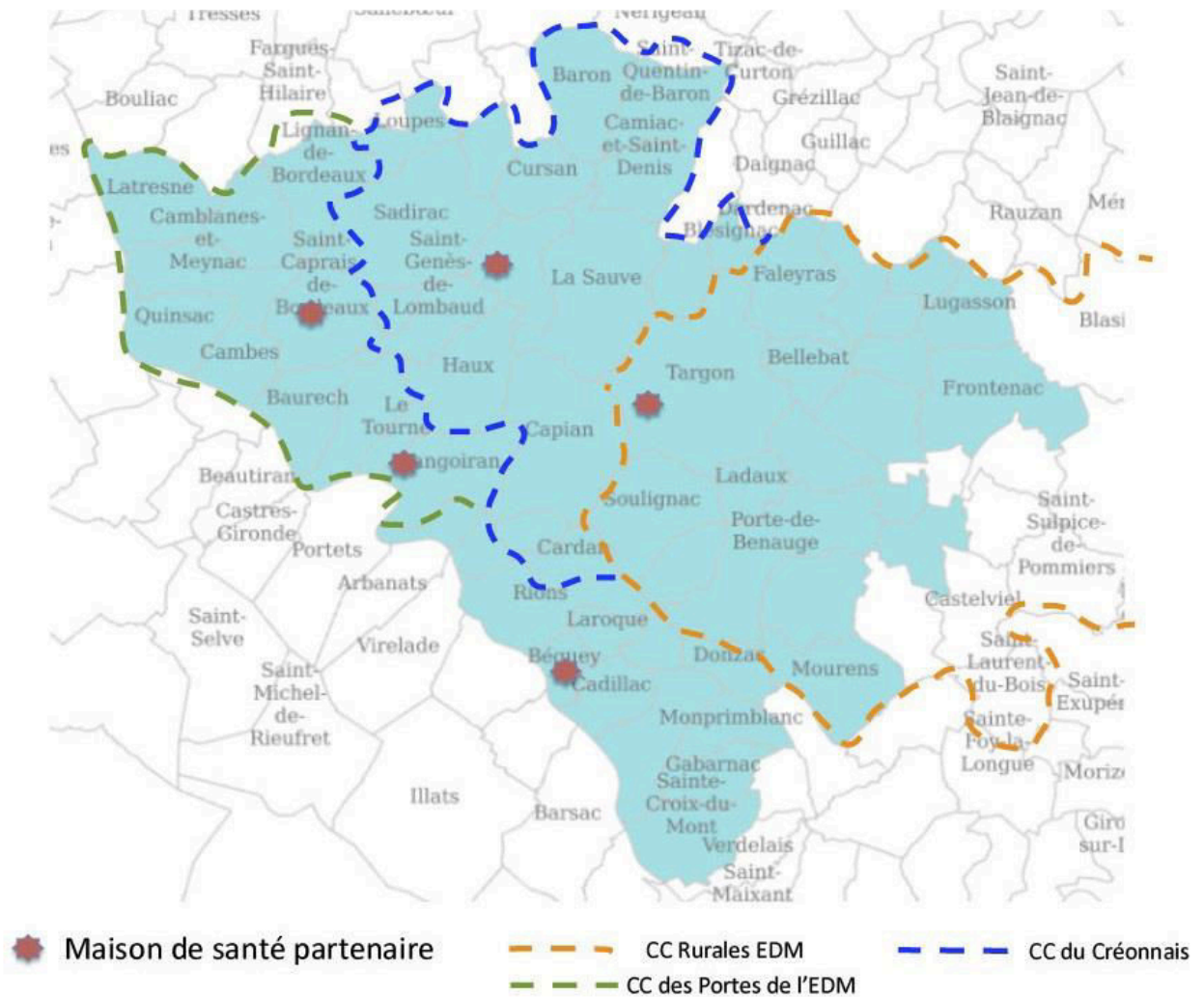
5.2 Le projet

Le Collectif Santé a donc défini la santé au travail comme l'une de ses priorités lors d'un conseil d'administration de 2018. L'association souhaite monter un programme de dépistage précoce et d'accompagnement des personnes en souffrance au travail sur son territoire d'intervention. Pour construire un programme adapté qui ait du sens, il leur a paru essentiel d'effectuer un diagnostic de territoire concernant l'état de santé perçu des travailleurs ainsi que la perception qu'en ont les professionnels de santé, mais également, pour ces derniers, de relever leurs besoins et attentes afin d'améliorer leurs pratiques.

5.3 Territoire d'étude

Le territoire d'intérêt est lié à l'histoire des liens et partenariats des professionnels de santé du Collectif Santé depuis plus de 20 ans. Celui-ci est à cheval sur 4 communautés de Communes (Portes de l'Entre-Deux-Mers, Créonnais, Communes Rurales de l'Entre-Deux-Mers et Convergence Garonne). Il a été défini suivant les communes d'intervention des 5 maisons de santé partenaires (MSP) dans l'Entre-Deux-Mers : MSP de Saint-Caprais de Bordeaux, MSP

de Créon, MSP de Targon, MSP de Langoiran, MSP de Cadillac.
 Le projet concerne au total 59 communes (**Annexe 1**).



6. Objectifs de l'étude, questions de recherche et hypothèses

Notre objectif principal était :

- D'une part de décrire la santé au travail perçue des personnes vivant en Entre-Deux-Mers (Gironde, 40 communes identifiées).
- D'autre part de documenter la perception et le vécu des acteurs sanitaires et sociaux principaux du territoire concernant la santé au travail des personnes vivant sur le territoire et leurs besoins en tant que professionnels.

Nos objectifs secondaires étaient les suivants :

- Evaluer l'écart des perceptions entre professionnels et patients.
- Produire des recommandations utiles à l'élaboration d'un programme d'intervention autour de « santé et travail » par le Collectif Santé.

Nous nous sommes posé les questions suivantes :

- **Quel est l'état de santé au travail perçu des adultes en activité professionnelle vivant dans l'Entre-deux-Mers ?**
- **Quelle est la perception de l'état de santé des travailleurs par les professionnels des secteurs sanitaires et sociaux ?**
- **Quels sont les besoins et attentes des professionnels concernant la prise en charge de la santé au travail des usagers ?**

Nos hypothèses étaient qu'une part des travailleurs interrogés seraient actuellement en souffrance au travail, que ce soit en rapport avec des facteurs de pénibilité psychique et/ou physique. Nous pensions également que la souffrance en travail serait un motif quotidien de consultation chez les professionnels du secteur sanitaire et social, avec des perceptions de l'état de santé des usagers pouvant être différentes selon le professionnel sollicité. Ainsi, nous supposons que le croisement des perceptions, des besoins et des difficultés des différents professionnels impliqués, permettrait de dresser un état des lieux global de la santé au travail perçue sur le territoire enquêté.

Matériel et méthode

Notre étude se compose d'une double enquête, investiguant la perception des personnes en activité professionnelle concernant leur santé en lien avec le travail et ceux les prenant en charge (directement ou indirectement).

Nous avons nommé l'enquête auprès des usagers des cinq maisons de santé partenaires « enquête patients » et celle auprès des professionnels du champ sanitaire et social du territoire « enquête professionnels ».

Enquête « patients »

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale quantitative auprès des usagers de cinq maisons de santé du territoire de l'EDM (Targon, Créon, Cadillac, Langoiran, Saint-Caprais-De-Bordeaux). L'enquête s'est déroulée en novembre 2020.

2. Questionnaire

Ce questionnaire est directif, auto-administré et confidentiel. Il pose 41 questions (**Annexe 2**) :

- Cinq questions pour recueillir des données socio-économiques de la population (âge, sexe, profession, dernier diplôme et temps de trajet).
- Trente et une questions fermées issues de la section « travail » du questionnaire « Enquête Santé et Protection Sociale » de l'IRDES (91). Comparativement aux autres questionnaires de santé au travail (EVREST, SATIN, CPO, COPSOQ (87-90)), celui-ci semble englober la plupart des dimensions de souffrance au travail décrites dans la littérature (25). Il est plus court et de structure homogène, donc plus facilement recevable par les patients en salle d'attente (moins de 10 minutes de remplissage lors du prétesting). Il est également libre de droit.
- Trois questions fermées sur la santé au travail, provenant de l'enquête "Zoom Santé - Nouvelle Aquitaine" de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) (69). Ces trois questions traitent des répercussions physiques et psychiques de la souffrance au travail (pénibilité

nerveuse, physique et altération du sommeil) peu abordées de manière directe dans le questionnaire de l'IRDES.

- Deux questions fermées pour évaluer l'influence perçue de la crise sanitaire sur la santé au travail et la perception de l'évolution de la santé au travail dans le temps.

Le temps de remplissage du questionnaire est estimé entre 10 et 15 minutes.

3. Sélection des patients

Population cible : il s'agit des personnes en activité professionnelle vivant dans trois communautés de communes (CC) du territoire de l'EDM : les Portes de l'EDM, la CC Rurales de l'EDM et la CC du Créonnais (**Annexe 3**).

Population source : les usagers des maisons de santé partenaires du territoire de l'EDM (Targon, Créon, Cadillac, Langoiran, Saint-Caprais), en activité professionnelle et âgés de moins de 60 ans. Les personnes sans activité professionnelle au moment de l'enquête ainsi que les mineurs en sont exclus.

4. Echantillonnage

Afin de rendre notre échantillon représentatif de la population cible, nous avons utilisé la méthode des quotas. Nous avons apparié notre population source avec la population cible concernant les variables âge, genre et CSP (100).

5. Mode de recueil des données

Durant le mois de novembre 2020, nous sommes allées à la rencontre des patients, dans les maisons de santé partenaires, afin de distribuer notre questionnaire. La passation des questionnaires s'est effectuée sur une semaine, un jour par semaine dans chaque maison de santé, afin de ne pas créer de biais de sélection. A l'arrivée des patients dans les salles d'attente, nous leur présentons l'enquête (les objectifs, les enjeux, la confidentialité des données recueillies, le respect du secret professionnel) et leur proposons de remplir le questionnaire en autonomie complète et de manière confidentielle, en salle d'attente, avant ou après leur consultation. En cas de besoin (difficulté à comprendre une question par exemple), un accompagnement était proposé pour apporter les clarifications nécessaires et limiter les

données manquantes. Une salle de consultation était disponible si nécessaire. Les questionnaires, une fois remplis, étaient déposés par les répondants dans des boîtes de collecte, afin de préserver la confidentialité des données collectées. Les questionnaires étaient ensuite récupérés à la fin de la journée.

6. Aspects éthiques et règlementaires

Aucune donnée personnelle de type information sensible n'a été recueillie.

Un formulaire de non opposition et une note d'information sur l'étude étaient remis aux patients en même temps que les questionnaires (**Annexe 4**). Le formulaire de non opposition comportait la date et l'heure de passation du questionnaire et un numéro afin de tracer la non opposition. Ce numéro était également communiqué au patient sur la notice d'information. Ainsi, pour tout patient souhaitant récupérer ses données, il sera aisé de retrouver le questionnaire par le numéro correspondant, la date et l'heure de la passation.

Préalablement à son utilisation, le questionnaire « patients » a fait l'objet d'un avis favorable par le Comité de Protection de Personnes Sud-Méditerranée V, en date du 21/10/2020. Nous avons également fait une déclaration de conformité au référentiel de méthodologie de référence MR-003, auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), en septembre 2020 (**Annexe 5 et 6**).

7. Gestion des données et méthodes statistiques

Nous avons encodé manuellement les données recueillies à l'aide du logiciel Microsoft Excel version 14.0.0.

Douze questions (numéros 1 à 7, 37, 38, 39) ont été analysées en tant que variables qualitatives et sont exprimées par leurs effectifs et leurs pourcentages. Ces questions reflétaient les caractéristiques socio-démographiques et des descriptions globales de la vie des personnes. Pour les questions 2 et 4 (« *mon âge est* », « *mon poste actuel est...* »), nous avons procédé à un deuxième codage suivant les catégories d'âge et les catégories socio-professionnelles définies par l'INSEE (101,102).

La comparaison de ces données qualitatives a été réalisée avec le test du Chi-2 et le test exact de Fisher.

Nous avons obtenu l'autorisation d'utilisation du questionnaire de l'IRDES mais n'avons pas eu accès au descriptif d'analyse des données malgré plusieurs relances auprès de l'équipe de recherche.

L'analyse univariée de 29 items n'aurait pas eu de sens, au vu des données de la littérature qui décrivent la souffrance au travail selon plusieurs dimensions (25). Nous avons l'intuition que les différents items étaient liés entre eux et interdépendants mais, en l'absence de guide d'analyse du questionnaire, nous avons tenté de les regrouper en dimensions avec l'aide d'un biostatisticien, également professionnel de santé du territoire.

Le logiciel R version 3 .6.1 a été utilisé pour réaliser une analyse factorielle exploratoire du questionnaire ainsi que pour l'analyse des représentations des échelonnements multidimensionnels. Nous avons ainsi pu dégager trois dimensions, issues du regroupement statistique des items du questionnaire. Ce choix est consécutif à l'analyse du diagramme des valeurs propres des dimensions du questionnaire et celle des valeurs des indicateurs AIC et CAIC qui étaient les plus petites pour un modèle à 3 dimensions. Des calculs de coefficients alpha de Cronbach ont également été faits pour tester les groupes d'items en matière d'homogénéité et d'appartenance à une dimension.

Un calcul de score global a ensuite été réalisé pour chaque dimension, afin de tenter de quantifier le niveau de souffrance au travail. Ce score était équivalent à la moyenne des scores de chaque item d'une dimension et variait de 0 à 4.

Nous avons fait le choix de considérer un score bas (inférieur ou égal à 2) comme plutôt en faveur d'une souffrance au travail. Effectivement, un score bas reflétait une majorité de réponses de type "toujours" ou "souvent" aux items ayant trait à un facteur de risque de souffrance au travail.

A l'inverse, un score haut (supérieur à 2) indiquait une probable absence de souffrance au travail, et correspondait à une majorité de réponses de type "parfois" et "jamais" aux mêmes questions. Nous n'avons pas analysé les scores intermédiaires par souci de simplification.

Ces variables quantitatives étaient exprimées en médianes assorties des 25ème et 75ème percentiles.

La comparaison des données quantitatives a été faite avec les tests de Student.

Le seuil de significativité a été fixé à 5% pour tous les tests utilisés.

Le logiciel Stata version 10 a été utilisé pour les analyses uni et multivariées.

Enquête « professionnels »

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale qualitative utilisant un questionnaire semi-directif.

2. Population étudiée

La population est constituée des professionnels du champ sanitaire et social du territoire de l'Entre-Deux-Mers.

Cela inclut des médecins généralistes, des médecins du travail et services de santé au travail, psychologues, psychiatres, kinésithérapeutes, ostéopathes, orthophonistes, ergonomes, pharmaciens, infirmiers à domicile, sages-femmes, diététiciens, élus municipaux et assistantes sociales.

3. Le questionnaire

Il a été élaboré par nos directeurs de thèse avec l'aide d'un professionnel chargé de projet et d'ingénierie en éducation et promotion de la santé, spécialiste en méthodologie.

L'objectif de ce questionnaire était double, avec d'une part le recueil de la perception des professionnels sur l'état de santé des personnes qu'elles reçoivent et, d'autre part, l'évaluation de leurs difficultés et besoins pour la prise en charge des travailleurs en souffrance.

Un pré-testing a été réalisé au préalable auprès de 10 professionnels du champ sanitaire et social afin d'évaluer la clarté des questions et l'ergonomie du questionnaire. Les remarques issues de ce pré-testing ont servi à élaborer le questionnaire final.

Le questionnaire est composé de 18 questions et il comprend deux parties (**Annexe 7**).

Une première partie est constituée de questions fermées regroupant des informations socio-démographiques (profession, âge, sexe, cadre et secteur d'activité, mode d'exercice, ancienneté sur le territoire) ainsi que des questions concernant le public reçu (en capacité de travailler, fréquence de la souffrance au travail, souffrance explicite).

Une seconde partie déclarative est composée de questions ouvertes, explorant en premier lieu la perception des professionnels sur les principales manifestations et causes de

souffrance des travailleurs présentant un mal être au travail, ainsi que les besoins de ces derniers.

Dans un second temps, les professionnels sont interrogés sur leurs difficultés et besoins dans l'accompagnement de ces usagers en souffrance.

Enfin, ils sont questionnés sur leur vision des conditions incontournables pour un bien-être au travail et sur les priorités à mettre en œuvre sur le territoire.

4. Le recueil des données

De juin à septembre 2020, la population cible a été contactée par voie téléphonique en vue d'une inclusion.

Les numéros de téléphone étaient répertoriés à partir des pages jaunes et de l'annuaire en ligne de l'Assurance Maladie, Ameli.fr.

Après présentation de l'enquête et avec l'accord des personnes, il leur était proposé de répondre de manière anonyme au questionnaire en ligne, dont le lien était envoyé par mail (**Annexe 7**). Un rappel a parfois été nécessaire.

5. Gestion des données et méthodes statistiques

La saisie des données a été réalisée sur le logiciel Microsoft Excel 2019©.

Concernant la première partie du questionnaire, de la question 1 à 11 (comprenant les données socio-démographiques des professionnels et les questions fermées sur le public reçu) des analyses descriptives univariées ont été réalisées.

Les réponses de la seconde partie du questionnaire (de la question 12 la question 18) ont été analysées selon un modèle thématique.

Il s'agit d'extraire des groupes de mots ou de phrases à partir des réponses données afin de les regrouper en différentes catégories, elles-mêmes subdivisées en sous-catégories.

Ces thématiques ont ensuite été organisées selon un système de codage via le logiciel Microsoft Excel 2019© avec double relecture.

Résultats

Enquête « patients »

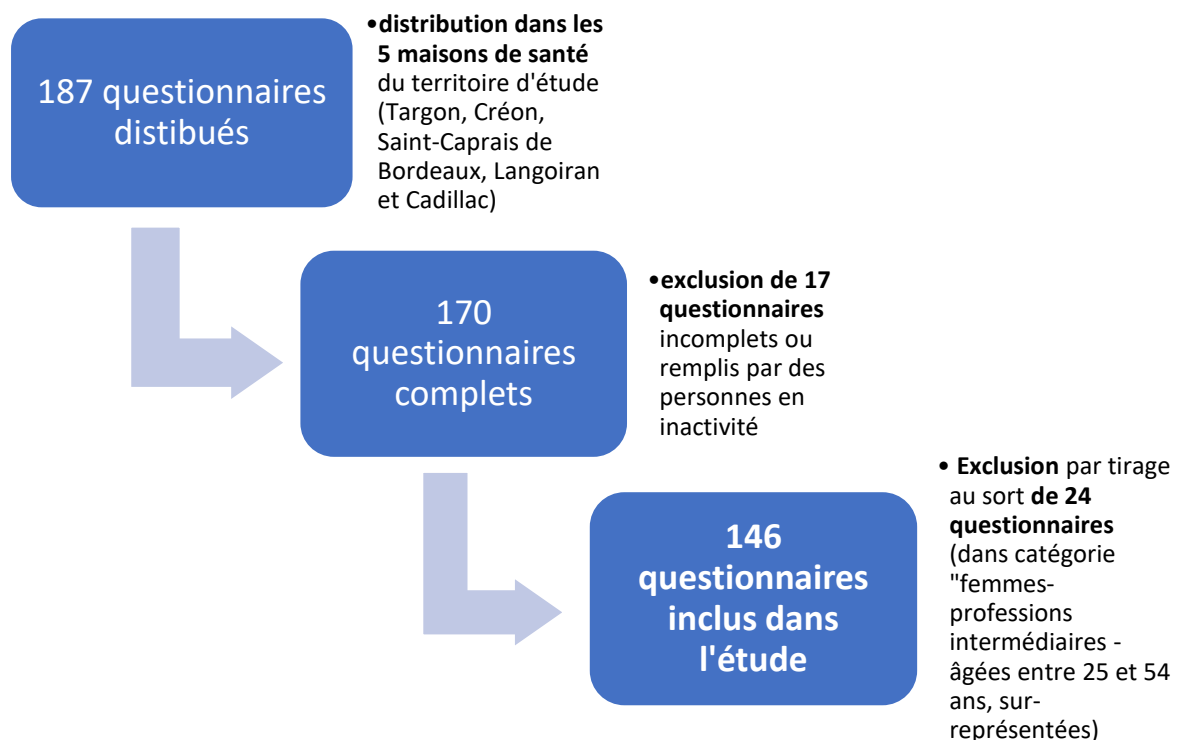
1. Recueil des questionnaires

Au total, nous avons distribué 187 questionnaires et en avons recueilli 170 valides (cf. figure 1).

Moins de 5% des personnes ont refusé de participer à l'enquête et le motif principal invoqué était le manque de temps. Seul deux participants ont eu besoin de l'aide des enquêtrices pour répondre.

Selon la méthode des quotas sur l'âge, le sexe et la CSP, 24 questionnaires ont été exclus, par tirage au sort informatique, pour un total final de 146 analysés.

Figure 1 : Diagramme de flux de l'enquête patients



2. Description de la population

2.1. Caractéristiques socio-économiques

La population est décrite dans le **Tableau 1**.

L'âge moyen des patients est de 42 ans avec une répartition selon le sexe de 51% pour les hommes, 49% pour les femmes. Plus de la moitié des patients occupent un poste d'employé ou une profession intermédiaire. Seule 6% de la population est non diplômée et plus de deux tiers a un temps de trajet travail-domicile inférieur à 30 minutes.

Tableau 1 : caractéristiques socio-économiques de la population		
	Total	Total
	n	%
Sexe	n = 146	
Femme	71	48,6
Homme	75	51,4
Age	n = 146	
15-24 ans	9	6,2
25-34 ans	26	17,8
35-44 ans	53	36,3
45-54 ans	41	28
55-70 ans	17	11,6
CSP	n = 145	
Agriculteurs	4	2,8
Artisans, commerçants	20	13,8
Cadres, professions intellectuelles supérieures	19	13,1
Professions intermédiaires	45	31,0
Employés	35	24,1
Ouvriers	22	15,2
Dernier diplôme	n = 141	
CAP	21	14,9
Master	19	13,5

Baccalauréat	16	11,3
Bac pro	15	10,6
BTS	12	8,5
Licence	12	8,5
Diplômes spécifiques	11	7,8
BEP	10	7,1
Autres	16	11,3
Aucun	9	6,4
Temps de trajet (min)	n=137	
<= 15	51	37,2
16-30	46	33,6
30-60	37	27,0
60-120	2	1,5
>120	1	0,7
<p><i>Autres : Diplôme d'Etat Universitaire Général, Certificat d'étude Primaire, Diplôme Universitaire de Technologie, formations et attestations spécifiques (formation routier FCOS, formation certifiant maitresse de maison, attestation auxiliaire ambulancière), doctorat, maîtrise ; Diplômes spécifiques : DEAES, DEASS, DEES, CQP Employé Familial, BEESAPT, SSIAP2</i></p> <p><i>Le taux de réponse varie de 94 à 100%</i></p>		

2.2. Représentativité de l'échantillon

Les statistiques de l'Insee nous ont permis d'obtenir le profil descriptif de la population cible selon l'âge, le sexe et la CSP. Nous avons fait le choix de pondérer les effectifs de moitié pour la CC Rurales de l'EDM puisque la moitié Est de cette CC n'est pas incluse dans le territoire d'étude et semble être plus rurale. Notre population cible représente donc un total d'environ 22 377 actifs pour l'année 2017 (**Annexe 3**).

Le **Tableau 2** représente les caractéristiques socio-économiques de notre échantillon et de notre population cible (103-105). On ne retrouve pas de différence significative entre les deux populations pour le sexe, l'âge et la CSP ($p > 0,05$).

Tableau 2 : Echantillon et population cible (CC Créonnais+ CC Portes de l'EDM + CC Rurales de l'EDM/2)					
	Total échantillon	Total échantillon	Total territoire EDM	Total territoire EDM	p (test du chi 2)
	n	%	n	%	
Sexe	n = 146		n = 22 377		0,98
Femme	71	48,6	10 902	48,7	
Hommes	75	51,4	11 474	51,3	
Age	n = 146		n= 19 980		0,61
15-24 ans	11	7,5	1184	5,9	
25-54 ans	116	79,4	15 818	79,2	
55-70 ans	19	13,0	2976	14,9	
CSP	n= 146		n= 22 300		0,06
Agriculteurs	4	2,7	471	2,1	
Artisans, commerçants	2	13,7	1792	8,0	
Cadres professions intellectuelles supérieurs	19	13,0	3215	14,4	
Professions intermédiaires	45	30,8	5863	26,3	
Employés	35	24,0	6207	27,8	
Ouvriers	22	15,0	4600	20,6	
Pas de réponse	1	0,7			

3. Santé au travail perçue selon les réponses aux questions individualisées

Le **Tableau 3** représente les réponses pour les 7 variables qualitatives.

Tableau 3 : Questionnaire Santé-Travail, questions individualisées		
	Total n	Total %
Q.6) je suis satisfait de mon emploi	n = 145	
Oui	128	88,3
Non	17	11,7
Q.7) je me sens capable de faire le même travail qu'actuellement jusqu'à 60 ans	n = 143	
Oui	74	51,7
Non	69	48,3
Q.37) Diriez-vous de votre travail qu'il est fatigant nerveusement ?	n = 146	
Jamais	12	8,2
Peu souvent	41	28,1
Souvent	50	34,2
Très souvent	43	29,5
Q.37) Diriez-vous de votre travail qu'il est fatigant physiquement ?	n = 146	
Jamais	23	15,7
Peu souvent	49	33,6
Souvent	46	31,5
Très souvent	28	19,2
Q.37) Diriez-vous de votre travail qu'il vous empêche souvent de dormir ?	n = 145	
Jamais	47	32,4
Peu Souvent	49	33,8
Souvent	41	28,3
Très souvent	8	5,5
Q.38) La crise du coronavirus a-t-elle eu une influence sur votre qualité de vie au travail ?	n = 145	
Oui, très positivement	8	5,5

Oui, positivement	24	16,6
Oui, négativement	49	33,8
Oui, très négativement	20	13,8
Non, aucune influence	44	30,3
Q.39) Au cours des 5 dernières années, et avant la crise du coronavirus, pensez-vous que votre santé au travail s'est	n = 142	
Dégradée	57	40,1
Améliorée	17	12,0
Restée stable	68	47,9

3.1. Satisfaction de l'emploi et évolution dans le temps

Près de neuf personnes sur dix se disent satisfaites de leur emploi, mais seulement une sur deux s'imagine capable de faire le même travail jusqu'à 60 ans.

Par ailleurs, 40% des répondants disent que leur santé au travail s'est dégradée dans les cinq dernières années, et ce avant la crise sanitaire actuelle.

3.2. Influence perçue de la crise sanitaire liée au coronavirus

Près d'un actif sur deux estime que sa qualité de vie au travail a été influencée négativement ou très négativement par la crise sanitaire. Pour 30% d'entre eux, cela n'a pas eu d'influence.

3.3. Répercussions physiques et psychiques du travail, selon les questions de l'enquête « Zoom Santé »

Deux tiers des répondants estiment que leur travail est fatigant nerveusement et un tiers des usagers déclarent que leur travail les empêche de dormir souvent ou très souvent. La moitié des usagers décrit un travail fatiguant physiquement.

4. Santé au travail perçue selon les trois dimensions du questionnaire IRDES

4.1. Analyse factorielle exploratoire du questionnaire

Nous avons pris le parti d'analyser le questionnaire IRDES selon un regroupement d'items en trois dimensions, après analyse factorielle exploratoire et selon le diagramme des valeurs propres des dimensions du questionnaire.

Le **Tableau 4** représente les coefficients des valeurs propres selon l'analyse à trois dimensions.

Tableau 4 : Coefficients des valeurs propres selon l'analyse à trois dimensions			
	Dimension 1	Dimension 2	Dimension 3
Durée de travail supérieure à 48h	0,498		-0,229
Se dépêcher	0,653	0,108	
Trop penser	0,724	-0,107	
Peur pendant le travail	0,536	0,205	0,158
Peu de liberté	0,366	0,103	0,550
Faire des choses désapprouvées	0,393		0,306
Ne pas dormir entre 00h et 05h	0,110	0,154	0,245
Horaires alternants		0,299	0,205
Travail répétitif	0,119	0,519	0,153
Porter des charges lourdes	0,122	0,803	
Postures pénibles	0,140	0,800	
Bruit		0,547	
Produits nocifs		0,755	
Peur de perdre l'emploi	0,383	0,148	0,129
Travail et obligations familiales	0,691		
Tensions avec le public	0,530		
Emotions cachées	0,599		0,157

Apprendre	-0,175	0,183	0,573
Emploi des compétences		0,169	0,705
Aide des collègues		-0,181	0,289
Attention du supérieur	0,463	0,115	0,217
Supérieur aide à la tâche	0,387	0,113	0,262
Utile pour les autres			0,330
Reconnaissance du travail à sa valeur	0,288		0,522
Salaire correct	0,213	0,317	0,330
Moyen de faire un travail de qualité	0,340		0,522

Les coefficients des valeurs propres de chaque item permettaient leur attribution à chaque dimension en considérant, de façon arbitraire, |0.4| comme valeur seuil.

Après réflexion en équipe, autour de la thématique commune liant les différents items d'une dimension, nous les avons nommés :

- **Pénibilité physique**
- **Pénibilité psychique**
- **Accomplissement personnel**

Le **Tableau 5** récapitule les items composants chaque dimension après analyse factorielle exploratoire et les coefficients alpha de Cronbach permettant de vérifier leur cohérence interne.

Tableau 5 : Dimensions du questionnaire après analyse factorielle		
Dimension	Items du questionnaire IRDES	Coefficient alpha de Cronbach
Pénibilité psychique	8) Ma durée de travail est supérieure à 48h par semaine 9) Je suis obligée de me dépêcher pour faire mon travail 10) Je dois penser à trop de choses à la fois 11) J'ai du mal à concilier travail et obligations familiales 12) Je vis des tensions avec un public 13) je dois cacher mes émotions ou faire semblant d'être de bonne humeur 14) Il m'arrive d'avoir peur pendant mon travail 19) Mon supérieur prête attention à ce que je dis 20) Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien 24) je dois faire des choses que je désapprouve 33) Je travaille avec la peur de perdre mon emploi	0,82
Pénibilité physique	27) J'occupe un travail posté en horaires alternants ou en roulement 28) J'effectue un travail répétitif sous contraintes de temps 29) Je suis exposé(e) à porter des charges lourdes lors de manutention 30) Je suis exposé(e) à des postures pénibles ou fatigantes à la longue 31) Je suis exposé(e) à un bruit intense 32) Je suis exposé(e) à des produits (ou substances) nocifs ou toxiques 26) Mon travail m'oblige à ne pas dormir entre minuit et 5h du matin	0,78
Accomplissement personnel	15) Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté 16) Mon travail me permet d'apprendre des choses nouvelles 17) Je peux employer pleinement mes compétences 18) Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener mes tâches à bien 22) Mon travail est reconnu à sa juste valeur 23) Vu tous mes efforts, je considère que mon salaire est correct 25) J'ai les moyens de faire un travail de qualité 21) Mon travail est utile aux autres	0,70

4.2. Scores de souffrance au travail pour chaque dimension

La figure 2 représente les scores pour les trois dimensions.

Nous avons considéré qu'un score inférieur ou égal à 2 était plutôt en faveur d'une souffrance au travail.

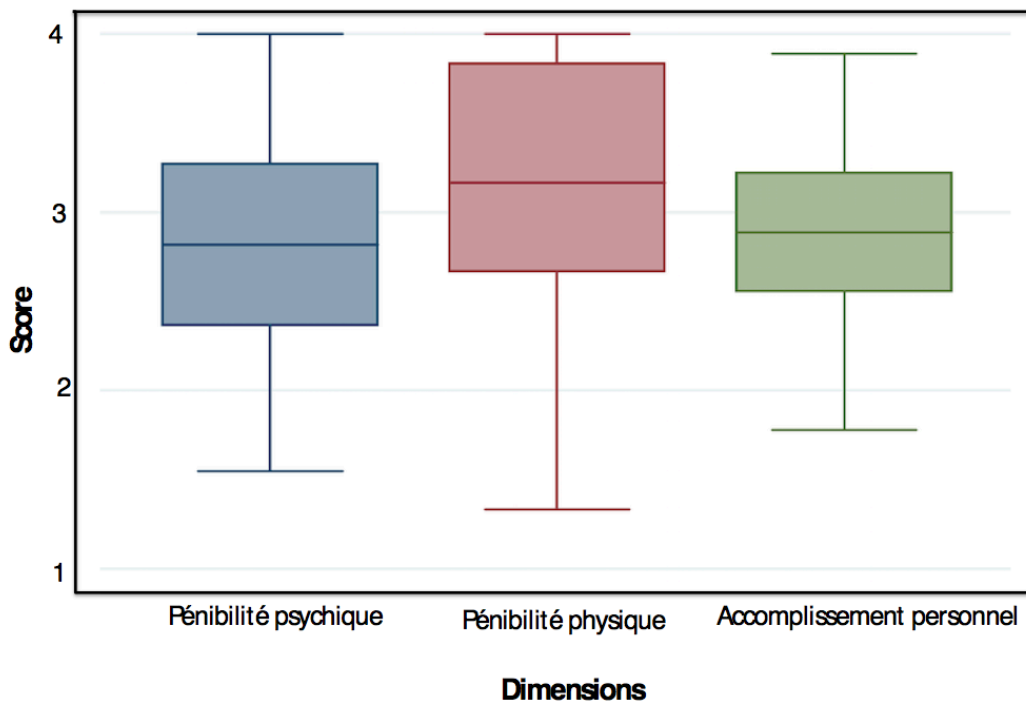


Figure 2 : Score selon les dimensions

La Figure 3 représente le nombre et pourcentage de questionnaires ayant un score inférieur ou égal à deux pour chaque dimension. A noter que 5 personnes présentent un score inférieur ou égal à deux sur à la fois deux dimensions.

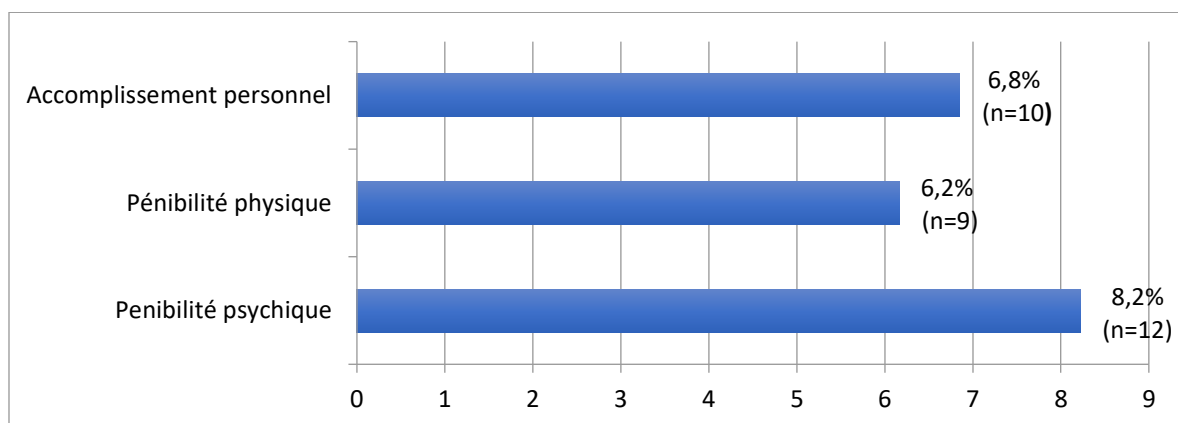


Figure 3 : Questionnaires avec un score ≤ 2

Au total, **17,8% des patients interrogés, soit 26 personnes, semblent en souffrance pour au moins une des 3 dimensions**, sans que cela soit associé de façon significative pour le sexe ($p=0,2$), l'âge moyen ($p=0,2$), la CSP ($p=0,4$) ou le temps de trajet ($p=0,9$) en analyse univariée.

Cependant, en analyse univariée, on note un lien significatif entre un score inférieur ou égal à 2 sur au moins une des trois dimensions et :

- l'insatisfaction de l'emploi ($p=0,001$)
- ne pas être capable de poursuivre son travail jusqu'à 60 ans ($p=0,004$)
- une fatigue nerveuse ($p<10^{-4}$)
- une fatigue physique ($p<10^{-4}$)
- une altération du sommeil ($p=0,001$)

En analyse multivariée, selon un modèle de régression logistique, seule la fatigue physique présente un lien significatif avec un score inférieur ou égal à 2 sur au moins une des trois dimensions ($p=0,002$).

Enquête « professionnels »

1. Description de la population

Au total, 98 professionnels ont répondu pour 294 contactés, soit un taux de réponse de 33%.

Le **Tableau 6** résume les caractéristiques sociodémographiques de la population.

Les répondants sont très majoritairement des professionnels de santé libéraux (82%) même si des salariés de service de santé au travail et de structures médico-sociales se sont aussi prononcés (14%).

La médiane d'âge des professionnels est de 42 ans.

La médiane d'ancienneté sur le territoire est de 7 ans.

Tableau 6 : Description de l'échantillon des professionnels		
	Total n	Total %
Sexe	n = 98	
Femme	61	62,3
Homme	37	37,7
Age	n = 98	
25-34 ans	24	24,5
35-44 ans	30	30,6
45-54 ans	28	28,6
55-64 ans	14	14,3
65 et plus	2	2
Secteur d'activité	n = 98	
Soin/ santé	90	92
Médico-social	2	2
Mandat électoral	2	2
Action sociale	2	2
Service de santé au travail	1	1
Promotion qualité de vie au travail	1	1

Cadre d'activité	n = 97	
Libéral	81	83,5
Salarié	10	10,4
Fonction publique	4	4,1
Gérant d'entreprise	1	1
Autre	1	1
Profession	n = 98	
Médecin généraliste	26	26,5
Psychologue	16	16,3
Ostéopathe	11	11,2
Kinésithérapeute	9	9,2
Infirmier	8	8,2
Orthophoniste	7	7,2
Diététicien nutritionniste	3	3,1
Médecin du travail	3	3,1
Pharmacien	2	2
Promoteur qualité de vie au travail	2	2
Sage-femme	2	2
Autres	9	9,2
Manière de travailler	n = 97	
Equipe/regroupée	52	53,6
Isolée	17	17,5
Réseau/partenaires extérieurs	15	15,5
Isolée et réseau/partenaires extérieurs	5	5,2
Equipe et réseau/partenaires extérieurs	7	7,2
Autre : laqvt.fr, conférences, ateliers...	1	1
Ancienneté d'activité sur l'EDM	n = 98	
<5 ans	26	26,5
5-10 ans	41	41,8
11-20 ans	23	23,5
21-30 ans	7	7,1
>30 ans	1	1
<p><i>NPP : ne peut se prononcer</i> <i>Le taux de réponse varie de 99% à 100%</i> <i>Les autres professionnels de santé et du social correspondent à :</i> <i>Une coordinatrice d'ESAT, un cadre de santé, un chef de service social, un dentiste, une conseillère familiale, un élu, une IDE de santé publique, un podologue et un retraité de l'éducation nationale.</i></p>		

2. Public reçu

Tableau 7 : Description du public reçu		
	Total n	Total %
Public en partage	n = 92	
Oui	45	48,9
Non	36	39
NPP	9	9,8
Autre	2	2,2
Public en capacité de travailler	n = 91	
Oui	66	72,5
Non	17	18,7
NPP	5	5,5
Autre	3	2,2
Fréquence souffrance	n = 98	
Fréquemment	75	76,5
Rarement	19	19,3
Jamais	2	2
NPP	2	2
Souffrance explicite	n = 97	
Fréquemment	71	73,2
Rarement	23	23,7
Non concerné	2	2,1
NPP	1	1
<i>NPP : ne peut se prononcer</i>		
<i>Le taux de réponse varie de 93% à 100%</i>		

Parmi les personnes interrogées, près des 3/4 reçoivent un public en âge de travailler avec 77% déclarant être fréquemment confrontés à des usagers en souffrance au travail. Pour 73%, cette souffrance est explicitement exprimée par les personnes concernées.

3. Manifestations de la souffrance au travail

D'après les répondants, la souffrance au travail se manifeste par des troubles somatiques, psychologiques et des conséquences sur le travail.

➤ Des troubles somatiques

Pour une majorité de professionnels, cette souffrance se manifeste par des douleurs qu'elles soient systématisées ou non et par de l'asthénie.

Les troubles musculosquelettiques (TMS) sont également fréquemment nommés avec par exemple les termes de « *lombalgies* », « *rachialgies en général* » et « *tendinopathies* ».

Certains parlent de troubles d'organes, qu'ils soient **gastroentérologiques** (« *syndrome de l'intestin irritable, gastrites chroniques* »), **cardiovasculaires** (« *élévation de la tension artérielle* », « *palpitations* ») et/ou **génito-urinaires** (« *dysfonctionnement rénal : lithiases ou infections urinaires* »).

Le retentissement sur le poids et l'alimentation est également évoqué avec par exemple des « *repas sautés et/ou repas déséquilibrés* », la « *recherche d'aliments réconforts et éventuels comportements compensatoires* » ou encore des problématiques de « *prise de poids* ».

➤ Des troubles psychologiques.

La plupart des professionnels font état de troubles anxieux « *crise d'angoisse* », « *troubles phobiques* », « *ruminations* », « *hypervigilance* » et dépressifs chez les personnes prises en charge. Ces troubles dépressifs englobent les notions de « *dévalorisation* », de « *sentiment d'incompétence* » et « *d'incapacité à surmonter les difficultés* » avec parfois des « *envies suicidaires, suicide dans le pire des cas* ».

Les manifestations du burn-out sont également fréquentes avec le « *sentiment de perte de sens* », l'« *usure psychologique* », la « *surcharge mentale* », le « *sentiment de vide intérieur* » et l'« *épuisement physique, émotionnel et mental* ».

Aussi, quelques professionnels rapportent des troubles des interactions sociales avec un « *défait de socialisation* », des « *relations avec la famille et l'entourage perturbées* », un

« *sentiment de rejet et abandon* ».

Quelques-uns évoquent des troubles du comportement regroupant les problématiques de troubles des usages comme des « *consommations toxiques* » ou la « *prise d'alcool ou substances* » et des troubles du comportement alimentaire avec « *la recherche d'aliments réconforts et éventuels comportements compensatoires, repas sautés et/ou repas déséquilibrés* ».

Enfin, sont parfois mentionnés des troubles à symptomatologie somatique ou apparentés avec les « *troubles psychosomatiques* », les « *troubles de conversion* », les « *pathologies psychosomatiques au sens large* » et des troubles neurocognitifs comme des « *troubles de l'attention* », de la « *fatigabilité* » et des « *difficultés de concentration* ».

➤ **Des conséquences sur le travail**

Les conséquences sur le travail se révèlent par des arrêts de travail à travers les « *demandes réitérées d'arrêt de travail* », l'idée « *d'empêchement au travail* », des accidents de travail et le souhait de reconversion.

4. Causes de souffrance au travail

D'après les réponses faites par les participants, on note que la souffrance au travail est attribuée le plus souvent à des **facteurs de risques psychosociaux** ou à la **pénibilité physique** du travail.

➤ **Les facteurs de risques psychosociaux**

Les réponses des professionnels ont été classées selon les différentes catégories du rapport de Gollac (25).

L'intensité et la complexité du travail sont évoqués en premier lieu avec la « *suractivité* », l'« *inadéquation entre le travail demandé et les moyens à disposition* », la « *surutilisation des capacités* », ou l'« *acceptation d'ordres contradictoires* ».

On parle aussi de la problématique de désorganisation du temps de travail avec les « *horaires discontinus* », les « *pauses non respectées* », les « *changements de planning* », le « *travail en horaires décalés* » ou le « *planning peu prévisible* ».

Les mauvais rapports sociaux sont souvent mentionnés avec notamment les **problèmes hiérarchiques** de « *conflits ou désaccords avec la hiérarchie* », de « *mauvais management* », de « *dévalorisation par les supérieurs* » voire de « *manque de considération, de reconnaissance, de justice ou d'intégration* » allant jusqu'au « *sentiment d'être non reconnu* ». **L'ambiance** « *détestable* » pouvant exister au travail où les « *conflits internes avec les collègues* » sont aussi rapportés.

Quelques-uns parlent également de l'insécurité de la situation de travail à travers **l'insécurité de l'emploi** avec, par exemple, la « *peur de perdre son travail en cas d'arrêt maladie* » ou encore la « *peur du chômage (de la pauvreté)* » et les **changements** avec les difficultés de « *glissement de la mission* », les « *changements de planning* » et les « *changements incessants ou incompris au sein de l'entreprise* ».

Le manque d'autonomie avec le « *manque de responsabilité* », la « *sous-utilisation ou négation des compétences* », le « *manque d'épanouissement* » sont parfois évoqués.

Dans une moindre mesure, certains parlent des conflits de valeurs comme quand il s'agit « *d'accepter des ordres contradictoires ou contraires à ses valeurs* ». Certains professionnels témoignent aussi de la « *perte de sens* » ou encore de l'exigence émotionnelle comme par exemple le fait de « *savoir cacher ses émotions* ».

Toutefois, les facteurs de risque psychosociaux ne sont a priori pas les seuls en cause puisque des difficultés portant sur les caractéristiques liées à l'individu semblent parfois à l'origine du mal être.

Ces caractéristiques regroupent les **contraintes extra-professionnelles** comme le « *trajet allongé par les embouteillages* » et les **traits de personnalité** avec, par exemple, la perception d'un « *mal être plus général qui retentit sur le travail* ». On comprend qu'une situation personnelle inconfortable ou délétère peut dégrader la relation au travail et conduire à des difficultés dans les relations interpersonnelles et/ou avec la hiérarchie.

➤ La pénibilité physique

La pénibilité physique est identifiée à de multiples reprises à travers la « *dureté physique du travail* », le « *port de charge* », les « *gestes répétitifs* », les « *postures prolongées et inadaptées* », le « *matériel non ergonomique ou vétuste* » et la « *difficulté des gestes professionnels due à leur pathologie* ».

5. Les difficultés rencontrées au quotidien

➤ Difficultés intrinsèques aux professionnels

Ils font part des difficultés intrinsèques à leurs professions comme le manque de relais, de connaissances et de compétences.

Ils s'expriment également sur leur propre surmenage professionnel.

Pour beaucoup, la difficulté passe en premier lieu par le manque de relais.

Cela se traduit d'une part par une carence des **soins spécifiques** avec le « *manque de personnes ressources* » et les « *difficultés pour trouver des spécialistes médicaux (psychiatre afin de bénéficier d'une prise en charge financière)* ».

Également, cette impression est sous-tendue par le **manque de coordination entre les services existants** : « *difficulté lien médecin travail/médecin conseil* », « *le travail en pluridisciplinaire reste parfois assez complexe à mettre en œuvre faute d'interactions suffisantes avec les autres professionnels...* », « *difficulté de coordination des différents intervenants autour de la personne* ».

Certains parlent de leur manque de connaissance de la législation encadrant la santé au travail, des services existants et des ressources mobilisables : « *manque de connaissances sur les rouages de la santé au travail (invalidité, incapacité, MDPH) et les solutions les plus pertinentes pour chaque situation donnée* », « *manque d'infos sur structures de supports, structures vers qui les orienter* », « *manque de personnes ressources identifiées* ».

Le sentiment de manque de compétences pour accompagner participe à cette difficulté pour une partie d'entre eux.

Cela concerne à la fois les difficultés de **repérage** comme avec le « *manque de recul pour comprendre exactement la situation* » et le manque de compétences **en soins** : « *manque de*

compétences dédiée au soutien psychologique », « diversité des manifestations qui nécessitent à chaque fois un plan personnalisé et des réponses différentes ».

Un nombre non négligeable de professionnels s'expriment sur leur propre surmenage professionnel.

Ils pointent parfois le manque de temps devant des situations particulièrement énergivores car « *ce sont des patients qui nécessitent une grande écoute* » et expriment leurs sentiments d'impuissance et de frustration à travers les citations suivantes : « *mon impuissance* », « *difficultés à lâcher prise* », « *la difficulté à sortir du rôle du sauveur pour les soignants investis à leur détriment* ».

Ils rapportent aussi toute la difficulté à ne pas négliger leurs propres besoins comme avec la « *prise en compte par les acteurs de la santé au travail de leur propre santé (au travail)* ».

➤ **Difficultés intrinsèques aux patients**

Pour un certain nombre, la difficulté serait parfois inhérente à l'inertie de certaines situations et/ou attitudes de patients amenant à des situations bloquées.

La perception de situations relevant du **bénéfice secondaire** revient à plusieurs reprises avec le **refus du retour au travail** et le **défaut d'adhésion à un projet de soins** : « *pour certains, effet secondaire bénéfique dans le sens où ils sont bien au domicile et peuvent accentuer leurs symptômes pour rester en arrêt et savoir leur dire non mais cela reste relativement rare* », « *chronicité, situation bloquée* », « *effet secondaire bénéfique de l'arrêt de travail avec refus retour travail, enfermement en statut de malade* », « *forme de résistance inconsciente du patient* », « *manque de motivation et d'observance pour les traitements proposés* », « *la personne nous met en échec* ».

Par exemple, un médecin du travail relatait être parfois confronté à la situation suivante : « *les personnes ne voient souvent comme porte de sortie que l'inaptitude au poste car elles ne veulent pas démissionner afin de ne pas perdre leur droit au chômage et parfois cela ne relève pas de l'inaptitude* ».

A l'opposé, un petit nombre de répondants parle du déni de souffrance pour certains patients avec la « *difficulté pour le patient de reconnaître que sa situation est problématique* » ou encore la « *difficulté (presque impossibilité) de s'identifier comme proche du burn out pour le patient vu qu'il est à 200% ... Et vu la somme colossale de travail ou de responsabilités...* »

Ce déni allant parfois jusqu'à un **refus d'arrêter de travailler** avec des « *personnes qui arrivent très tard quand elles sont à bout de force* » ou des « *refus des arrêts de travail, atteinte profonde à l'estime d'elle-même* ».

Enfin, d'autres évoquent toute la complexité de prendre en charge des patients dont la santé mentale est altérée, « *en souffrance psychologique* », à travers la « *difficulté à prendre du recul face à une situation, il faut les rassurer et les déculpabiliser* », la « *difficulté à reprendre car les angoisses sont trop importantes* » et la « *difficulté de mise en place de comportements alimentaires sains, de changer les habitudes* ».

➤ **Difficultés en relation avec l'organisation du travail**

L'inertie du système d'organisation du travail est dénoncée à plusieurs reprises car cela conduit parfois à des stratégies de contournement : « *ils arrivent à un moment à un point de non-retour où, pour eux, la seule possibilité semble la fuite donc l'inaptitude : le maintien au poste est quasi impossible* », « *difficultés à envisager une reconversion* », « *conflit avec l'employeur qui veut une démission et refuse les ruptures conventionnelles ce qui mène la recherche d'une inaptitude au bout d'un long parcours* », « *parfois instrumentalisation du médecin du travail afin de "chercher" l'inaptitude pour sortir de l'entreprise en conservant des droits sociaux (chômage, indemnités de licenciement) qui n'existent pas avec la démission, ou instrumentalisation car situation similaire d'un/une collègue et donc veulent obtenir la même chose* ».

Enfin, comme le souligne certains professionnels, les soins non remboursés et leurs coûts indirects entraînent parfois un renoncement à se prendre en charge avec le « *manque de prise en charge financière de certaines ressources (consultations psy, sophrologie, infirmière...)* » et le « *suivi à long terme entraînant un surcoût important pour les patients souvent mal pris en charge* ».

6. Les besoins des professionnels

Pour mieux aider ces personnes touchées par la souffrance au travail, les professionnels expriment le besoin de développer leurs compétences sur la thématique, de mettre en place des actions dans les entreprises, de créer une structure ressource pluriprofessionnelle dédiée et d'améliorer l'accessibilité financière des patients les plus nécessiteux.

➤ Développer les compétences en prévention, dépistage et accompagnement

Premièrement, un nombre important expriment le besoin d'améliorer leurs connaissances et compétences.

Certains suggèrent un accès à des formations dédiées à la santé au travail avec des « *formations pour connaître les moyens d'actions* », des « *formations sur les mécanismes psychiques en jeu* », une « *meilleure connaissance en droit du travail* », des « *outils d'évaluation précoce et de diagnostic* », un « *repérage des facteurs de risque psychosociaux* », des « *grilles d'évaluation* » et/ou **sur l'accompagnement au changement** comme, par exemple, des « *formations pour appréhender la gestion de ces demandes (entretien motivationnel, éducation thérapeutique...)* ».

En effet, la nécessité de développer les connaissances des ressources existantes et d'améliorer leur coordination se fait entendre à plusieurs reprises avec l'« *information, la connaissance et la coordination des structures supports et des réseaux de ressources disponibles* », la « *simplification et lisibilité du réseau d'intervenants* » ou encore un « *meilleur contact-coordination monde social/du travail/du droit et de l'esprit* ».

➤ Mettre en place une structure dédiée d'accompagnement

Pour beaucoup, la mise en place d'une structure dédiée d'accompagnement constituerait une aide précieuse pour améliorer la prise en charge de leurs patients, celle-ci devant répondre à plusieurs critères pour être optimale.

Premièrement, la pluridisciplinarité s'avère indispensable pour une majorité avec notamment la « *mise en place d'un réseau dédié pluridisciplinaire* », un « *réseau de professionnels pour les cas les plus difficiles (et les cas chroniques)* » ou par le biais d'un « *travail en réseau pluridisciplinaire (médical, juridique, médico-social, psychologique)* ».

D'autres évoquent l'intérêt d'une prise en charge spécialisée comme un « *réseau autre que du médical où les patients pourront être reçus et recevoir des conseils et mise en pratique* », un « *réseau de prise en charge psychologique* », ou encore de l'« *ergothérapie* »,

Le besoin de renforcer le lien avec la médecine du travail est récurrent par un « *contact facilité avec le médecin du travail* », ou un « *secret médical partagé entre médecins y compris médecins de prévention/ du travail* ».

Enfin, l'idée de créer une structure multimodale et de proximité est identifiée à plusieurs reprises par la mise en place d'« *une équipe pluridisciplinaire de proximité* », de « *groupes de parole* » de « *consultations, ateliers (APA, nutrition...)* », de « *cellule de gestion du stress* », et de « *cellules de soutien* ».

➤ **Développer des actions dans les entreprises**

Ces interventions impliquent à la fois des actions de prévention comme des « *actions de prévention en entreprise* », de la « *prévention/ergonomie des postes de travail* » et la formation à un management positif comme la « *formation à la gestion humaine bienveillante* » ou encore la « *formation des managers/chefs d'entreprise à la bienveillance/respect/communication* ».

➤ **Améliorer l'accessibilité et la reconnaissance financière des prises en charge**

Certains professionnels proposent une amélioration de la prise en charge financière avec une « *prise en charge par la sécurité sociale des psychothérapies* » et « *des consultations diététiques* » ou alors « *une meilleure prise en charge des mutuelles* ».

Plus rarement, la reconnaissance financière des professionnels est évoquée à travers par exemple les citations suivantes : « *valoriser l'activité des professionnels remboursés qui s'engagent (la souffrance au travail génère des consultations chronophages)* », « *être mieux rémunéré* ».

7. Les besoins des personnes

Pour une majorité de professionnels, les personnes en souffrance ont besoin d'un accompagnement multidimensionnel, spécialisé et de proximité.

Le soutien est à la fois **social**, avec des « *assistantes sociales* » et un « *accès à ces professionnels mieux pris en charge* » et **professionnel** par le biais de « *soutien juridique* », de « *syndicat* », d'« *inspection du travail* » ou encore d' « *aide à la reconversion* ».

Ils soulignent l'importance des **soins spécifiques** avec l'« *ostéopathie* », la « *kinésithérapie* », l'« *accompagnement par des professionnels de santé ou du bien-être formés à ces problématiques* », le « *soutien psychologique (par médecin traitant, par psy)* », la « *rééducation (posturale, étirements...)* » et l'« *analgésie* ».

Aussi, il leur paraît nécessaire de bénéficier de plus d'écoute, de considération, de reconnaissance de la souffrance, d'un espace de parole : « *plus de reconnaissance, de considération, de confiance, plus de bienveillance, plus de respect* », « *écoute, soutien, non jugement* », « *verbalisation, plus de communication* », « *décryptage de la situation, parler* ».

Certains parlent de la nécessité pour les patients de mieux investir leurs vies personnelles avec par exemple un temps de « *repos* », la nécessité de « *repandre du temps pour soi et sa vie privée/loisirs* », le « *temps pour s'organiser, exutoire des tensions physiques (yoga, relaxation...)* », l'idée de « *donner du sens à sa vie et d'en redevenir acteur* » et enfin de « *se recentrer sur leurs besoins légitimes et ceux de leurs proches* ».

D'autres considèrent qu'il faudrait également améliorer les conditions de travail.

Cela inclut des **changements organisationnels** avec l'« *aménagement du temps ou des conditions de travail correctes* », l'**amélioration des conditions matérielles et financières** grâce à « *plus de moyens* » ou encore du « *matériel de qualité/adapté* » et l'**amélioration des rapports sociaux au travail** avec par exemple de « *nouvelles méthodes de management* ».

Enfin, une minorité parle de l'importance des actions collectives et de prévention comme les « *campagnes de dépistage des souffrances en amont* », les « *actions collectives, employeurs sensibilisés* » et le besoin de « *changement profond de notre société* ».

8. Les conditions du bien-être au travail

Leurs réponses révèlent trois niveaux de conditions incontournables du bien-être au travail.

➤ Epanouissement individuel

Cela implique un équilibre entre sphère privée et professionnelle avec l'« *équilibre du temps de vie* », le « *maintien d'une distance avec le travail* », la gestion du stress « *sérénité* », une bonne estime de soi « *sentiment d'efficacité personnelle renforcée* », une activité professionnelle qui a du sens « *plaisir dans le travail* », « *travail qui a du sens/utilité* » et des temps de trajets acceptables et acceptés « *trajet court* », « *télétravail possible* ».

➤ Relations interpersonnelles équilibrées dans l'entreprise

De bonnes relations dans l'entreprise semblent primordiales pour les répondants.

A de nombreuses reprises, ils évoquent l'importance de la bienveillance au sein de l'entreprise « des *collègues à l'écoute les uns des autres* », « *collègues empathiques* », d'une collaboration/coopération apaisée « *discussion, écoute et entraide* », « *travail en équipe* », « *transmissions efficaces* », « *savoir s'aider mutuellement* » et d'une politique de gestion des conflits « *moins de conflits* », « *employés sensibilisés au respect des consignes* ».

➤ Politique d'entreprise humaine et bienveillante

On parle ici de « *valorisation des points forts* » et de l'importance de « *l'écoute, du respect* ». Il s'agit d'une politique d'entreprise respectant le code du travail « *respect droit du travail et sécurité* », avec une organisation souple « *souplesse des horaires* », « *flexibilité* », « *adaptabilité* », des objectifs de travail réalistes « *rentabilité de l'entreprise réduite à un niveau acceptable pour le corps humain* », des postes de travail ergonomiques et adaptés, « *suppression des open space* », « *amélioration des aménagements de poste* », « *adapter le poste aux conditions physiques du patient* ».

9. Les priorités à mettre en œuvre à l'échelle de l'Entre-Deux-Mers

➤ Auprès du public/patients

Une grande partie des professionnels parle de la nécessité première de développer la prévention auprès du public et des patients en informant, sensibilisant et en repérant précocement les personnes en souffrance au travail par le biais de « *sites d'informations* », de « *conférences* », de « *débats* », de « *campagnes d'affiches dans les cabinets* » et d'« *outils de dépistage et repérage précoce* ».

Il est également question de pouvoir proposer un espace de parole et des ateliers thérapeutiques par le biais de « *groupes de parole ou stages de bien-être au travail* », d'« *ateliers de réparation, réhabilitation des personnes abimées au travail* » ou de « *séances d'éducation à la santé au travail* ».

L'idée de créer une équipe ressource sur le territoire pour mieux accompagner est aussi prédominante, telle que « *créer une alliance thérapeutique en assurant un suivi personnalisé* », « *référencer les professionnels ressources* » ou le « *recours imposé aux ergothérapeutes* ».

➤ **Auprès des professionnels**

Il s'agit de lier et coordonner un réseau d'intervenants avec des professionnels déjà existants : « *constituer un groupe pluridisciplinaire pour travailler sur cette question* », « *organiser un réseau psy/médecin du travail/médecin conseil afin de rapidement favoriser la reprise de travail* », « *table ronde des pratiques et pathologies* », « *un lieu* », « *améliorer le contact avec les assistantes sociales* ».

Un certain nombre parle du besoin d'améliorer leurs compétences par le biais de « *formations aux techniques d'auto-soin et de renforcement des ressources personnelles* » ou grâce à « *des psychologues formés et travaillant avec le médecin du travail* ».

➤ **Auprès des entreprises**

Pour d'autres, ces priorités se traduisent par des actions directement au sein des entreprises, avec des interventions de régulation, de prévention, d'information, d'aide et de soutien : « *accompagner, informer les entreprises sur le bien-être au travail* », « *information sur les droits et devoirs des salariés et employeurs* », « *réunions de régulation des relations de travail* », « *accès à la formation* ».

Certains abordent spécifiquement le travail dans les vignes, avec par exemple le besoin de « *revoir les conditions de travail dans les vignes* » ou plus largement revoir les « *conditions de travail dans le milieu agricole* ».

Discussion

1. Etat de santé au travail perçu des personnes vivant dans l'Entre-Deux-Mers

L'un des objectifs de notre étude était de décrire l'état de santé au travail perçu des personnes vivant dans l'EDM, en vue de l'élaboration d'un programme de dépistage et d'accompagnement de la souffrance au travail. Les résultats répondant à cet objectif et discutés dans ce paragraphe sont issus de l'enquête « patients ».

Notre analyse du questionnaire « patients », sous forme de dimensions, nous a permis d'estimer qu'environ 8% des personnes semblent présenter une souffrance au travail en lien avec la pénibilité psychique, 6% en lien avec la pénibilité physique et près de 7% en lien avec un manque d'accomplissement personnel.

Plusieurs études témoignent de la souffrance en lien avec le travail, dans les vingt dernières années, essentiellement en ce qui concerne la pénibilité physique et la pénibilité psychique :

- Le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) utilise un réseau sentinelle de médecins du travail, qui signalent deux fois par an pendant 15 jours, à l'aide d'un questionnaire, tous les symptômes des patients qu'ils voient en consultations et qu'ils jugent en lien avec le travail. Les données de cette étude, dans 14 régions de France métropolitaine, montrent une augmentation de la prévalence de la souffrance psychique, entre 2006 et 2011, pour les deux sexes (21). Ainsi en 2012, le taux de prévalence de la souffrance psychique liée au travail est de 3,1% chez les femmes et de 1,4% chez les hommes. En 2011, les affections de l'appareil locomoteur et la souffrance psychique sont les deux affections à caractère professionnel majoritairement signalées (22).

En Nouvelle-Aquitaine, ce même programme estime pour l'année 2019 que 3,7% des salariés présentent une souffrance psychique en lien avec le travail et 3,4% une affection de l'appareil locomoteur (106).

- Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (rnv3p), coordonné par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), est un système de vigilance permettant de recenser les principaux risques et maladies professionnels dans un but de prévention. Les données collectées par ce réseau, depuis 2001, sont issues des consultations d'experts médicaux des 28 centres de consultation de pathologie professionnelle (CCPP) français mais également de services de santé au travail du régime général, de la MSA ou de la fonction publique (107). Face à un

signalement de risque ou de pathologie potentiellement liée à l'activité professionnelle, le rnv3p tente d'évaluer le lien avec le travail par le biais d'investigations plus poussées. Le réseau a publié en 2011 un rapport scientifique présentant les principales pathologies recensées entre 2001 et 2009. Sur une base de plus de 200 000 consultations enregistrées dans les CCPP et les services de santé au travail, environ 51 000 pathologies ont été considérées comme en lien avec le travail, soit 1/4 des consultations. Dans les CCPP, 22% des maladies sont des pathologies psychiques (troubles comportementaux, anxiété, dépression ...) et 16% des troubles ostéo-articulaires, tous sexes confondus. Dans les services de santé au travail, 2/3 des pathologies en lien avec le travail sont représentées par les TMS et 1/4 par les psychopathologies, tous sexes confondus (108,109).

- Le programme Samotrace (110), issu de la collaboration entre Santé Publique France, l'Institut de médecine du travail et l'université de Tours, est un programme de surveillance de la santé mentale en lien avec l'activité professionnelle. Il comprend un volet de veille épidémiologique en entreprise, basé sur le volontariat de médecins du travail, qui permet d'obtenir des indicateurs de prévalence des troubles de santé mentale selon la profession et le secteur d'activité. Entre 2006 et 2008, les médecins du travail volontaires de trois régions (Centre, Poitou-Charentes et Pays de la Loire) ont notamment proposé à 6 056 salariés qu'ils suivaient de remplir un auto-questionnaire, en salle d'attente, avec pour but de décrire la santé mentale et les expositions psychosociales au travail. Il en ressort qu'une souffrance psychique est observée chez 25% des hommes et 38% des femmes.

- L'enquête SUMER 2009-2010 explore les expositions aux risques professionnels des salariés sur un échantillon national représentatif. Sur 47 983 salariés interrogés par des médecins du travail, 39% estiment être exposés à au moins un facteur de pénibilité physique et 9,9% à au moins 3 facteurs de pénibilité physique (44).

Nous n'avons pas retrouvé d'étude spécifiquement en rapport avec l'accomplissement personnel. Cela peut se comprendre par le fait que nous avons choisi en équipe le nom de cette dimension, suite à l'analyse factorielle de notre questionnaire source et en l'absence de directives pour l'analyser. Cette dimension du questionnaire « patient » regroupe essentiellement des items faisant écho à la reconnaissance professionnelle, au sentiment d'utilité et de qualité du travail ou encore à l'autonomie au travail. L'enquête SUMER 2017 estime ainsi que 18,2% des salariés n'ont pas les moyens matériels adaptés et suffisants pour effectuer correctement leur travail et que 15,8% ne disposent pas d'informations claires et suffisantes pour effectuer correctement leur travail. De plus, 50,6% des salariés déclarent manquer de reconnaissance dans cette étude (111).

On note donc certaines différences avec la littérature dans notre étude.

On constate ainsi que la souffrance au travail ne semble pas être liée à l'âge, au genre ou à la catégorie professionnelle, en analyse univariée. Ce constat n'est pas partagé par toutes les enquêtes de santé au travail.

Pour la catégorie sociale, l'enquête Samotrace ne trouve également pas de différence significative pour la souffrance psychique, à l'inverse du programme MCP qui décrit un excès de pénibilité psychique au travail chez les cadres. D'autres études montrent également que les cadres semblent davantage exposés aux conditions de travail favorisant l'apparition d'une souffrance psychique au travail, à savoir les risques organisationnels, relationnels et éthiques (112,113).

A l'inverse, d'autres données de la littérature décrivent un excès de pathologies psychiques chez les catégories sociales les moins favorisées (114,115). En ce qui concerne la pénibilité physique, l'enquête SUMER 2009-2010 (44) témoigne quant à elle de son expression majoritaire chez les ouvriers.

Pour le genre, les autres études retrouvent davantage de souffrance psychique liée au travail chez les femmes (22, 106, 109, 110) mais plus de pénibilité physique chez les hommes (44). Enfin, pour les catégories d'âge, le programme MCP trouve une augmentation de la souffrance psychique avec l'âge pour les deux sexes, alors que le programme Samotrace retrouve une diminution de cette prévalence après 50 ans seulement pour les femmes. Quant à l'enquête SUMER 2009-2010, elle retrouve une pénibilité psychique plutôt accentuée chez les jeunes (44).

Ces divergences avec notre enquête peuvent être dues aux différences de populations étudiées et aux différents outils de mesure de la santé au travail utilisés, pouvant modifier la répartition des troubles selon les catégories ciblées. Notre enquête « patient » interroge l'ensemble des actifs alors que la plupart des autres études n'interroge que les salariés (22, 110, 111). Nous avons également utilisé un auto-questionnaire fermé qui peut exclure certaines dimensions de la souffrance au travail plus ou moins spécifiques d'une catégorie de la population ou en tout cas qui ne permet pas de les dépister. A l'inverse, dans l'enquête MCP par exemple, les informations étaient collectées par des médecins du travail. Il est possible que ces médecins du travail aient cherché en premier lieu des troubles psychiques chez les femmes et les cadres plutôt que chez les hommes et les ouvriers, ces derniers étant en général davantage concernés par des affections physiques.

Par ailleurs, notre échantillon est représentatif de la population cible, mais son effectif est relativement faible (146 personnes interrogées). Nos analyses peuvent donc manquer de puissance statistique et ne peuvent permettre de donner des estimations fiables pour la plupart des catégories, avec notamment certaines catégories socio-professionnelles qui sont très peu

représentées (par exemple, seulement 4 personnes représentaient le secteur agricole dans notre échantillon).

Dans notre étude, on note également que la moitié des usagers décrivent un travail pénible physiquement, deux tiers estiment leur travail pénible nerveusement et un tiers pense présenter des troubles du sommeil en lien avec leur emploi. Ces résultats font écho à ceux de l'enquête Zoom Nouvelle-Aquitaine, menée par l'ORS en 2018, auprès de 5 000 personnes, où près de 80% des répondants déclarent être confrontés à des répercussions négatives de leur travail sur leur qualité de vie, avec des proportions semblables pour les troubles du sommeil (32,8%), la pénibilité nerveuse (67,6%) et la pénibilité physique (52,3%) (69).

Nos résultats témoignent cependant d'une grande satisfaction des répondants par rapport à leur travail puisque neuf personnes sur dix se déclarent satisfaites de leur emploi. On retrouve des résultats identiques dans l'enquête SUMER 2017 (63), qui utilise également un auto-questionnaire de vécu du salarié sur sa situation de travail. Dans cette enquête, menée auprès de 26 500 salariés, près de 89% d'entre eux déclarent être satisfaits de leur emploi.

Pourtant, dans notre enquête, la moitié des personnes ne pense pas pouvoir être capable de faire le même métier jusqu'à 60 ans.

Cette discordance entre satisfaction de l'emploi et pénibilité du travail peut s'expliquer par un effet de sélection dit effet du « travailleur sain », déjà observé dans l'enquête SUMER 2009-2010 (43). Celle-ci ne retrouve pas de grande différence dans l'état de santé perçue des personnes exposées à des facteurs de pénibilité et celles moins exposées. Effectivement, les salariés avec un mauvais état de santé perçue, du fait d'une santé trop altérée, peuvent avoir changé d'emploi pour un emploi moins pénible ou bien quitté le marché du travail. A l'inverse, les personnes ayant choisi de garder un emploi pénible sont plus souvent jeunes et en bonne santé, mais ont probablement conscience que cette situation n'est pas pérenne (116). Cette discordance peut aussi être liée à un biais de désirabilité sociale, lors du remplissage d'un questionnaire de santé au travail ou lors d'un entretien par le médecin du travail, pouvant sous-estimer la part de souffrance au travail chez les travailleurs.

Aussi, concernant l'évolution de la santé au travail, 40 % de nos répondants décrivent une dégradation de leurs conditions de travail sur les 5 dernières années, et ce, avant la crise du coronavirus. Ces résultats vont dans le sens de l'augmentation des pathologies en lien avec le travail depuis 2007 décrits par les CCPP et les services de santé au travail. Cette augmentation est généralisée quels que soient le genre, l'âge et le secteur d'activité. Plus précisément, les troubles psychiques sont en constante augmentation, quel que soit le genre,

depuis la création du rnv3p et les troubles ostéo-articulaires augmentent depuis 2008 (108,109).

Enfin, la crise sanitaire semble avoir laissé des marques puisqu'environ la moitié des patients estime que leur qualité de vie au travail a été dégradée par celle-ci.

On note toutefois que les répercussions de cette pandémie sur la qualité de vie au travail sont différentes selon les personnes puisque pour un tiers des patients interrogés dans l'enquête, la crise sanitaire ne semble pas avoir eu d'influence. Pour 20% des patients, elle semble avoir amélioré leur qualité de vie au travail.

Ce constat est partagé par l'enquête Tracov, réalisée par la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) entre janvier et mars 2021, auprès de 17 216 actifs de 20 à 62 ans, qui retrouve un changement des conditions de travail par rapport à l'avant-crise sanitaire (117). Pour 32% des travailleurs interrogés, la crise sanitaire a occasionné une intensification de leur charge de travail avec toutefois davantage de soutien au sein de l'équipe de travail et un renforcement du sens dans le travail, possiblement en lien avec la reconnaissance du caractère essentiel de leur travail. Pour une personne sur dix, il est retrouvé une forte dégradation des conditions de travail associée à un manque de moyens pour faire un travail de qualité et une diminution du soutien au sein de l'équipe. En parallèle, 54% des personnes déclarent ne pas avoir noté de changement dans leurs conditions de travail. Enfin, moins d'une personne sur vingt déclare une accalmie quant aux conditions de travail. Dans l'étude, environ 5% des actifs ayant contracté le SARS-Cov2 pensent l'avoir attrapé sur leur lieu de travail. L'enquête Tracov retrouve également un doublement du risque dépressif depuis 2019 et une détérioration de la santé perçue, surtout dans les professions impactées par la crise sanitaire. En parallèle, une autre enquête française, réalisée dans les services de réanimation en juin 2020, décrit une santé au travail dégradée chez les travailleurs hospitaliers qui ont été particulièrement sollicités pendant la crise sanitaire (71).

Aussi, l'expansion de nouvelles méthodes d'organisation du travail, comme le télétravail ou le chômage partiel peuvent en partie expliquer cet effet contrasté sur la santé au travail des individus. Pour certains travailleurs, le manque de lien social, la perte de sens, la charge de travail, le télétravail subi dans un domicile inadapté ou encore la pression exercée par la hiérarchie ont été accentués durant cette période (72). Pour d'autres, le télétravail a permis de réduire le stress et la fatigue physique grâce à la réduction des temps de transports et au gain de temps, d'autonomie et de productivité via la dématérialisation des dossiers et des procédures (77, 78).

2. Perception, vécu et besoins des acteurs sanitaires et sociaux principaux du territoire concernant la santé au travail des personnes

Notre deuxième objectif était de décrire la perception, le vécu et les besoins des acteurs sanitaires et sociaux principaux du territoire, concernant la santé au travail des usagers. Les résultats répondant à cet objectif et discutés dans ce paragraphe sont issus de l'enquête « professionnels ».

➤ Les causes et manifestations de souffrance au travail

Concernant les manifestations de souffrance au travail, les troubles dépressifs, anxieux, du sommeil et les symptômes du burn-out sont prédominants dans le discours des professionnels. Moins fréquemment, l'asthénie, les douleurs et TMS sont rapportés.

Ces résultats ne vont pas tout à fait dans le sens des données du programme MCP de 2011. Car, à la différence de notre enquête, ce sont les TMS qui sont rapportés en premier lieu, dans le programme MCP de 2011, qui représentent 56 % des MCP chez les hommes et 52 % des MCP. L'enquête MCP de Nouvelle-Aquitaine en 2017 fait état du même constat où les affections de l'appareil locomoteur représentent la moitié des pathologies signalées (106).

Par contre, concernant les manifestations psychiques, nos résultats sont cohérents avec les données de l'enquête MCP puisque la dépression constitue la pathologie la plus fréquemment signalée. En effet, elle représente environ deux tiers des symptômes de la souffrance psychique en lien avec le travail. En second plan, les troubles du sommeil (19%), troubles anxieux (13,9%) et le burn-out (5%) sont également rapportés (21).

Cette différence peut être expliquée en partie par le biais de représentativité qui consiste à baser son jugement sur la ressemblance d'une donnée avec ses informations personnalisantes, et notamment sa classe d'appartenance. En effet, on peut penser que les professionnels interrogés et possiblement leur entourage proche (par le fait de la reproduction sociale) sont moins enclins à se sentir concernés par les TMS. En effet, ces derniers sont très probablement moins impactés par la souffrance physique au travail dans leur quotidien comparativement à d'autres CSP.

Aussi, il existe probablement un biais de cadrage qui désigne l'influence que peut avoir la formulation d'une question, d'un problème sur la réponse apportée. En effet, quand on énonce le terme « souffrance » dans notre questionnement, pour un bon nombre d'entre nous, cela

fait plus spontanément écho à la souffrance « morale », « psychique » que la souffrance « physique ».

Ensuite, pour nos répondants, les principales étiologies de cette souffrance sont très majoritairement en lien avec l'exposition aux facteurs de RPS. La pénibilité physique est aussi évoquée, mais dans une moindre mesure.

Avec la littérature européenne, deux méta analyses démontrent un lien de causalité entre l'exposition à des facteurs de RPS et la survenue de symptômes dépressifs.

D'après ces travaux, un haut niveau d'exigence émotionnelle et le manque d'autonomie, incluant un faible pouvoir de décision, semblent être les facteurs de RPS les plus en lien avec le développement de symptômes dépressifs (26, 27).

Au sein de ces facteurs de RPS, l'intensité et la complexité du travail (désorganisation, surcharge, injonctions contradictoires...) et les mauvaises relations interpersonnelles dans les entreprises sont majoritaires dans nos résultats.

Les médecins du travail du programme MCP font état de la même constatation puisque les deux principaux facteurs d'exposition considérés comme à risque de souffrance psychique étaient en lien avec l'organisation fonctionnelle du travail et les relations délétères (principalement avec la hiérarchie mais aussi avec les pairs) (21).

En effet, les mauvais rapports avec la hiérarchie comprenant le manque de reconnaissance, de justice et d'intégration sont largement énoncés dans les causes perçues de mal-être au travail chez nos répondants.

Ces résultats sont également corroborés par le programme Samotrace qui retrouve chez les hommes comme chez les femmes, une association de la souffrance psychique avec les fortes exigences et le faible soutien social au travail (110).

Une autre enquête française réalisée sur un échantillon de plus de 1 000 agents publics tente de mettre en évidence l'impact direct du nouveau management public sur le processus de burn-out. Selon les résultats, ce nouveau management ne produit pas en soi de l'épuisement professionnel. Néanmoins, il participe à ce surmenage par l'augmentation de charge de travail et du climat de violences psychologiques qu'il induit (118).

Toutefois, certaines études ne vont pas dans ce sens et montrent plutôt une diminution des violences morales au travail.

Il est possible que cela soit la conséquence de la sensibilisation du grand public via les médias sur les sujets autour du harcèlement moral et du mal être au travail. Peut-être qu'une prise de conscience commence à émerger et que les managers sont plus attentifs aux conflits interpersonnels et à leurs techniques managériales (119).

Enfin, quelques répondants rappellent que la souffrance au travail peut se manifester par des arrêts de travail, voire un souhait de reconversion.

En 2005, une enquête européenne regroupant 31 pays a étudié l'association entre l'exposition aux facteurs de RPS et l'absentéisme au travail pour arrêt maladie. Un niveau élevé d'exigence émotionnelle, de mauvais rapports sociaux (avec des techniques d'intimidation, de la discrimination) et la faible perspective d'évolution dans l'emploi sont observés comme facteurs d'absentéisme (28).

➤ **Les difficultés des professionnels face à ces personnes en souffrance au travail**

Les professionnels invoquent le manque de connaissances, de relais et de coordination entre les services existants.

Tout d'abord, concernant le manque de connaissances, de nombreuses études sur les représentations respectives des médecins généralistes et des médecins du travail mettent en évidence une méconnaissance réciproque. Une amélioration de la formation sur la santé au travail des médecins généralistes et autres professions de santé semble nécessaire (83, 97, 99, 120).

Ensuite, la faiblesse, voire l'absence de lien avec le médecin du travail sont fréquemment incriminées dans les difficultés rencontrées. Ce constat semble réciproque puisque certains de nos répondants médecins du travail évoquent la nécessité d'un secret médical partagé. La perception de ce manque de communication entre médecins généralistes et médecins du travail est retrouvée dans de nombreuses études.

Par exemple, en 2010, une étude de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) montrait que seuls 39 % des médecins généralistes interrogés avaient sollicité la médecine du travail pour une visite de pré-reprise plus de 6 fois au cours de la dernière année (120, 121).

En 2020, lors d'une session en ligne du Congrès de Médecine Générale France (CMGF), les généralistes interrogés révélaient des « relations faibles », voire « absentes » avec les médecins du travail. Les principales raisons évoquées étaient le problème d'identification des interlocuteurs, le manque de support de transfert d'information ou encore l'incertitude sur les informations pouvant être ou non partagées, par peur de rompre le secret médical (121).

Concernant la crainte pour les médecins généralistes de la rupture du secret médical, cet aspect n'est pas ressorti dans les réponses des médecins généralistes interrogés. Cela peut être révélateur de l'existence d'une relation de confiance entre médecins généralistes et médecins du travail sur notre territoire d'étude.

Nous n'avons pas connaissance d'étude évaluant le lien entre le médecin du travail et les professionnels de santé autres que les médecins généralistes.

Enfin, nous avons pu observer qu'un nombre important de répondants s'exprime sur leur propre surmenage professionnel, évoquant principalement le sentiment d'impuissance, le manque de temps et les situations énergivores requérant une grande disponibilité

Concernant la souffrance psychique en lien avec le travail, la problématique du manque de temps est évoquée par une étude qualitative réalisée en 2017, auprès de 20 médecins généralistes libéraux. Pour presque tous les médecins participants, cette prise en charge demande un temps de consultation supérieur à la moyenne (122).

En 2014, une étude qualitative, menée sur 13 médecins généralistes, évaluant la prise en charge de la souffrance morale au travail par les médecins généralistes fait état du même sentiment d'impuissance. La complexité des consultations, l'impossibilité d'agir sur la cause du mal-être, la nécessité de prise en charge très personnalisée demandant du temps et de la réflexion en sont les principales raisons évoquées (123).

En 2007, 19 médecins praticiens et acteurs de prévention (médecins généralistes, du travail et médecins conseils) invoquent la complexité administrative des procédures et la crainte des répercussions de déclaration des maladies professionnelles (124).

De manière plus générale, de nombreuses études font état du surmenage des soignants.

En 2014, en Île-de-France, une enquête est effectuée sur plus de 8 000 kinésithérapeutes et 5 000 infirmier/ères. Pour 61% des répondants, il existe chez eux une menace d'épuisement professionnel, parfois au point de modifier profondément leur mode d'exercice, voire de changer de métier pour 21% des infirmier/ères et 14% des kinésithérapeutes (125).

En 2018, en France, une étude est réalisée sur 6 000 participants hospitaliers et libéraux incluant des médecins généralistes, spécialistes, kinésithérapeutes, infirmier/ères, aide-soignant(e)s, sages-femmes, pharmaciens, orthophonistes, dentistes et internes. Près d'un soignant sur cinq explique avoir des difficultés à dormir tous les jours ou presque. Plus d'un tiers d'entre eux déclarent ne jamais prendre, ou exceptionnellement, leur repas assis au travail (126).

Des initiatives existent autour de cette préoccupation sociétale avec par exemple la création d'un Diplôme Universitaire (DU) « soigner les soignants » ou encore la stratégie nationale de santé 2018-2022 du ministère de la santé autour de la thématique « prendre soin de ceux qui soignent » (127,128).

➤ **Les besoins des professionnels et des patients**

Dans l'objectif d'améliorer la prise en charge des personnes en souffrance au travail, une majorité des professionnels parle de la nécessité première de mettre en place une entité pluridisciplinaire dédiée à l'accompagnement des situations de souffrance au travail sur le territoire. Cet accompagnement constituerait une aide précieuse, répondant à la fois aux besoins des professionnels et des patients.

Dans les détails, cette entité permettrait un renforcement du lien avec les services de santé au travail et serait constituée d'une expertise pluri professionnelle à la fois juridique, sociale (assistant/e social/e, juridique, supports administratifs), médicale (médecin généraliste, médecin du travail, médecin conseil, psychiatre) et paramédicale (psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute et ostéopathe).

La fiche mémo de repérage et prise en charge du burnout de la Haute Autorité de Santé (HAS) réitère le besoin indispensable de prise en charge des aspects médico-socioprofessionnels et psychologiques. La HAS insiste sur la nécessité d'aider les patients dans les démarches médicales et administratives, comprenant l'orientation vers des assistants de service social ou vers les consultations de pathologies professionnelles (24).

Les consultations de pathologies professionnelles des CCPP fonctionnent avec un modèle de pluridisciplinarité. En plus de leur mission d'aide au diagnostic de l'origine professionnelle de maladies, elles assurent également la prise en charge des patients concernés, leur insertion professionnelle et leur suivi post exposition. Elles jouent parfois un rôle de conseil auprès du médecin du travail concernant l'avis d'aptitude au poste. Seulement, elles sont peu nombreuses et quasi toutes sont situées dans des centres hospitaliers universitaires (CHU).

Un exemple intéressant de fonctionnement en réseau pluridisciplinaire est celui des consultations de psychopathologies du travail du CHU de Brest. Dans l'objectif d'avoir un deuxième avis sur la situation d'un salarié, les patients sont adressés par leur médecin du travail ou médecin traitant. Ils sont reçus dans un premier temps en consultation avec un psychiatre, puis par un médecin du travail ou un médecin spécialiste d'autres disciplines couvrant les principales pathologies professionnelles (pneumologie, rhumatologie, médecine physique et réadaptation...). Néanmoins, mêmes si ces consultations brestoises permettent un travail en interdisciplinarité, le réseau tissé reste purement médical (psychiatrie, médecins du travail et médecins spécialistes) (129).

Pour certains, cette entité pluridisciplinaire est envisagée sous la forme d'une structure dédiée d'accompagnement, de proximité. Cette idée revient à de nombreuses reprises en ce qui concerne les priorités à mettre en œuvre à l'échelle de l'Entre-Deux-Mers. Plusieurs modalités

d'actions sont proposées comme des cellules de gestion du stress, des groupes de paroles ou encore des séances d'éducation à la santé au travail.

Plusieurs groupes de paroles et réseaux d'entraides sur le burn-out existent en France. Néanmoins, nous n'avons pas connaissance d'étude évaluant leur efficacité. Nous n'avons retrouvé qu'une seule étude analysant l'impact d'interventions sur les personnes en souffrance au travail. En 2014, une étude allemande a évalué les effets de l'art-thérapie chez les participants de groupes d'entraide pour épuisement professionnel. Les résultats mettent en évidence une amélioration significative du bien-être des personnes interrogées (130).

Ensuite, un certain nombre des professionnels exprime le besoin d'améliorer leurs connaissances et compétences dédiées à la santé au travail.

Des initiatives d'amélioration de l'information et des connaissances existent déjà. Le site internet « souffrance et travail » propose de nombreux documents téléchargeables dont des guides pratiques à l'attention des médecins généralistes et des médecins du travail, régulièrement actualisés (85). A l'échelle de notre territoire, le Dr Dubrana du service Interentreprises de Santé au Travail (SIST) du Libournais, médecin du travail, ancienne médecin généraliste a également élaboré un guide pratique de la médecine du travail à l'usage des médecins généralistes (97).

Enfin, l'idée d'une amélioration des conditions de travail avec la mise en place d'actions au sein même des entreprises est particulièrement plébiscitée dans leurs discours. Pour eux, cela constitue même une des priorités à développer dans l'Entre-Deux-Mers. Des actions de prévention et de soutien en entreprise, la formation à un management bienveillant des changements organisationnels et matériels leur semblent nécessaires.

Une synthèse de la Revue Cochrane a permis la revue de 10 études analysant l'effet de l'assouplissement des conditions de travail sur la santé des travailleurs. Les résultats suggèrent que cet assouplissement accompagné d'un meilleur pouvoir de décision sont susceptibles d'avoir un effet positif sur la santé de ces derniers (131).

Une autre revue de la littérature portant sur 58 études a étudié l'effet d'interventions de prévention du stress au travail chez soignants. Les résultats suggèrent une diminution modérée du stress grâce à l'accès à des thérapies cognitivo-comportementales et des ateliers de relaxation (132).

Toutefois, les études actuelles concernant la formation à un management positif ne révèlent pas, pour l'instant, d'effet notable sur le bien-être des travailleurs. En effet, une revue de la littérature portant sur 21 études n'a pas retrouvé d'effet significatif de la formation des superviseurs sur le bien-être et l'absentéisme des employés. Des études de plus grande ampleur semblent nécessaires (133).

➤ **Les conditions incontournables du bien-être au travail**

Pour les professionnels interrogés, le bien-être au travail implique trois conditions fondamentales :

Le premier élément est celui de l'épanouissement individuel comprenant un équilibre entre la vie privée et professionnelle, une bonne estime de soi et une activité professionnelle faite de sens. Ensuite, les bonnes relations avec les pairs et la hiérarchie paraissent essentielles. Enfin, la troisième condition est celle d'une politique d'entreprise humaine et bienveillante, respectant le code du travail avec des postes de travail ergonomiques et adaptés.

Ces réponses reprennent en quasi-totalité les 6 déterminants de la qualité de vie au travail de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) : l'environnement physique du travail, la possibilité de développement personnel et professionnel, le contenu du travail, le soutien hiérarchique et du collectif, la qualité du dialogue social, la sécurité et enfin l'équilibre entre vie privée/professionnelle (134).

3. Evaluer l'écart des perceptions entre professionnels et patients

L'un des objectifs secondaires de notre enquête était de croiser les perceptions des patients et des professionnels du secteur sanitaire et social les prenant en charge, dans l'idée de construire par la suite un programme de dépistage et d'accompagnement de la souffrance au travail sur le territoire adapté aux besoins identifiés.

Le constat intéressant est que patients et professionnels semblent s'accorder sur la nature et les origines de la souffrance au travail.

Les professionnels décrivent des troubles anxio-dépressifs fréquents, chez les personnes qu'ils reçoivent, mais également des troubles du sommeil. C'est en concordance avec l'état de santé perçu des patients puisque deux tiers des répondants de l'enquête « patient » estiment que leur travail est fatigant nerveusement et un tiers des usagers déclarent que leur travail les empêche de dormir souvent ou très souvent. De plus, la moitié des patients décrit un travail fatigant physiquement, ce qui fait écho à l'asthénie, aux douleurs et aux TMS fréquemment identifiés d'après les professionnels.

Les deux enquêtes pointent également les mêmes causes de souffrance au travail. Les professionnels décrivent majoritairement des étiologies de souffrance au travail en lien avec la souffrance psychique, tout comme les patients pour qui la pénibilité psychique est la

principale cause de souffrance au travail dans notre enquête (8% des patients interrogés contre 6% pour la pénibilité physique ou l'accomplissement personnel). Secondairement, patients et professionnels évoquent la pénibilité physique.

Le souhait de reconversion énoncé par les professionnels peut également faire écho au manque d'accomplissement personnel décrit chez les patients et au fait qu'ils ne se voient pas faire le même métier jusqu'à 60 ans.

Enfin, face à la dégradation de l'état de santé perçue de certains patients ces cinq dernières années (avant, mais aussi depuis la crise du coronavirus), avec en parallèle un manque de compétence, de connaissance et de coordination en matière de santé au travail de la part des professionnels, il paraît primordial d'élaborer et mettre en œuvre un programme de prévention, de dépistage et d'accompagnement de la souffrance au travail sur le territoire de l'EDM. Ce programme devra alors intégrer l'ensemble des acteurs existants sur le territoire ainsi que les usagers concernés.

4. Forces et limites

➤ Originalité de l'étude

A notre connaissance, aucune autre étude sur la santé au travail perçue n'avait été menée spécifiquement dans l'EDM.

De plus, cette étude a une implication pratique directe puisqu'elle a permis de produire des données utiles à la constitution du projet « Santé et Travail » du Collectif Santé.

L'originalité de ce travail se retrouve également par l'existence de cette double enquête. En effet, l'idée initiale était de croiser les consonances et dissonances des discours entre patients et professionnels les prenant en charge. Néanmoins, sur ce point précis, il faut admettre qu'il existe une limite franche à notre étude. En effet, un croisement des réponses aux questionnaires, quantitatif pour les patients, qualitatif pour les professionnels s'est avéré difficile. Dans notre travail, les perceptions ne se rencontrent jamais directement. Cela pourrait constituer de nouvelles pistes pour des travaux ultérieurs sur le sujet.

Nous allons maintenant détailler les forces et limites de chacune des enquêtes.

➤ **Pour l'enquête « patients » :**

Pour rendre nos résultats plus exploitables et extrapolables et limiter les biais de sélection, nous avons utilisé la méthode des quotas et procédé à un appariement de la population cible avec la population source sur l'âge, le genre et la catégorie socio-professionnelle. Nous avons ainsi pu rendre notre échantillon représentatif de la population cible ($p > 0,05$) ce qui témoigne de la bonne validité externe de notre enquête. La méthode des quotas est toutefois discutable car elle dépend essentiellement de la qualité du modèle de la population parente et peut parfois être difficile à mettre en œuvre si les variables choisies pour les quotas ont des caractéristiques très spécifiques (100). Dans notre cas, nous avons choisi seulement trois variables pour nos quotas avec des caractéristiques que l'on pouvait facilement déterminer et cibler lors de la passation des questionnaires, en particulier pour l'âge et le genre. Ensuite, les caractéristiques de notre population parente sont issues des données de l'INSEE, organisme national de statistiques. Il existe malgré tout un biais de sélection car nous avons fait le choix arbitraire de pondérer les effectifs de l'INSEE de moitié pour la CC Rurales de l'EDM, puisque sa superficie dépasse largement les limites géographiques de notre territoire source.

La majorité de nos résultats fait suite à l'analyse des scores de trois dimensions de souffrance au travail, qui ont été établis statistiquement selon une analyse factorielle du questionnaire de l'IRDES. Notre choix pour la méthode d'analyse de ce questionnaire a fait l'objet d'un long travail de réflexion et de débat en équipe et peut être discuté pour les biais d'interprétation qu'il implique. Il semblerait que les items du questionnaire source soit interdépendants et reflètent les principales dimensions de souffrance au travail que l'on peut retrouver dans la littérature et notamment dans le rapport Gollac (25). Toutefois, en l'absence de réponse de l'équipe de recherche de l'IRDES quant à la manière d'analyser leur questionnaire, et parce que l'analyse indépendante de chaque item nous semblait inappropriée, nous avons choisi de procéder à une analyse factorielle exploratoire du questionnaire. Nous avons ainsi pu relier statistiquement les items du questionnaire entre eux et dégager trois principales dimensions de souffrance au travail que nous avons nommé « pénibilité physique », « pénibilité psychique » et « accomplissement personnel ». Le nom des dimensions a été choisi selon la thématique commune des items qui les composait mais aussi en fonction des thématiques du « burn out » décrit dans la littérature (31). Les coefficients alpha de Cronbach pour chaque dimension sont satisfaisants (supérieurs à 0,7) et permettent d'avoir confiance en la validité interne de notre questionnaire analysé comme tel (135).

Malheureusement, l'analyse sous forme de trois dimensions larges ne permet pas de dégager des thématiques plus spécifiques de la souffrance au travail, comme par exemple le suggère

le rapport Gollac (25), et donc d'offrir un descriptif vraiment détaillé de la santé au travail de notre échantillon.

Par ailleurs, des scores ont été mesurés pour chaque dimension et pour chaque patient, et nous avons fait le choix arbitraire de considérer un score inférieur ou égal à deux comme plutôt en faveur d'une souffrance au travail, ce qui peut constituer un biais d'interprétation. Ce choix a été fait en s'inspirant d'autres questionnaires de santé au travail qui utilisent également des scores pour quantifier le niveau de souffrance au travail (88-90).

Ensuite, nous avons fait le choix d'utiliser un questionnaire auto-administré fermé afin d'inclure le plus de personnes dans notre étude et être ainsi plus représentatif de la population cible. Nous avons cependant pu perdre certaines informations précieuses quant à la perception de la santé au travail des patients, pour lesquelles une méthode qualitative aurait été plus adaptée.

➤ **Pour l'enquête « professionnels » :**

Concernant l'enquête « professionnels », le choix d'une étude qualitative s'est imposé devant notre souhait de recueillir les perceptions et des éléments du vécu professionnel. Le mode déclaratif nous a permis le recueil de réponses spontanées, non induites.

Cette enquête « professionnels » présente des forces mais également des limites.

Tout d'abord, le questionnaire a été en totalité élaboré par nos directeurs de thèse mais n'a pas ensuite été soumis à un travail de validation. Sa cohérence et sa clarté ont néanmoins été pré-testées auprès d'une dizaine de professionnels avant sa distribution, ce qui renforce sa validité interne. De plus, les causes et manifestations de souffrance au travail énoncées par les professionnels étaient principalement en accord avec les données de la littérature, ce qui renforce sa validité externe.

Le taux de réponse était de seulement 33%. Il existe un probable biais de sélection en rapport avec les professionnels qui n'ont pas répondu à l'étude, laissant supposer qu'ils se sentaient moins concernés ou moins à l'aise avec le sujet du questionnaire.

Aussi, on observe une grande variabilité du taux de réponses selon les différentes catégories professionnelles, possiblement en partie liée à la prise de contact.

Par exemple, le taux de réponse des kinésithérapeutes était de seulement de 11%. L'organisation en cabinets de groupe (environ 6 à 8 kinés par cabinet) peut expliquer en partie

cette faible participation. En effet, le contact téléphonique n'était établi qu'avec un seul interlocuteur. On peut imaginer que l'information n'était pas systématiquement relayée aux autres professionnels du cabinet.

A contrario, le taux de réponses des psychologues était de 70% ; leur exercice davantage indépendant et sans secrétariat permettait un contact téléphonique direct avec le professionnel, plus propice à la participation ultérieure au questionnaire.

Néanmoins, ce taux de réponse nous paraît tout à fait satisfaisant pour une enquête en ligne. Le fait que cette double enquête soit portée par un collectif de professionnels du territoire a certainement facilité la participation des professionnels et constitue un véritable atout pour cette étude.

5. Recommandations utiles à l'élaboration d'un programme d'intervention autour de « santé et travail » par le Collectif Santé

La perspective de notre travail de thèse était de produire des données utiles en vue de la constitution d'un programme de dépistage et d'accompagnement de la souffrance au travail sur le territoire de l'EDM. A la suite de ces enquêtes, les porteurs du projet au sein du Collectif Santé ont pu élaborer un programme et soumettre un dossier à l'appel à projet de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine pour la thématique « prévention, promotion de la santé et santé environnementale » au printemps 2021.

Au vu de nos résultats, nous avons déterminé trois axes d'intervention pour l'élaboration du programme.

En premier lieu, il paraît important de constituer une équipe ressource interdisciplinaire en « santé et travail ». Cela passe par l'identification des professionnels libéraux de santé et du secteur juridique du territoire ainsi que le développement de partenariats avec les structures médico-sociales et les structures de santé au travail. A partir d'un cadre d'intervention commun, le souhait est de développer des outils de communication tel qu'un annuaire de professionnels ressources selon les champs d'intervention de chacun, des cartes de visites ou des plaquettes informatives.

Le deuxième axe d'intervention est de sensibiliser la population sur les enjeux de « santé et travail ». Le Collectif Santé souhaite ainsi proposer des soirées-débats autour de thématiques larges comme par exemple « la gestion du stress au quotidien » ou « la prévention du

surmenage entre vie personnelle et professionnelle ». A noter qu'une première soirée débat a déjà été proposée aux professionnels du territoire, le 28 juin 2021, afin de leur présenter les résultats de nos enquêtes.

Il est également envisagé de développer des ateliers de prévention et d'éducation, encadrés par un ou deux animateurs du Collectif Santé et faisant intervenir un expert de la thématique choisie. Les thématiques envisagées sont nombreuses : « retrouver l'équilibre vie personnelle/vie professionnelle », « savoir solliciter les services de santé au travail », « désamorcer la mécanique du surmenage », « connaître et repérer les manifestations de la souffrance au travail », « gérer son stress et écouter son corps » ... Le partage d'expériences paraît intéressant dans certaines situations de souffrance au travail, c'est pourquoi le Collectif Santé souhaite aussi développer des groupes de parole pour aider à la résolution collective de situations individuelles.

Le programme a également pour objectif de développer la création d'outils d'information et de communication (adresse mail ressource, utilisation des réseaux sociaux, affiches dans les lieux de soin...).

Enfin, le développement des compétences des professionnels de santé à la « santé au travail » est le troisième axe d'intervention identifié. Il est envisagé de constituer un groupe interdisciplinaire d'analyse et d'échange de pratique sur le modèle des groupes de pairs, mais également d'organiser des formations pluri-professionnelles, encadrées par un intervenant expert, sur des thématiques identifiées par nos enquêtes (« clinique de la santé au travail », « droit du travail et services de santé », « repérage précoce et intervention brève » par exemple).

Ainsi, le territoire pourrait se doter d'une équipe interdisciplinaire qui viendrait en appui des professionnels de premier recours pour les aider à prévenir et accompagner la souffrance au travail sur le territoire.

Conclusion

Les problématiques de santé au travail sont un motif fréquent de consultations de médecine générale avec des affections physiques et psychiques diverses selon les profils rencontrés. La souffrance psychique semble occuper une place prépondérante dans les sources de souffrance induites par le travail, probablement du fait du développement de nouvelles organisations du travail délétères et individualistes. Toutefois, les usagers restent majoritairement satisfaits de leur travail, même si une grande partie sont conscients qu'ils ne pourront pas l'exercer toute leur vie. Ce constat renforce l'idée que les travailleurs sont exposés à de nombreuses contraintes, physiques ou psychiques.

Cependant, nous constatons une libération de la parole au sein de la société, qui peut rendre désormais plus facile le repérage et le suivi des problématiques de santé au travail, notamment lorsque la souffrance est d'origine psychique.

Pourtant, les professionnels du secteur sanitaire et social affirment être peu formés à l'accompagnement et au dépistage de la souffrance au travail et décrivent un manque de communication et d'échange entre les différentes professions sollicitées par les usagers.

Par ailleurs, la crise du coronavirus a eu des répercussions sur la santé au travail et pousse à revoir les modes d'organisation du travail dans tous les secteurs, et au sein même du système de santé. Le développement de la télémédecine peut par exemple faciliter les consultations de certains patients qui manquent de temps à accorder à leur santé, mais renforce la diminution de lien social déjà décrite par certains usagers. En parallèle, le travail pluridisciplinaire et la solidarité des soignants entre eux se sont renforcés avec la crise sanitaire, comme en témoigne notamment l'ouverture des centres de vaccinations avec un afflux de professionnels volontaires, toutes disciplines confondues.

C'est dans ce contexte que le croisement des expériences et besoins des professionnels associé aux perceptions de santé au travail des usagers, qu'ils sont amenés à rencontrer, nous ont permis de dresser un diagnostic de territoire. Nous avons ainsi pu identifier les manques en matière d'accompagnement et de suivi de la santé au travail sur le territoire de l'Entre-Deux-Mers. Notre travail a permis au Collectif Santé de proposer un programme de dépistage et d'accompagnement de la souffrance au travail aux professionnels du secteur EDM et de solliciter son financement à l'ARS au printemps 2021.

Bibliographie

1. Grand Robert de la langue française. Travail,aux [Internet]. Le Robert version numérique ; 2020 [cited 2021 Jun 20]. Available from: <https://grandrobert-lerobert-com.docelec.u-bordeaux.fr/robert.asp>
2. Marmot M, Wilkinson RG. 5- Le travail. In : Les déterminants sociaux de la santé : les faits [Internet]. Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe ; 2000. p. 16. Disponible sur : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/238944/E75335.pdf
3. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. 2017 p. 22. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
4. Organisation Mondiale de la Santé. Le réseau mondial pour la santé au travail. Global Occupational Health Network. 2003;(5) :1. Disponible sur : http://archive.wikiwix.com/cache/index2.php?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Foccupational_health%2Fpublications%2Fnewsletter%2Fen%2Fgohnet5f.pdf
5. Mordillat G, Rothé B. Travail, salaire, profit [Internet]. Arte séries. 2019. Disponible sur : <https://www.arte.tv/fr/videos/083305-001-A/travail-salaire-profit-travail/>
6. Larousse.fr. Révolution industrielle. In : Edition Larousse. 2020. Disponible sur : https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/révolution_industrielle/61047#900405
7. Tesi F. Michelin et le taylorisme. Histoire Économie et Société. 2008 ;27e année (3) :111–26.
8. Annexes. In : Le management intégrateur [Internet]. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ; 2012. p. 247–69. (Méthodes & Recherches). Disponible sur : <https://www.cairn.info/le-management-integrateur--9782804166717-p-247.htm>
9. Pascal H. L'expansion et la diversification du travail social durant les Trente Glorieuses (1950-1980). In : Histoire du travail social en France [Internet]. Rennes : Presses de l'EHESP ; 2014. p. 169–232. (Politiques et interventions sociales). Disponible sur : <https://www.cairn.info/histoire-du-travail-social-en-france--9782810901555-p-169.htm>

10. Code du travail. Histoire du droit du travail de 1841 à nos jours [Internet]. Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion ; 2015. Disponible sur : <https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/histoire-du-droit-du-travail/reperes-chronologiques/article/histoire-du-droit-du-travail-de-1841-a-nos-jours>
11. Jubert L. L'organisation du travail et la prévention des risques professionnels [Internet] [Droit]. [Paris X]: Université de Nanterre; 2019. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02505629/document>
12. Bitton J. Histoire du droit du travail : du salarié-objet au salarié-citoyen. *Après-Demain*. 2015 ; N ° 34, NF(2):8-11. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-apres-demain-2015-2-page-8.htm>
13. Bickel J-F, Lalive d'Épinay C, Vollenwyder N. Changement et continuité dans les loisirs : une comparaison de cohortes. *L'Année sociologique*. 2005 ;55(1) :129–69.
14. Bourotte N, Eynaud-Chevalier I, Coste J-H, Frugier D, Michel D-A. Métamorphoses de l'emploi et innovation sociale. *Entreprendre & Innover*. 2018 ;37(2):5–7.
15. Parienty A. L'organisation du travail a-t-elle vraiment changé ? 2005 ;238(7):80–80.
16. Grand Robert de la langue française. Néolibéralisme [Internet]. Le Robert version numérique ; 2020. Disponible sur : <https://grandrobert-lerobert-com.docelec.u-bordeaux.fr/robert.asp>
17. Charazac V. Le néolibéralisme au mépris du collectif. Souffrance au travail, management par objectifs et délitement des groupes. *Connexions*. 2010 ;94(2):121–33.
18. Peze M. La souffrance au travail [Internet]. *Millénaire 3* ; 2012. Disponible sur : <https://www.millenaire3.com/Interview/2012/la-souffrance-au-travail>
19. Van Haeperen B. Que sont les principes du New Public Management devenus ? Le cas de l'administration régionale wallonne. *Reflets et perspectives de la Vie Économique*. 2012 ; LI (2) :83–99.
20. Chabot P. Global burn-out. In : Presses Universitaires de France. 2013. p. 152.

21. Lemaitre A, Valenty M. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) en France. Résultats des Quinzaines MCP 2008 à 2011. 1 janv 2014 ;101 p.
22. Khireddine I, Lemaître A, Homère J, Plaine J, Garras L, Riol M-C, et al. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. Bull Épidémiologique Hebd. 2015 Jun;(23):431–8.
23. Institut national de recherche et de sécurité (INRS). (Page consultée le 16/10/2017). Risques psychosociaux. Ce qu'il faut retenir. [En ligne]. <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-quil-faut-retenir.htm>
24. L'Assurance Maladie. Santé travail : enjeux & actions. Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie - Risques professionnels [Internet]. 2018 [cité 1 juin 2021]. Disponible sur : http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_t_elecharger/brochures/Enjeux%20et%20actions%202018_affections%20psychiques%20travail.pdf
25. Michel Gollac, Marceline Bodier. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé. 2007.
26. Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Träskman Bendz L, Grape T, Hogstedt C, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. BMC Public Health. déc 2015;15(1):738.
27. Ardito C, d'Errico A, Leombruni R. Exposure to psychosocial factors at work and mental well-being in Europe. Med Lav. avr 2014;105(2):85-99.
28. Niedhammer I, Chastang J-F, Sultan-Taieb H, Vermeylen G, Parent-Thirion A. Psychosocial work factors and sickness absence in 31 countries in Europe. Eur J Public Health. 1 août 2013 ;23(4) :622-9.

29. Légeron P. Burn out : Rapport de l'Académie nationale de médecine (février 2016) (Jean-Pierre Olié, Patrick Légeron). In : Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail [Internet]. Dunod ; 2018 [cité 16 juin 2021]. p. 15-25. Disponible sur : <https://cairn.info/risques-psychosociaux-et-qualite-de-vie-au-travail-2018--9782100781447-page-15>
30. Schaufeli WB, Greenglass ER. Introduction to special issue on burnout and health. Psychol Health. Sept 2001 ;16(5) :501-10.
31. Truchot D. Épuisement professionnel (burnout) : Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés [Internet]. Dunod ; 2019 [cité 7 août 2021]. p. 190-4. Disponible sur : <https://cairn.info/psychologie-du-travail-et-des-organisations-2019--9782100801411-page-190.htm?ref=doi>
32. Nathalie Fremont. Quels facteurs explicatifs du burnout et du bien-être subjectif ? Déterminants psychologiques, sociaux et organisationnels auprès des cadres à responsabilités et élaboration d'un modèle. Psychologie. Université Charles de Gaulle - Lille III, 2013. Français
33. Institut National de recherche et de sécurité (INRS) Langevin V, Boini S, François M, Riou A. Risques psycho-sociaux : outils d'évaluation. Maslach Burn-Out Inventory. Sept 2012 ; Références en Santé au travail (131).
34. Haute Autorité de Santé (HAS). Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout - Fiche mémo [Internet]. 2017 [cité 18 juill 2020]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/>
35. S. BATAILLE, « Le bore-out, nouveau risque psychosocial ? Quand s'ennuyer au travail devient douloureux », INRS, mars 2016, Références santé au travail, n° 145, p. 19 à 27.
36. BOURION, C. et TREBUCQ, S., « Le Bore out syndrom », Revue internationale de psychosociologie, 2011/41, vol. XVII, disponible sur <https://www.cairn.info/revue-internationale-de-psychosociologie-2011-41-page-319.htm>.
37. Jessica Frébutte, Wolters Kluwer. LE BORE-OUT : UN TABOU À BRISER. 14 déc 2020 ;1-16.

38. Légifrance. LOI n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites. 10 nov 2010 ; Titre IV : Pénibilité du parcours professionnel. Chapitre 1er : Prévention de la pénibilité. Article 60.
39. Institut National de recherche et de sécurité. Pénibilité au travail, ce qu'il faut retenir. 6 mars 2019 [cité 4 juin 2021] ; Santé et sécurité au travail. Disponible sur : <https://www.inrs.fr/demarche/penibilite/ce-qu-il-faut-retenir.html>
40. Bulletin officiel du Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social. Instruction n° DGT/DSS/SAFSL/2016/178 du 20 juin 2016 relative à la mise en place du compte personnel de prévention de la pénibilité. 30 juill 2016 ; Travail, Emploi, Formation professionnelle (7) :30.
41. La Revue Prescrire. Compte pénibilité : prévenir et compenser les risques professionnels. juin 2017;(404):462-4.)
42. La Revue Prescrire. Le compte pénibilité amputé. avr 2018;(414):293.)
43. Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES). La surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer 2010). 2 oct 2013 [cité 22 juin 2021]; Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/enquete-source/la-surveillance-medicale-des-expositions-des-salaries-aux-risques-professionnels>
44. Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES). L'exposition des salariés aux facteurs de pénibilité dans le travail. déc 2014;(95).
45. François Édouard, Avis du Conseil économique, social et environnemental au nom de la section du travail. LE TRAVAIL DE NUIT : IMPACT SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET DE VIE DES SALARIÉS. juill 2010 [cité 21 juill 2021]; Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/31284-le-travail-de-nuit-impact-sur-les-conditions-de-travail>.
46. Émilie Cordina-Duverger, Centre de recherche en Epidémiologie et Santé des Populations (CESP). La prévalence du travail de nuit en France et ses effets sanitaires. Concours Méd. juin 2020;(142):35-7.

47. La Revue Prescrire. Effets sur la santé du travail posté et de nuit. Mai 2016;(391) :376-81.
48. Nathalie Ruaux. Cancer et environnement : Les Cahiers de la Recherche (Santé, Environnement, Travail). 2014. ffanses-01569337f
49. Manouchehri E, Taghipour A, Ghavami V, Ebadi A, Homaei F, Latifnejad Roudsari R. Night-shift work duration and breast cancer risk: an updated systematic review and meta-analysis. BMC Womens Health. déc 2021;21(1):89.*
50. Blanpain, N. (2016). Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. Insee Première, (1584).
51. Marie Fehrenbach. Évaluation de la perception et des connaissances des médecins généralistes de la Gironde sur les facteurs de risque environnementaux cancérigènes. Médecine humaine et pathologie. 2014. ffdumas-01101717
52. Menard C, Beck F, Peretti-Watel P. Cancer et environnement : perceptions de la population à partir des enquêtes de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Environ Risque Sante 2014 ; 13 : 312-7. d
53. Charles-Olivier Betansedi. L'Invisibilisation du lien entre travail et cancer chez les femmes : une approche réflexive en épidémiologie de la santé au travail. Santé publique et épidémiologie. Université Paris Saclay (COMUE), 2018.
54. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). Substances cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR). 22 sept 2016 [cité 20 juin 2021]; Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/substances-cancérigènes-mutagènes-et-toxiques-pour-la-reproduction-cmr>
55. Cavet M, Memmi S, Léonard M, Les expositions aux cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques. Un zoom sur huit produits chimiques, Dares Analyses n° 074, 2015.
56. Nadine Fréry, Frédéric Moisan, Yannick Schwaab, Robert Garnier. Multi-expositions professionnelles à des agents cancérigènes chez les salariés en 2010. Juin 2016 ;

57. Loomis D, Guha N, Hall AL, Straif K. Identifying occupational carcinogens: an update from the IARC Monographs. *Occup Environ Med*. Août 2018 ;75(8) :593-603.
58. Institut National de recherche et de sécurité. Classifications existantes- Cancers Professionnels- Effets sur la santé- Santé et sécurité au travail. janv 2015; Disponible sur: www.inrs.fr/risques/cancers-professionnels
59. Nathalie Havet, Alexis Penot, Magali Morelle, Lionel Perrier, Béatrice Fervers. Inégalités d'exposition aux agents cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) en milieu professionnel en France. 2014. ffhalshs-01098761
60. La Revue Prescrire. Pesticides agricoles : la santé au travail négligée. Mai 2017 ;37(403) :379.
61. La Revue Prescrire. Pesticides agricoles : l'efficacité de protection des équipements individuels largement surestimée. Mars 2021 ;41(449):220-1.
62. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Santé publique France. Déterminants, santé populationnelle et pathologies. In : L'état de santé de la population en France- Rapport 2017 [Internet]. 2017. p. 155–60. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Rapport-ESPF-2017.pdf>
63. Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques. Premiers résultats de l'enquête SUMER 2017 : comment ont évolué les expositions des salariés aux risques professionnels sur les vingt dernières années ? *Références En Santé Au Travail*. 2019 ;53–78.
64. Institut national de recherche et de sécurité. Risques biologiques- Ce qu'il faut retenir [Internet]. 2020. Disponible sur : <https://www.inrs.fr/risques/biologiques>
65. . Assurance Maladie. L'essentiel 2019 Santé et sécurité au travail [Internet]. 2020. Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/lessentiel-sante-securite-travail2019.pdf>

66. Institut national de la statistique et des études économiques. Emploi, chômage, revenus du travail [Internet]. 2020. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4501621?sommaire=4504425&q=ch%F4mage+handicap#consulter>.
67. Assurance Maladie- risques professionnels. Santé travail : enjeux & actions [Internet]. 2018. Disponible sur : http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_t_elecharger/brochures/Enjeux%20et%20actions%202018_affections%20psychiques%20travail.pdf
68. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Diagnostic régional Nouvelle-Aquitaine [Internet]. 2017 Sep p. 63. (Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028). Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-04/PRS_NA_Diag_regional_09_2017.pdf
69. Observatoire Régional de la Santé, Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Enquête sur l'état de santé ressenti auprès de la population adulte : Zoom santé Nouvelle-Aquitaine 2018 [Internet]. 2018. Disponible sur : https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2019/11/Zoom_NA_2019_V2.pdf
70. Carsat Retraite & Santé au travail. Nos statistiques AT/MP [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.carsat-centreouest.fr/home/entreprise/prevenir-vos-risques-professionnels/nos-statistiques-atmp.html>
71. Caillet A, Allaouchiche B. Infirmiers en Réanimation, troubles psychologiques et COVID-19 : l'enquête nationale COVID IMPACT. Prat En Anesth Réanimation. avr 2021;25(2):103-9.
72. Marion Adrast. Des télétravailleurs vivent mal leur télétravail, voici pourquoi [Internet]. Huffpost. 2020 [cité 27 janv 2021]. Disponible sur : https://www.huffingtonpost.fr/entry/certains-tele-travailleurs-vivent-mal-leur-teletravail-et-voici-pourquoi_fr_5fbfac6ec5b63d1b770a02d6
73. Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES). Le vécu du travail et du chômage pendant la crise sanitaire liée au Covid 19 (Tracov). 25 janv 2021 [cité 20 mai 2021] ; Disponible sur : <https://dares.travail->

emploi.gouv.fr/enquete-source/le-vecu-du-travail-et-du-chomage-pendant-la-crise-sanitaire-liee-au-covid-19-tracov

74. « Confinement, télétravail et comportements addictifs : le point de vue des Français », étude Odoxa pour GAE Conseil, avril 2020
75. JONATHAN HERCHKOVITCH. Le risque addictif est à surveiller chez les salariés en télétravail. Concours Méd. déc 2020 ; TOME 142(10):38.
76. Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES). Quels sont les salariés concernés par le télétravail ? nov 2019;(51).
77. L.Albasini, V.Baumgartner, S.Eigenheer, , L. Haldimand, L.Métral et O.Grand. Le télétravail social, dangers ou opportunités ? Reiso.org [Internet]. 19 juill 2021 [cité 23 juill 2021] ; Disponible sur : <https://www.reiso.org/articles/themes/pratiques/7720-le-teletravail-social-dangers-ou-opportunites>
78. J.H Planchard, Z.Velagic, CHU Nice. Evaluation de l'impact psychologique du télétravail. Institut Nationale de Recherche et de Sécurité (INRS). Mars 2020 ; Références en santé au travail (161).
79. Organisation internationale du Travail (OIT). Le COVID-19 et le monde du travail : Répercussions et réponses. 18 mars 2020 [cité 4 juill 2021] ; Observatoire de l'OIT, 1ère édition. Disponible sur : https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/impacts-and-responses/WCMS_739206/lang--fr/index.htm
80. Da Silva M. Souffrance au travail : comment le médecin généraliste et le patient coopèrent-ils pour répondre à ce problème complexe ? Sciens Vivant. 2017 ;19–21.
82. Bocquet E. Difficulté de la médecine du travail-15e legislature- Question écrite n°04636. Dans : JO Sénat du 26/04/2018 [Internet]. 2018. p. 2050. Disponible sur : <https://www.senat.fr/questions/base/2018/qSEQ180404636.html>
83. Gallais J-L. Le salarié, le médecin généraliste traitant et le médecin du travail : quel trio possible ou souhaitable ? [Internet]. Société Française de Médecine Générale ; Disponible sur : http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/1364/fichier_le_salarie-le_mg_et_le_med_travail9f8e5.pdf

84. Petillon C. souffrance au travail : qui peut intervenir ? [Internet]. Hashtag. 2018. Disponible sur : <https://www.franceculture.fr/emissions/hashtag/souffrance-au-travail-qui-peut-intervenir>
85. Pezé M. Guide Pratique pour les Médecins Généralistes [Internet]. Souffrance & Travail ; 2021. Disponible sur : <https://www.souffrance-et-travail.com/guides-pratiques/guide-pratique-pour-les-medecins-generalistes/>.
86. Cohen S, Karmacj T, Mermelstein R. Perceived Stress Scale (PSS) Echelle de stress perçu. *Références En Santé Au Travail*. 2015 Sep ;143 :101–4.
87. Questionnaire EVREST [Internet]. Dispositif Evolutions et Relations en Santé au Travail (EVREST); 2021. Disponible sur : http://evrest.istnf.fr/_docs/Fichier/2020/4-201219083004.pdf
88. Institut national de recherche et de sécurité, Université Nancy 2. Questionnaire SATIN [Internet]. 2016. Disponible sur : https://sites.google.com/view/questsatin/version-actuelle#h.p_ID_34
89. Giorgio M-T. Questionnaire CPO, Contraintes Psychosociales et Organisationnelles en milieu de soins [Internet]. 2020. Disponible sur : <https://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/questionnaire-contraintes-psycho-sociales/>
90. Dupret E, Bocéréan C, Teherani M, Feltrin M. Le COPSOQ: un nouveau questionnaire français d'évaluation des risques psychosociaux. *Santé Publique*. 2012 ;24(3) :189–207.
91. Enquête Santé et Protection Sociale, institut de recherche et documentation en économie de la santé. Questionnaire 'Santé-Travail' [Internet]. 2010. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/recherche/enquetes/esps-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale/questionnaires/2010/sante-travail.pdf>
92. Morvan M-L. Barrières à l'utilisation des outils de diagnostic de la dépression en médecine de famille : étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes du Nord-Finistère [Internet] [Thèse de doctorat en Médecine]. Université de Brest- Bretagne Occidentale ; 2014. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01044399/document>

93. Berthe C. L'auto-questionnaire psychiatrique comme moyen d'améliorer la prise de conscience de la dépression. Enquête en médecine générale en région Centre [Internet] [Thèse de doctorat en Médecine]. [Faculté de médecine de Tours]; 2015. Disponible sur : http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2015_Medecine_BertheClotilde.pdf
94. Lussier M-T, Richard C. Chapitre 8 : les fonctions de l'entrevue médicale et les stratégies de communication. Dans : La communication professionnelle en santé. 2e édition. 2016. p150-170.
95. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre). Qu'est-ce qu'un accident du travail ? [Internet]. Service-Public.fr ; 2021. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F178>
96. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre). Qu'est-ce qu'une maladie professionnelle ? [Internet]. Service-Public.fr ; 2021. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31880>
97. Chibrac-Dubrana M-N. Elaboration d'un guide pratique : 'la médecine du travail à l'usage des médecins généralistes'. Université de Bordeaux ; 2020.
98. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Services de santé au travail - Organisation, missions, pluridisciplinarité, contractualisation, agrément [Internet]. 2017. Disponible sur : <http://www.inrs.fr/demarche/services-sante-travail/organisation.html>
99. Quélin A. Relations entre médecins généralistes et médecins du travail ; revue systématique de littérature [Internet]. Université d'Angers ; 2016. Disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20096572/2016MCEM5238/fichier/5238F.pdf>
100. Roulin J-L. Savoir et Comprendre Apprendre Leçons de Psychométrie (SCALP-Cours) [Internet]. 2018. Disponible sur : https://www.psychometrie.jlroulin.fr/cours/aide_quizz.html?D221.html
101. Institut national de la statistique et des études économiques. Population par sexe et groupe d'âges [Internet]. 2021. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>

102. Institut national de la statistique et des études économiques. Professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés des employeurs privés et publics [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/information/2912545>
103. Institut national de la statistique et des études économiques. Statistiques locales CC du Créonnais [Internet]. 2018. Disponible sur : https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=-111726,5623108,148423,77620&c=indicator&f=15&i=rp_ageact_15_64.tx_act&s=2017&selcodgeo=243301215&view=map4
104. Institut national de la statistique et des études économiques. Statistiques locales CC Portes de l'Entre-Deux-Mers [Internet]. 2018. Disponible sur : https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=-104873,5612007,112918,59052&c=indicator&f=15&i=rp_ageact_15_64.tx_act&s=2017&selcodgeo=243301439&view=map4
105. Institut national de la statistique et des études économiques. Statistiques locales CC Rurales de l'Entre-Deux-Mers [Internet]. 2018. Disponible sur : https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=-111726,5623108,148423,77620&c=indicator&f=15&i=rp_ageact_15_64.tx_act&s=2017&selcodgeo=200069599&view=map4
106. Debarre J, Rouchaud A, Provost D, Fernet F. Surveillance des maladies à caractère professionnel- Quinzaines 2019-Nouvelle Aquitaine [Internet]. 2020. Disponible sur : https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2020/09/MCP_2019_Plaqt.pdf
107. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/r%C3%A9seau-national-de-vigilance-et-de-pr%C3%A9vention-des-pathologies-professionnelles-rnv3p>
108. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Pathologies au travail, le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles publiée sous rapport scientifique [Internet]. 2011. Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/content/pathologies-au-travail-le-r%C3%A9seau-national-de-vigilance-et-de-pr%C3%A9vention-des-pathologies>

109. Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Pathologies recensées par le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles entre 2001 et 2009. Document Pour Médecin du Travail. 2012;(129) :39-63
110. Cohidon C, Rabet G, Murcia M, Khireddine I, Imbernon E. Surveillance de la santé mentale au travail - Le programme Samotrace- Régions Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, 2006-2008 [Internet]. Santé publique France; 2016. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/pays-de-la-loire/documents/rapport-synthese/2016/surveillance-de-la-sante-mentale-au-travail.-le-programme-samotrace.-volet-en-entreprises.-regions-centre-pays-de-la-loire-et-poitou-charentes-20>
111. Martinet B, Rosankis E. Les expositions aux risques professionnels dans la fonction publique et le secteur privé en 2017- Enquête SUMER 2017. Synthèse Stat. déc 2019;(31) :2-33.
112. Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares). L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête SUMER. Dares Analyses. 2012;(23) :1-10.
113. Malard L, Chastang J-F, Niedhammer I. Changes in psychosocial work factors in the French working population between 2006 and 2010. Int Arch Occup Environ Health. févr 2015;88(2):6.
114. Cohidon C, Santin G, Imbernon E, Goldberg M. Working conditions and depressive symptoms in the 2003 decennial health survey: the role of the occupational category. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. déc 2010;45(12):1135-47.
115. Cohidon C, Imbernon E, Goldberg M. Prevalence of common mental disorders and their work consequences in France, according to occupational category. Am J Ind Med. févr 2009;52(2):141-52.

116. Lesuffleur T, Chastang J-F, Cavet M, Niedhammer I. Facteurs psychosociaux au travail et santé perçue dans l'enquête nationale SUMER. Santé Publique. 2015 ;27(2) :177.
117. Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques. Quelles conséquences de la crise sanitaire sur les conditions de travail et les risques psycho sociaux ? Dares Analyses. Mai 2021;(28) :1-10.
118. Abord de Chatillon, E. & Desmarais, C. (2012). Le Nouveau Management Public est-il pathogène ? Management international / International Management / Gestión Internacional, 16(3), 10–24
119. Marilyne Beque, Amélie Mauroux. Conditions de travail : une autonomie en recul mais une ambiance de travail moins tendue. Enquête conditions de travail et risques psychosociaux 2016. 22 mai 2018;(12-13):221-7.
120. P. Verger, C.Menard, JB.Richard, A.Viau. Médecins généralistes et santé au travail In INPES. Médecin du travail / Médecins généralistes : regards croisés. Etudes Santé. INPES édition, Janvier 2012 : 115-153.
121. J. HERCHKOVITCH. Médecine du travail, médecine générale et assurance maladie : une communication difficile. sept 2020;Tome 142(Le concours médical):38-9.
122. Unions régionales des professionnels de santé (URPS) des médecins libéraux d'Ile-De-France. Souffrance psychique au travail : Rôle des médecins généralistes libéraux Enquête qualitative réalisée par focus group auprès de deux groupes de MG franciliens. oct 2017 [cité 10 août 2021]; Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2018/01/01-FG-Souffrance-au-W-et-MGL-Rapport-20171124.pdf>
123. Mélanie Duret. Prise en charge de la souffrance morale au travail par les médecins généralistes : enquête qualitative auprès de 13 médecins généralistes de l'Eure. Médecine humaine et pathologie.
124. Saliba M-L, Iarmarcovai G, Souville M, Viau A, Arnaud S, Verger P. Les médecins face à la santé au travail : une étude qualitative dans le sud-est de la France. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. oct 2007;55(5):376-81.

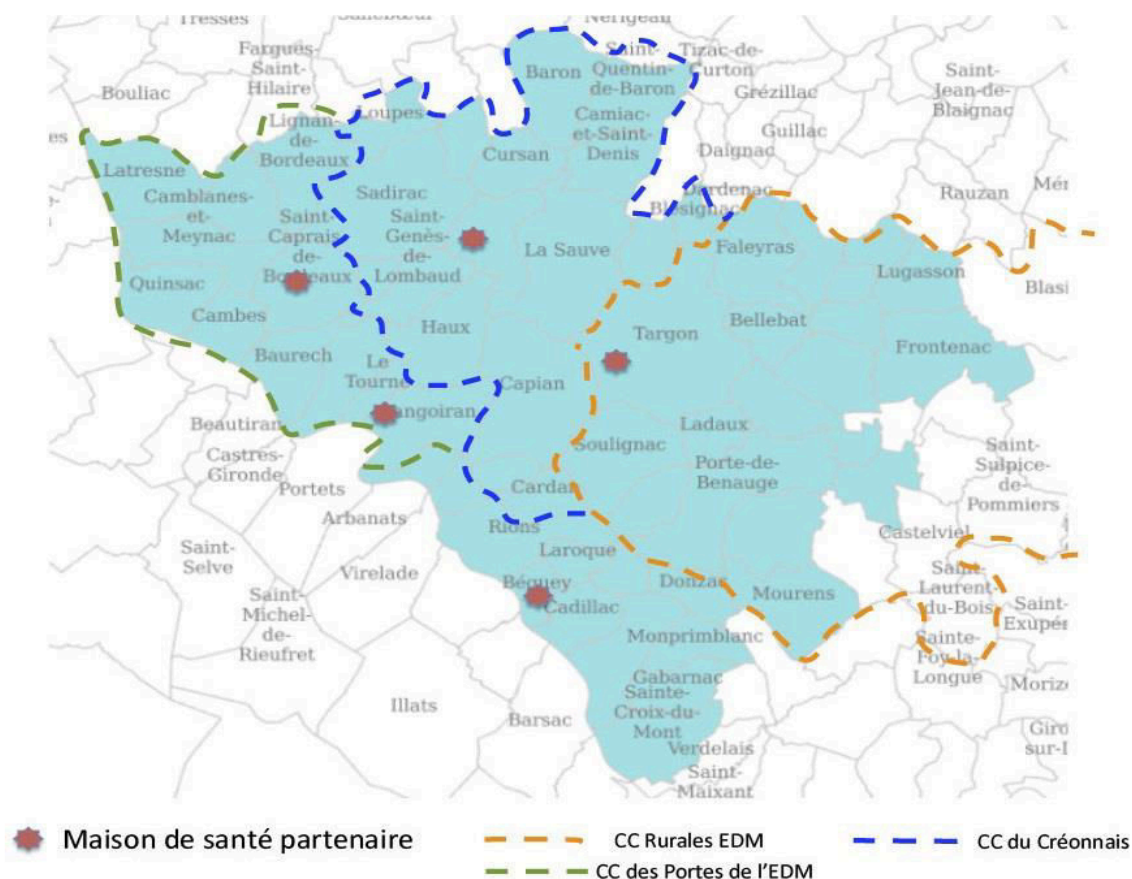
125. Aapml-URPS infirmiers libéraux et masseurs-kinésithérapeutes d'Île-de-France. L'épuisement professionnel (burn out syndrom). Qu'en pensez-vous ? Vous sentez-vous concerné ? sept 2014 ;50 pages.
126. Truchot D. Rapport de recherche sur la santé des soignants. déc 2018;48.
127. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. 2017 ;54.
128. La Revue Prescrire. Le burn-out des soignants. mai 2021;41(451):373-8
129. Q.Durand-Moreau, J.D Dewitte. Apports d'une consultation de pathologie professionnelle dans la prise en charge des risques « dits » psychosociaux. déc 2016;Référence en santé au travail(148):8.
130. Renate Oepen, Harald Gruber. An art therapy project day to promote health for clients from burnout self-help groups--an exploratory study. juill 2014;64(Psychother Psychosom Med Psychol):p.268-274.
131. Joyce K, Pabayo R, Critchley JA, Bambra C La Revue Cochrane. Assouplissement des conditions de travail et ses effets sur la santé et le bien-être des employés. 17 févr 2010 ;
132. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. Sao Paulo Med J. févr 2016 ;134(1) :92-92.
133. Kuehnl A, Seubert C, Rehfuess E, von Elm E, Nowak D, Glaser J La Revue Cochrane. Effets de la formation des superviseurs sur le stress, l'absentéisme et le bien-être des employés. 27 sept 2019 ;
134. L'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT). Les champs de la qualité de vie au travail. 25 nov 2013 [cité 15 juin 2021]; Disponible sur: <https://www.anact.fr/les-champs-de-la-qualite-de-vie-au-travail>
135. Moret L, Mesbah M, Chwalow J, Lellouch J. Validation interne d'une échelle de mesure:relation entre analyse en composantes principales, coefficient alpha de

Cronbach et coefficient de corrélation intra classe. Rev Épidémiologique Santé Publique. 1993;(41) :179-86.

Annexes

Annexe 1 : Population source : les 59 communes du territoire d'étude

Le projet concerne les 59 communes suivantes:
Loupes, Sadirac, Madirac, Saint Genès de Lombaud, Haux, Capien, La Sauve Majeure, Villenave de Rions, Saint Léon, Blésignac, Camiac et Saint Denis, Cursan, Créon, Baron, Le Pout, Saint-Quentin-de-Baron, Targon, Faleyras, Romagne, Courpiac, Bellefond, Lugasson, Cessac, Frontenac, Baigneaux, Bellebat, Montignac, Saint Genis du Bois, Coirac, Ladaux, Porte de Benauge, Soulignac, Saint Pierre de Bat, Mourens, Cadillac, Lestiac-sur-garonne, Paillet, Cardan, Rions, Escoussans, Laroque, Beguey, Omet, Donzac, Loupiac, Montprimblanc, Gabarnac, Sainte Croix du Mont, Langoiran, Tabanac, Baurech, Saint Caprais, Cambes, Quinsac, Latresne, Le Tourne, Lignan de Bordeaux, Cenac et Camblanes.



Annexe 2 : Questionnaire de l'enquête « Patients ».



ENQUÊTE SUR LA SANTÉ AU TRAVAIL DES USAGERS DES MAISONS DE SANTÉ DE L'ENTRE-DEUX-MERS

(33)

Questionnaire « Santé-Travail »

- 1) Je suis
Une femme Un homme
- 2) Mon âge :
- 3) Mon dernier diplôme :
- 4) Mon poste actuel est :
- 5) Mon temps de trajet domicile-travail est de (en minutes) :
- 6) Je suis satisfait(e) de mon emploi
Oui Non
- 7) Je me sens capable de faire le même travail qu'actuellement jusqu'à 60 ans
Oui Non
- 8) Ma durée de travail est supérieure à 48h par semaine
Toujours Souvent Parfois Jamais
- 9) Je suis obligé(e) de me dépêcher pour faire mon travail
Toujours Souvent Parfois Jamais
- 10) Je dois penser à trop de choses à la fois
Toujours Souvent Parfois Jamais
- 11) J'ai du mal à concilier travail et obligations familiales
Toujours Souvent Parfois Jamais Sans objet (pas de contrainte familiale)
- 12) Je vis des tensions avec un public : usagers, patients, élèves, voyageurs, clients, etc...
Toujours Souvent Parfois Jamais Sans objet
- 13) Dans mon travail, je dois cacher mes émotions ou faire semblant d'être de bonne humeur
Toujours Souvent Parfois Jamais

14) Il m'arrive d'avoir peur pendant mon travail

Toujours Souvent Parfois Jamais

15) Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment faire mon travail

Toujours Souvent Parfois Jamais

16) Mon travail me permet d'apprendre des choses nouvelles

Toujours Souvent Parfois Jamais

17) Je peux employer pleinement mes compétences

Toujours Souvent Parfois Jamais

18) Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener mes tâches à bien

Toujours Souvent Parfois Jamais

19) Mon supérieur prête attention à ce que je dis

Toujours Souvent Parfois Jamais Sans objet (pas de supérieur)

20) Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien

Toujours Souvent Parfois Jamais Sans objet (pas de supérieur)

21) Mon travail est utile aux autres

Toujours Souvent Parfois Jamais

22) Mon travail est reconnu à sa juste valeur

Toujours Souvent Parfois Jamais

23) Vu tous mes efforts, je considère que mon salaire est correct

Toujours Souvent Parfois Jamais

24) Dans mon travail, je dois faire des choses que je désapprouve (vente abusive, réaliser des licenciements)

Toujours Souvent Parfois Jamais

25) J'ai les moyens de faire un travail de qualité

Toujours Souvent Parfois Jamais

26) Mon travail m'oblige à **ne pas** dormir entre minuit et 5h du matin (50 nuits par an équivalent à souvent)

Toujours Souvent Parfois Jamais

27) J'occupe un travail posté en horaires alternants ou en roulement (un travail posté est un travail en équipe)

Toujours Souvent Parfois Jamais

28) J'effectue un travail répétitif sous contraintes de temps ou un travail à la chaîne

Toujours Souvent Parfois Jamais

29) Je suis exposé(e) à porter des charges lourdes lors de manutention

Toujours Souvent Parfois Jamais

30) Je suis exposé(e) à des postures pénibles ou fatigantes à la longue : debout prolongé, accroupi, courbé, bras en l'air, en torsion, position forcée

Toujours Souvent Parfois Jamais

31) Je suis exposé(e) à un bruit intense, empêchant d'entendre la voix d'une personne placée à 2 ou 3 mètres même si elle crie

Toujours Souvent Parfois Jamais

32) Je suis exposé(e) à des produits (ou substances) nocifs ou toxiques : poussières, fumées, microbes, produits chimiques

Toujours Souvent Parfois Jamais

33) Je travaille avec la peur de perdre mon emploi

Toujours Souvent Parfois Jamais

34) Au cours des douze derniers mois, avez-vous discuté de problèmes liés à votre travail avec un représentant du personnel (délégué du personnel, délégué syndical...)?

Oui Non Sans objet (pas de représentant)

35) Au cours des douze derniers mois, avez-vous été consulté par vos supérieurs à propos d'un changement dans votre travail ou vos conditions de travail ?

Oui Non Pas de changement Sans objet (pas de supérieurs)

36) Au cours des douze derniers mois, y-a-t-il eu un plan de licenciements dans l'établissement où vous travaillez ?

Oui Non

37) Diriez-vous de votre travail...

...qu'il est fatigant nerveusement : Jamais Peu souvent Souvent Très souvent

...qu'il est fatigant physiquement : Jamais Peu souvent Souvent Très souvent

...qu'il vous empêche souvent de dormir ? Jamais Peu souvent Souvent Très souvent

38) La crise du coronavirus a-t-elle eu une influence sur votre qualité de vie au travail ?

Oui, très positivement Oui, positivement Oui, négativement Oui, très négativement

Non, aucune influence

39) Au cours des 5 dernières années, et avant la crise du coronavirus, pensez-vous que votre santé au travail s'est :

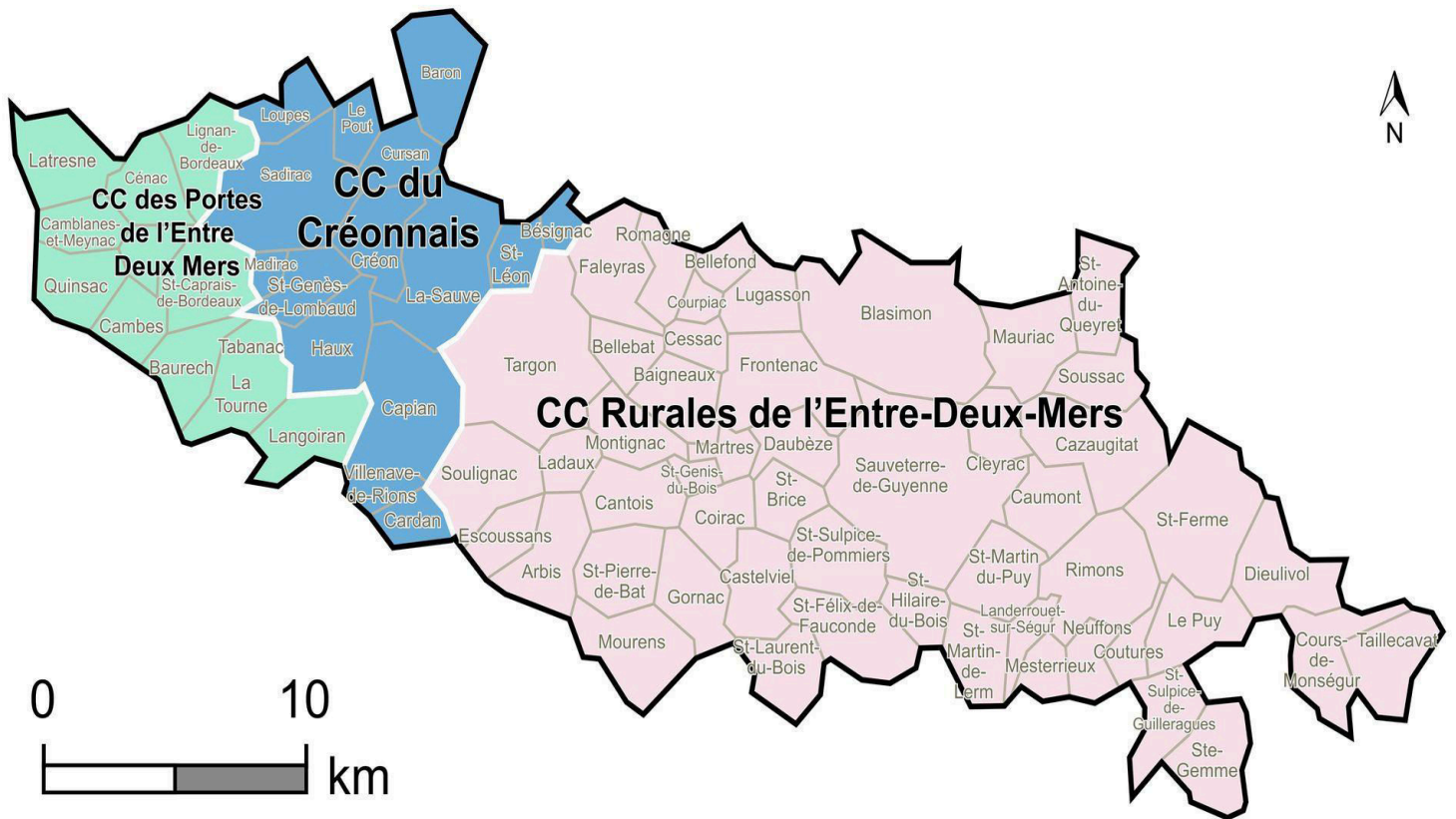
Dégradée Améliorée Restée stable

Merci de votre participation !



Questionnaire élaboré à partir des questionnaires de l'enquête ESPS de l'IRDES <https://www.irdes.fr/recherche/enquetes/esps-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale/questionnaires/2010/sante-travail.pdf> et de l'enquête Zoom Santé 2018 de l'ORS <https://www.orsna.org/publications/zoom-sante-2018/>.

Annexe 3 : Carte du territoire cible.



Annexe 4: Note d'information sur l'enquête « Patients » et formulaire de non opposition.

--	--	--	--



ENQUÊTE SUR LA SANTÉ AU TRAVAIL DES USAGERS DES MAISONS DE SANTÉ DE L'ENTRE-DEUX-MERS (33)

Au sein du « Collectif Santé », association de promotion de la santé sur le territoire de l'Entre-Deux-Mers, nous avons fait le constat que la souffrance au travail est un motif récurrent de consultation ces dernières années. Nombreuses sont les personnes concernées, mais peu savent vers qui se tourner pour trouver des solutions.

Nous souhaitons donc développer un programme de dépistage et d'accompagnement de la souffrance au travail et, pour cela, nous avons besoin de recueillir le vécu et le ressenti des usagers des maisons de santé du territoire, sur leur santé au travail.

Si vous avez **actuellement une activité professionnelle** et que vous êtes intéressé pour participer à notre enquête, **de manière confidentielle**, vous pouvez répondre au questionnaire ci-dessous.

Ce questionnaire dure environ 15 minutes et vos réponses serviront à construire notre programme sur le territoire de l'Entre-Deux-Mers.

Nous nous engageons à ce que les informations que vous nous donnerez restent strictement confidentielles et soumises au secret professionnel. Vous pouvez à tout moment vous retirer de l'enquête si vous le souhaitez. En signant ce document, vous certifiez ne pas vous opposer à participer à cette étude.

Vous êtes en droit de demander des informations sur l'enquête, vous êtes également en droit d'obtenir les résultats globaux de l'enquête.

Pour cela vous pouvez écrire aux responsables de l'étude :

Nicolas Goujon, médecin généraliste,
Maison médicale, 10 bis Rue de Thuir, 33760 Targon

[\[redacted\]](#)

et

Stéphanie Berto, psychologue
Maison médicale, 12 bis Route de Saint-Macaire, 33410 Cadillac
stephanieberto.psychologue@gmail.com

Merci à vous,

Le Collectif Santé,
Association de promotion de la santé sur le territoire de
l'Entre-Deux-Mers 2 rue Carvoiera
33880 Saint-Caprais-de-Bordeaux
05 56 20 70 00

J'accepte de participer à l'enquête « Santé au travail » :

Oui

Non

Signature :

Date et heure :

Vu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée V en date du 21 octobre 2020
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et de l'article L.1122-1 du code de la santé publique vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux données personnelles vous concernant auprès du Collectif Santé

Annexe 5 : Avis favorable du Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée V



PRÉSIDENT : PHILIPPE BABE
VICE-PRÉSIDENT : PATRICK CHICHE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL : JOCELYN GAL
TRÉSORIER : PIERRE TOULON

Nice, le 21/10/2020

TITRE DE L'ESSAI	SANTÉ AU TRAVAIL DES PERSONNES EN ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE VIVANT DANS L'ENTRE-DEUX-MERS (33)		
PROMOTEUR	UNIVERSITÉ DE BORDEAUX - Collectif Santé		
INVESTIGATEUR	Mme Margot FOSTIER et Mme Jessica MAZENS		
N ° ENREGISTREMENT	2020-A02490-39		
Réf CNRIPH	20.09.03.45259	Référence promoteur	Thèse de médecine générale
Dossier initial du :	10/09/2020	Recevable le :	21/09/2020
Date de séance	06/10/2020	Présidée par	Ph. BABE
Le Comité a examiné les informations relatives à ce protocole référencé localement et nationalement ci-dessus relatif à		UNE RECHERCHE NON INTERVENTIONNELLE (CAT 3)	
Au titre d'une demande d'avis concernant	Projet initial	Dans le cadre de :	Nouvelle soumission d'un projet modifié en réponse aux observations du CPP du 06/10/2020 déposée le 18/10/2020, 19/10/2020 et 20/10/2020

Titulaires

Etaient présents à la réunion :

Philippe BABE, Médecin, Spécialiste en Pédiatrie, 1^{er} collègue
Ronny BENSALD, Médecin, 1^{er} collègue, à distance
Benjamin BERTRAND, Pharmacien Hospitalier, 1^{er} collègue
Patrick CHICHE, Juriste, 2^{ème} collègue
Nathalie CORREARD ROMAGNY, qualifiée en matière sociale, 2^{ème} collègue
Jocelyn GAL, Méthodologiste, 1^{er} collègue
Audrey GUILLOTIN, Avocate, 2^{ème} collègue
Hélène LAPEYRE, Infirmière, 1^{er} collègue
Maggy PINCEMIN, Représentante des Associations et des Usagers du Système de Santé, 2^{ème} collègue
Flavia SPIRITO, Qualifiée en matière d'éthique, 2^{ème} collègue

Suppléants

Christelle BOCZEK, Pharmacien Hospitalier, 1^{er} collègue, à distance
Olivier BOLLA, Avocat, 2^{ème} collègue
Brigitte LEMAN, Infirmière, 1^{er} collègue
Céline MICHELON, Avocate, 2^{ème} collègue
Sylvie PROVILLE, Représentante des Associations et des Usagers du Système de Santé, 2^{ème} collègue
Nathalie ROCHET, Qualifiée en matière d'éthique, 2^{ème} collègue
Béata WLIZLO, Psychologue, 2^{ème} collègue

Ont participé à la délibération :

Philippe BABE, Médecin, Spécialiste en Pédiatrie, 1^{er} collègue
Ronny BENSALD, Médecin, 1^{er} collègue, à distance
Benjamin BERTRAND, Pharmacien Hospitalier, 1^{er} collègue
Patrick CHICHE, Juriste, 2^{ème} collègue
Nathalie CORREARD ROMAGNY, qualifiée en matière sociale, 2^{ème} collègue

Jocelyn GAL, Méthodologiste, 1er collègue
Audrey GUILLOTIN, Avocate, 2^{ème} collègue
Hélène LAPEYRE, Infirmière, 1er collègue
Maggy PINCEMIN, Représentante des Associations et des Usagers du Système de Santé, 2^{ème} collègue
Flavia SPIRITO, Qualifiée en matière d'éthique, 2^{ème} collègue

Sylvie PROVILLE, Représentante des Associations et des Usagers du Système de Santé, 2^{ème} collègue
Béata WLIZLO, Psychologue, 2^{ème} collègue

Projet de Recherche
Enregistré sous le numéro : 20.09.03.45259

Documents sur lesquels le comité s'est prononcé:

- Document attestant que la recherche est conçue et réalisée conformément aux dispositions législatives et réglementaires, signé et daté du 05/09/2020
- Formulaire de demande d'avis, signé et daté du 02/10/2020
- Protocole de recherche, deuxième version du 14/10/2020
- Résumé du protocole de recherche, deuxième version du 14/10/2020
- Notice d'information, version 2 du 14/10/2020
- CVS de Mme Margot FOSTIER et Mme Jessica MAZENS
- Questionnaire « Santé-Travail », déposé le 16/10/2020
- Déclaration de conformité à la MR-003, daté et signé du 04/09/2020
- Document de réponse aux remarques du CPP, version 1 du 16/10/2020

La justification de l'étude est pertinente ; le rapport des bénéfices et des risques est acceptable. Les objectifs de votre recherche sont bien définis et bien argumentés. Les moyens mis en œuvre pour atteindre ces objectifs sont décrits avec suffisamment de précision et semblent bien adaptés à la solution du problème abordé. La méthodologie est clairement décrite et adaptée aux objectifs. La notice d'information et le formulaire de consentement sont clairement rédigés et contiennent toutes les mentions nécessaires.

Le Comité a adopté la délibération suivante.

AVIS FAVORABLE

Nous vous demandons, conformément à la réglementation, de nous déclarer la date de début de l'étude le plus rapidement possible. Pour information, la validité de cet avis est de deux ans à compter de sa date d'émission.

Le Président du CPP SUD MEDITERRANEE V
BABE



Le Docteur Phillippe BABE

Annexe 6 : Déclaration de conformité à la CNIL



Référence CNIL :

2219170 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence

MR-003 reçue le 3 septembre 2020

Madame Margot FOSTIER

145 CHEMIN DE
BEAUREGARD 31840
AUSSONNE

ORGANISME DÉCLARANT

Nom :	Monsieur COLLECTIF SANTÉ	SIREN/SIRET :
Tél. :	0609052030	
Adresse :	2 RUE CARVOIERA	
CP :	33880	
Ville :	SAINT-CAPRAIS-DE-BORDEAUX	

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 4 septembre 2020

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal. Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

Annexe 7 : Questionnaire de l'enquête « Professionnels ».

Questionnaire à destination des « acteurs-clés » de l'Entre Deux Mers

1. **Quel est votre âge ?**

.....

2. **Quel est votre sexe ?**

- Femme
- Homme
- Autre :

3. **Quel est votre secteur d'activité ?**

- Soin/santé
- Médico-social
- Action sociale
- Mandat électoral
- Organisme de formation professionnelle
- Entreprise privée à but lucratif
- Aide au retour à l'emploi
- Autre :

4. **Quel est votre cadre d'activité ?**

- Libéral
- Salarié d'une entreprise
- Gérant d'une entreprise
- Fonction publique territoriale
- Fonction publique hospitalière
- Fonction publique d'état
- Bénévole
- Mandat électoral
- Autre :

5. **Quelle profession exercez-vous ?**

Si retraité ou bénévole, merci de le préciser et le dernier emploi exercé

.....

6. **De quelle manière travaillez-vous ?**

- Plutôt isolée
- Plutôt en réseau / avec des partenaires extérieurs
- Plutôt en exercice d'équipe ou regroupé
- Non concerné (retraité, etc.)
- Autre :

7. **Quelle est votre ancienneté d'activité sur le territoire de l'Entre-Deux-Mers ?**

en année(s).

8. Recevez-vous le public en partage avec vos collègues exerçant le même métier que vous ?

- Oui, parfois c'est moi, parfois c'est un(e) collègue
- Non, j'ai ma propre file active de personnes
- Ne peut se prononcer
- Autre :

9. Le public que vous recevez est-il en capacité de travailler ?

- Mon public est majoritairement en capacité de travailler
- Mon public n'est majoritairement pas en capacité de travailler
- Ne peut se prononcer
- Autre :

10. Dans votre pratique professionnelle, êtes-vous amené à rencontrer des personnes en souffrance dans leur travail ?

- Fréquemment
- Rarement
- Jamais
- Ne peut se prononcer

11. Cette souffrance au travail est-elle explicitement exprimée par les personnes concernées ?

- Fréquemment
- Rarement
- Non concerné
- Ne peut se prononcer

12. Comment cette souffrance au travail se manifeste-t-elle ?

.....

13. Généralement, quelles sont les principales causes de cette souffrance au travail ?

.....

14. Quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous au quotidien avec ces personnes ?

Si aucune difficulté, merci de le préciser.

.....

15. De quoi auriez-vous besoin pour mieux aider ces personnes touchées par la souffrance au travail ?

Si la question ne vous concerne pas, merci de le préciser.

.....

16. De quoi ont besoin ces personnes pour sortir de cette situation ?

.....
17. Si vous deviez définir quelques conditions incontournables du bien-être au travail, quelles seraient-elles ?

.....
18. A l'échelle de l'Entre-Deux-Mers et selon vous, quelle(s) priorité(s) faut-il mettre en œuvre afin de favoriser le bien-être au travail ?

.....
19. A titre personnel ou d'équipe, seriez-vous intéressé pour participer au programme que nous souhaitons mettre en place ?

- Intéressé(e)
- Pas intéressé(e)
- Ne peut se prononcer à ce jour

20. Si vous connaissez des personnes ou des structures de l'Entre-Deux-Mers qui, selon vous, devraient être interrogées, merci de nous donner leur contact ci-après :

.....
21. Si vous souhaitez être informé de la suite de ce travail ou y participer, merci de préciser votre nom et coordonnées

Questionnaire en ligne :

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfd6QwMguiK7KxQcYWE9TrtnkcnYwfdXCOOKriDyArxh98mRw/viewform> .

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.