



**HAL**  
open science

# La satisfaction au travail des psychiatres normands exerçant dans le secteur public

Juliette Fleurant

## ► To cite this version:

Juliette Fleurant. La satisfaction au travail des psychiatres normands exerçant dans le secteur public. Médecine humaine et pathologie. 2023. <dumas-04111814>

**HAL Id: dumas-04111814**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04111814v1>**

Submitted on 31 May 2023

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.



HAL Authorization

**UFR DE SANTÉ DE ROUEN NORMANDIE**

**Année 2023**

**THESE POUR LE  
DOCTORAT EN MEDECINE**

**(Diplôme d'État)**

**Par FLEURANT Juliette**

**Née le 06/05/1994 à L'Isle d'Espagnac**

**PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20/04/2023**

**La satisfaction au travail des psychiatres normands exerçant  
dans le secteur public**

**PRÉSIDENT DE JURY : Professeur Olivier GUILLIN**

**DIRECTEUR DE THÈSE : Professeur Olivier GUILLIN**

**MEMBRES DU JURY : Professeur Gisèle APTER et Professeur Luc THIBERVILLE**

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbations.

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 - 2023**

**U.F.R. SANTÉ DE ROUEN**

-----

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESSEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**

**Professeur Agnès LIARD**

**Professeur Guillaume SAVOYE**

**I - MEDECINE**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle <b>APTER</b>	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc <b>BASTE</b>	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal <b>BENHAMOU</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel <b>BESNIER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Sophie <b>CANDON</b>	HCN	Immunologie
Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian <b>CLATOT</b>	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

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

Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HCN	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b> ( <i>disponibilité</i> )	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit <b>MISSET</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophthalmologie
Mr Gaël <b>NICOLAS</b>	UFR	Génétique
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace <b>ROMAN</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian <b>SCHWARZ</b>	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Sébastien	CB	Radiothérapie
M. Gilles <b>TOURNEL</b>	HCN	Médecine Légale

Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HCN	Rhumatologie
Mr David <b>WALLON</b>	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure <b>WELTER</b>	HCN	Physiologie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme Najate <b>ACHAMRAH</b>	HCN	Nutrition
Mme Elodie <b>ALESSANDRI-GRADT</b>	HCN	Virologie
Mr Kévin <b>ALEXANDRE</b>	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mr Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Damien <b>COSTA</b>	HCN	Parasitologie
Mr Pierre <b>DECAZES</b>	CB	Médecine Nucléaire
Mr Maxime <b>FONTANILLES</b>	GHH	Oncologie Médicale
M. Vianney <b>GILARD</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
Mr Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent <b>MARGUET</b>	HCN	Histologie
Mme Chloé <b>MELCHIOR</b>	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Sébastien <b>MIRANDA</b>	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas <b>MOUREZ</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Virologie
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia <b>ROLLIN</b>	HCN	Médecine du Travail

Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
M. Abdellah <b>TEBANI</b>	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie
Mr Julien <b>WILS</b>	HCN	Pharmacologie

### **PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ**

Mme Noémie <b>MARIE</b>	UFR	Communication
Mr Thierry <b>WABLE</b>	UFR	Communication
Mme Mélanie <b>AUVRAY-HAMEL</b>	UFR	Anglais
Mme Cécile <b>POTTIER-LE GUELLEC</b>	UFR	Anglais

## II - PHARMACIE

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

Mr Jérémy <b>BELLIEN</b> (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
Mr Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Abdelhakim <b>EL OMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre <b>GOULLE</b> (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta <b>AL ZALLOUHA</b>	Toxicologie
Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Thomas <b>CASTANHEIRO MATIAS</b>	Chimie Organique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Camille <b>CHARBONNIER (LE CLEZIO)</b> (MCU-PH)	Statistiques
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mme Sandrine <b>DAHYOT</b>	Bactériologie
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mr Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla <b>EL GHARBI-HAMZA</b>	Chimie analytique
Mr Chervin <b>HASSEL</b>	Virologie
Mme Maryline <b>LECOINTRE</b>	Physiologie
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mme Marine <b>MALLETER</b>	Biologie Cellulaire
M. Jérémie <b>MARTINET</b> (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy <b>RAZAKANDRAINIBÉ</b>	Parasitologie
Mme Tiphaine <b>ROGEZ-FLORENT</b>	Chimie analytique
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique

## PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mme Caroline <b>BERTOUX</b>	Pharmacie officinale
M. Damien <b>SALAUZE</b>	Pharmacie industrielle

## PAU-PH

M. Mikaël <b>DAOUPHARS</b>	Pharmacie
----------------------------	-----------

M. Pierre **BOHN** Radiopharmacie

**PROFESSEUR CERTIFIE**

Mme Mathilde **GUERIN** Anglais

**ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES**

M. Eric **BARAT** Pharmacie

M. Guillaume **FEUGRAY** Biochimie Générale

M. Henri **GONDÉ** Pharmacie

M. Paul **BILLOIR** Hématologie

M. Romain **LEGUILLON** Pharmacie

M. Thomas **DUFLOT** Pharmacologie

Mme Alice **MOISAN** Virologie

**ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

Mme Chaïma **EZZINE** Pharmacologie

M. Abdelmounaim **MOUHAJIR** Informatique Bio-informatique

M. Olivier **PERRUCHON** Pharmacognosie

M. Maxime **GRAND** Bactériologie

**LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

Mme Cécile **BARBOT** Chimie Générale et minérale

Mr Thierry **BESSON** Chimie thérapeutique

Mr Abdeslam **CHAGRAOUI** Physiologie

Mme Elisabeth **CHOSSON** Botanique

Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB** Législation et économie de la santé

Mme Isabelle **DUBUS** Biochimie

Mr Abdelhakim **EL OMRI** Pharmacognosie

Mr François **ESTOUR** Chimie organique

Mr Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mr Rémi <b>VARIN</b>	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### III – MEDECINE GENERALE

#### **PROFESSEUR MEDECINE GENERALE**

Mr Matthieu **SCHUERS** (PU-MG)                      UFR    Médecine générale

#### **PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE**

Mr Pascal **BOULET**                                      UFR    Médecine générale  
Mr Emmanuel **HAZARD**                                UFR    Médecine Générale  
Mr Emmanuel **LEFEBVRE**                              UFR    Médecine Générale  
Mme Elisabeth **MAUVIARD**                        UFR    Médecine générale  
Mme Lucille **PELLERIN**                                UFR    Médecine Générale  
Mme Yveline **SEVRIN**                                    UFR    Médecine générale

#### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES**

Mr Julien **BOUDIER**                                    UFR    Médecine Générale  
Mme Laëtitia **BOURDON**                              UFR    Médecine Générale  
Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN**                            UFR    Médecine Générale  
Mme Ségolène **GUILLEMETTE**                      UFR    Médecine Générale  
Mr Frédéric **RENOU**                                    UFR    Médecine Générale

## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### **PROFESSEURS**

Mr Paul <b>MULDER</b> (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su <b>RUAN</b> (med)	Génie Informatique

### **MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Sahil <b>ADRIOUCH</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Jonathan <b>BRETON</b> (med)	Nutrition
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine <b>CLEREN</b> (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain <b>FRAINEAU</b> (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b> (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Rachel <b>LETELLIER</b> (med)	Physiologie
Mr Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b> (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric <b>PASQUET</b>	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie <b>PEZZINO</b>	Orthophonie
Mme Christine <b>RONDANINO</b> (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var <b>TAN</b>	Immunologie
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b> (med)	Biochimie (UMR 1079)

### **DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation*

*SJ - Saint Julien Rouen*

## REMERCIEMENTS

A Monsieur le Pr Olivier GUILLIN pour sa disponibilité à toute épreuve, sa sympathie et son oreille attentive.

A Madame la Pr Gisèle Apter pour me faire l'honneur de juger ce travail.

A Monsieur le Pr Luc THIBERVILLE pour me faire l'honneur de juger ce travail.

A Julien GUEHL pour l'aide précieuse statiquement significative.

A toutes les personnes qui ont accepté de participer aux entretiens et qui m'ont apporté des témoignages riches et sincères.

A toutes les personnes ayant répondu à mon questionnaire.

Aux deux étudiants en sociologie (FLP), Nico et Mael, qui m'ont aidé à construire ma trame d'entretien.

Aux deux vieux psy angoumoisins (Eric et Serge) qui m'ont aidé à réaliser mon questionnaire avec pertinence et patience.

A mes parents qui ont été d'un soutien incroyable comme d'habitude, on n'aurait pas pu choisir mieux. Et à Max, le meilleur des bro, libre comme l'air.

A Claire et Clarence qui ont été des collègues (et cheffes) hors paires, avec qui travailler est un vrai plaisir. (Et pour le temps qu'elle m'ont accordé).

A Giulia, ma coloc de l'espace, avec qui la vie au quotidien n'est que bonheur et folie.

Aux brocolols Titi, Malou et Giulia, des amies incroyables sans qui la vie serait moins chouette et drôle.

A tous mes amis rouennais et d'ailleurs, Aurélie, Keven, Cyrielle, Romane, Tiphaine, Manon, Léa, Anto, Avve, Marine, Manon, Marie, Charline, Adèle, Nico, et tout ceux que je n'ai pas cités mais qui sont dans mon cœur.

A mes ami.es grimpeur.ses, sans vous je serais devenue un légume pendant 6 mois, de belles rencontres (Juliette et Caro <3) et une nouvelle addiction.

A l'équipe de Fanon qui gère, la meilleure équipe du Rouvray (dont de nouvelles vedettes en grimpe, j'annonce, Marie et Matthieu) (et une vedette nationale en pinte, je nomme, Anne).

A l'équipe de Forges les Eaux, avec sa secrétaire la plus sympathique que je connaisse (Aurélie), et son équipe soignante au top.

A Syd et Nini pour leur douceur, leurs poils et leurs petits cadeaux quotidiens.

# SOMMAIRE

<b>RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE.....</b>	15
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS.....</b>	16
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE.....</b>	17
<b>PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE.....</b>	20
<b>I. La satisfaction au travail : une histoire, des concepts, des approches.....</b>	20
1.1) Historique de la satisfaction au travail.....	20
1.2) Définition de la satisfaction au travail.....	21
1.3) Les différentes approches de la satisfaction au travail.....	21
<b>II. Les mesures existantes de la satisfaction au travail.....</b>	22
2.1) Les mesures globales existantes.....	22
2.2) Les mesures en facettes de la satisfaction au travail.....	23
2.3) Les différentes facettes des questionnaires retrouvées dans la littérature.....	24
<b>III. Score global et facteurs associés à la satisfaction au travail chez les psychiatres.....</b>	28
3.1) Score global de satisfaction au travail chez les psychiatres.....	28
3.2) Facteurs associés à la satisfaction ou à l'insatisfaction au travail chez les psychiatres.	30
<b>DEUXIÈME PARTIE : CONTRIBUTION EMPIRIQUE.....</b>	38
<b>I. MÉTHODE.....</b>	38
1.1) Première phase : les entretiens exploratoires.....	38
1.2) Deuxième phase : le questionnaire quantitatif.....	38

<b>II. RÉSULTATS.....</b>	<b>41</b>
2.1) Résultats des entretiens exploratoires.....	41
a) Caractéristiques sociodémographiques.....	41
b) Score global de satisfaction au travail.....	42
c) Domaines de satisfaction et d'insatisfaction au travail.....	42
2.2) Résultats du questionnaire quantitatifs.....	56
a) Caractéristiques sociodémographiques.....	56
b) Score global de satisfaction au travail.....	61
c) Caractéristiques sociodémographiques des groupes satisfait, neutre et insatisfait.....	62
d) Comparaison entre le groupe satisfait et insatisfait en fonction des différentes variables descriptives.....	67
e) Réponses aux questions ouvertes.....	92
<b>III. DISCUSSION.....</b>	<b>94</b>
3.1) Score global de satisfaction au travail.....	94
3.2) Les facteurs sociodémographiques.....	94
3.3) .Les domaines associées à la satisfaction au travail.....	95
<b>IV. LIMITES DE L'ÉTUDE.....</b>	<b>103</b>
4.1) Les limites de la phase exploratoire.....	103
4.2) Les limites de la phase du questionnaire.....	103
<b>V. CONCLUSION.....</b>	<b>106</b>
<b>VII. ANNEXES.....</b>	<b>106</b>
7.1) Annexe 1 : Trame de l'entretien exploratoire.....	106
7.2) Annexe 2 : Questionnaire de satisfaction au travail.....	107
<b>VI. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>111</b>

## RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE

CONTEXTE : Notre système de santé mentale public français rencontre actuellement un manque de psychiatres important, des structures d'accueil restreintes, une hausse de la demande de soins, et un sous financement du secteur public, ce qui peut impacter la qualité des soins et la satisfaction au travail des psychiatres.

OBJECTIF : Notre recherche avait comme objectif de décrire le niveau de satisfaction global au travail des psychiatres du secteur public en Haute Normandie ainsi que d'identifier les potentiels facteurs de satisfaction et d'insatisfaction au travail.

MÉTHODE : Notre recherche débutait par une première phase exploratoire lors de laquelle nous avons mené des entretiens semi-directifs auprès de 15 psychiatres. A partir des résultats de la phase exploratoire nous avons constitué un questionnaire que nous avons diffusé via Google Forme à 288 psychiatres entre le 10 février 2023 et le 10 mars 2023.

RÉSULTATS : 80 psychiatres ont répondu au questionnaire (taux de réponse de 27,8%). La satisfaction au travail était plutôt élevée avec **84,3% des psychiatres satisfaits au travail, et avec un score global moyen de satisfaction au travail de 7 sur 10**. Le manque de temps passé avec les patients en hospitalisation complète et en consultation ambulatoire; la manière dont les supérieurs (président(e) de CME et chef(fe) de pôle) et dont le ou la directeur(trice) managent les psychiatres; le manque de reconnaissance de la part des proches des patients; un mauvais équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle semblent être des prédicteurs négatifs de satisfaction au travail. Il semble également exister une association entre santé au travail et insatisfaction

CONCLUSION : Cette étude préliminaire ne permet pas de conclure définitivement sur les liens entre satisfaction au travail et certaines variables mais permet de mettre en exergue un certain nombre de points d'amélioration potentiels.

MOTS CLEFS : "Satisfaction au travail" ("Job satisfaction"), satisfaction professionnelle ("work satisfaction"), "Psychiatres" ("Psychiatrists"), "Santé mentale" ("mental health"), "médecins" ("scientists", "doctor"),

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé  
ASE : Aide Sociale à l'Enfance  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CME : Commission Médicale d'Établissement  
CMP : Centre médicaux psychologique  
CRH : Compte-Rendus Hospitalier  
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie  
CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique  
DSM : Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux  
DU : Diplôme universitaire  
ECG : ÉlectroCardioGramme  
ECT : ElectroConvulsivoThérapie  
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes  
ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail  
ESVP : Échelle de Satisfaction de la Vie Professionnelle  
ET : Écart-Type  
FFI : Faisant Fonction d'Interne  
HDJ : Hôpital De Jour  
IME : Institut Médico-Educatif  
IPSE : The Inductive Process to analyse the Structure of live Experience  
ISAC : Inventaire de Satisfaction Appliqué aux Cadres  
IST : Inventaire de Satisfaction au Travail  
ITEP : Institut thérapeutique Éducatif et Thérapeutique  
JDI : Job Descriptive Index  
JDS : Job Diagnostic Survey  
JIG : Job in Général Scale  
JSS : Job Satisfaction Survey  
JSSI : Job Satisfaction Single Item  
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée  
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
MSQ : Minnesota Satisfaction Questionnaire  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
PAE : Procédure d'Autorisation d'Exercice  
QST : Questionnaire de Satisfaction au Travail  
RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé  
rTMS : Stimulation Magnétique Trans-crânienne  
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente  
SDRE : Soins sur Décision d'un Représentant de l'État  
TCC : Thérapie Cognitivo-comportementale

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

Dans son dernier rapport, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence après les cancers et les maladies cardio-vasculaires. Elle déclare qu'1 milliard de personnes dans le monde vivent avec un trouble mental, pourtant seul 2% du budget de la santé est alloué à la santé mentale. Selon elle, 12 milliards de journées de travail seraient perdues dans le monde chaque année à cause de la dépression et de l'anxiété. Le coût économique total de la santé mentale devrait atteindre 6 000 milliards de dollars américains d'ici 2030 (OMS, 2022). Selon les dernières estimations de l'"Institute for Metrics and Evaluation", les troubles mentaux affecteraient plus d'une personne sur six dans l'Union européenne (17,3 %), soit environ 84 millions de personnes. En France, les problèmes de santé mentale concernent 12 millions de Français chaque année soit 18,5 % de la population (IHME, 2018). Les troubles mentaux représentent le premier poste de dépenses du régime général de l'assurance maladie par pathologie, soit 14,5% des dépenses totale de la caisse nationale d'assurance maladie, ce qui correspond à 19,3 milliards d'euros par an (Cnam, 2018). Globalement, en France (Gandré et al, 2015) comme à l'international (Hazo et al, 2017), la recherche sur la santé mentale demeure malheureusement sous investie et sous financée. Depuis 1960, le nombre de lits a été fortement réduit, cependant que les soins ambulatoires se sont développés et diversifiés ; parallèlement, la part des établissements privés lucratifs a augmenté (Lopez et al, 2017). Le soutien social est en net recul entre 2019 et 2021 et pourtant la part des personnes déclarant un faible niveau de soutien social progresse. Une augmentation plus fortement marquée est observée chez les enquêtés âgés de 16 à 24 ans pour lesquels cette proportion est passée de 6 % à 14 % entre 2019 et 2021 (Hazo et al, 2021). La demande de services psychiatres augmente dans le monde en raison de la croissance démographique, des possibilités thérapeutiques plus importantes, de médicaments plus efficaces et d'une plus grande acceptabilité sociale de la maladie mentale (DeMello et Deshpande, 2011; Goldman, 2001)

L'offre de psychiatrie n'a pas suivi la demande en raison du sous-financement du secteur social (Dörner, 2005) et des services psychiatriques par le gouvernement, ainsi qu'une diminution globale du personnel: il y a une réduction d'heures travaillées du fait de psychiatres vieillissants, le recrutement est en baisse (Calliess et al, 2009) et nous observons une réticence générale des nouveaux étudiants en médecine à choisir la psychiatrie comme spécialisation (Goldman et al, 2001; Gallegos, 2010) En suisse, la proportion des étudiants spécialisés en psychiatrie est passé de 12,4% en 1998 à 4,2% en 2004 (Siegrist et al, 2006). Au Royaume Unis un poste sur sept est resté vacant ou a été pourvu par des suppléants (Cooper, 2010). En Allemagne, la proportion de médecins de moins de 35 ans est passée de 26,6% en 1993 à 18% en 2013 (Bundesärztekammer, 2014).

Comparativement aux autres groupes professionnels, les médecins ont une prévalence plus élevée de maladies psychologiques (Gothe et al, 2007), en particulier de dépression (Wall et al, 1997). Les travailleurs de la santé qui sont soumis à un stress professionnel chronique courent un risque élevé de développer une dépression, médiée par l'épuisement professionnel (Wallace et al, 2009; Amagasa et al, 2005; Kawakami et Tsutsumi, 2010; Truchot et Laurent, 2013; Iacovides et al, 2003; Glass et McKnight, 1996). On observe une détérioration de l'état de santé des praticiens (korkeila et

al, 2003). Les femmes médecins semblent plus susceptibles d'un épuisement professionnel que les hommes médecins (Freeborn, 2001; Shanafelt et al, 2012; West et al, 2011), et il semble y avoir un risque accru de l'épuisement professionnel chez les jeunes médecins (Dyrbye et al, 2010; Kuerer et al, 2007; Shanafelt et al, 2009). L'épuisement professionnel a des répercussions sur leurs performances professionnelles (Menon et al, 2020; Chen et al, 2013; Shanafelt et al, 2010). Elle est associée à des soins sous-optimaux et à davantage d'erreurs médicales (Wallace et al, 2009; De Oliveira et al, 2013; Adler et al, 2006; Shanafelt et al, 2002; Fahrenkopf et al, 2008), à une diminution de la sécurité des patients (Hostetler et al, 2012) et à de moins bons résultats (Priebe et al, 2005). Elle est impactée par l'environnement au travail (Kumar et al, 2007; Thommasen et al., 2001), notamment la perte de soutien de la part du personnel et des collègues (Dyrbye et al, 2011; Melchior et al, 1997). L'épuisement professionnel est associée à des charges de travail élevés, un manque de contrôle sur le travail, un mauvais équilibre travail-vie personnelle (West et al, 2018; Shanafelt et al, 2012; Campbell et al, 2001; Bertges Yost et al, 2005; Dyrbye et al, 2010, 2011). Elle affecte négativement le maintien du personnel qualifié (Kumar et al, 2007; Thommasen et al., 2001) et l'implication dans l'organisation (Melchior et al, 1997). Elle peut rendre les soins de santé communautaire difficiles à maintenir (Prosser et al, 1996).

Les médecins en épuisement professionnel sont plus susceptibles d'être insatisfaits de leur travail et d'envisager de le quitter (Aiken et al, 2002; Shanafelt et al, 2014; Pantenburg et al, 2016). La satisfaction professionnelle est positivement associée à l'épuisement professionnel des médecins et au niveau de stress professionnel et inversement (Whalley et al, 2006; Melchior et al, 1997). Soumis à des niveaux de stress professionnel similaires, les médecins ayant des niveaux de satisfaction professionnelle plus élevés étaient protégés contre l'épuisement professionnel (Ramirez et al, 1996). Donc une insatisfaction au travail élevée est associée à une moins bonne santé chez les médecins (Haas, 2001; Thomsen et al, 1999).

Il est donc important de comprendre les raisons d'insatisfaction au travail. Les médecins satisfaits seraient davantage efficaces au travail (Bovier et al, 2003; Leigh et al, 2002; Scanlan et Still, 2013; Haas, 2001), avec une meilleure performance professionnelle (Judge et al, 2001), fourniraient de meilleurs soins de santé (DeVoe et al, 2002) et aurait un impact positif sur la qualité des soins et l'efficacité des services de santé (wallace et al, 2009; DeMello et al, 2011; Lepnurm et al, 2006). La satisfaction au travail des médecins affecte directement la sécurité des patients (wallace et al, 2009) par une réduction des erreurs médicales (Amini et Mortazavi, 2013) et les patients seraient plus satisfaits (Haas, 2001). Le travail d'équipe, le soutien social et des rôles clairs auraient un effet positif sur la satisfaction au travail (Spear et al, 2004). La satisfaction au travail est positivement associée à la participation à des activités sociales et de loisirs (Contandriopoulos, 1999; Bovier et Perneger, 2003; Konrad et al, 1999; Linn et al, 1985, 1986; Moos et Schaefer, 1987; Shugarman, 2001), et la juste répartition des récompenses (Blegen, 1993; Perry, 1992; Rhodes et Eisenberger, 2002; Witt et Nye, 1992). Elle entraîne une hausse du recrutement et de la fidélisation du personnel qualifié (Gigantesco et al, 2003), diminue le turnover (Tett & Meyer, 1993) et l'absentéisme (Yates & Jones, 1998) et engendre un départ à la retraite plus tardif (Hasse, 2001). Elle est également positivement associée à la capacité à faire face au stress au travail (Burke, 1996; Landon et al, 2003; Robinson, 2003; Simoens et al, 2002; Williams et al, 2002; Garginkel et al, 2005).

L'insatisfaction, quant à elle, entraîne une augmentation des taux d'erreurs médicales (Fahrenkopf et al, 2008), une syndicalisation (Burke, 1996), des grèves (Kraviz et al, 1989) et un exode médical (Landon et al, 2006). En effet, une faible satisfaction au travail peut entraîner une baisse du nombre de diplômés en médecine (Pugno et al, 2006), une augmentation de l'absentéisme et un roulement élevé du personnel (Gigantesco et al, 2003; Scanlan et Still, 2013; Haas, 2001). L'insatisfaction est associée à la crainte de commettre une faute professionnelle et la nécessité de tenir compte des frais à la charge des patients dans leurs décisions de traitement (DeMello et Deshpande, 2011). Elle est associée à la charge de travail (Bovier et Pengerger, 2003; Shugarman et al, 2001; Wetterneck et al, 2002), à l'organisation du travail et le management (Bovier et al, 2003; Konrad et al, 1999; Strum, 2002). L'importance relative de ces facteurs varie selon les spécialités (Leigh et al, 2002; Shugarman et al, 2001; Pathman et al, 2002; Buchbinder et al, 2001) et l'insatisfaction des médecins d'une spécialisation particulière peut entraîner une baisse du nombre de diplômés en médecine dans cette spécialité (Pugno et al, 2006; Lambert et al, 2003)

### **Mais qu'en est -il de la satisfaction au travail des psychiatres ?**

Il n'existe pas de données systématiques récentes sur la satisfaction au travail des psychiatres français. Notre recherche avait comme objectif de décrire le niveau de satisfaction global au travail des psychiatres du secteur public en Haute Normandie ainsi que d'identifier les potentiels facteurs de satisfaction et d'insatisfaction au travail. Elle se composait d'une première phase exploratoire qui consistait en des entretiens qualitatifs auprès d'un petit nombre de psychiatres, et d'une deuxième phase qui consistait à la réalisation et l'envoi d'un questionnaire quantitatif de satisfaction au travail à la totalité des psychiatres exerçant dans le secteur public de Haute Normandie.

# **PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE**

## **I. La satisfaction au travail : une histoire, des concepts, des approches**

### **1.1) Historique de la satisfaction au travail**

Au début du 20<sup>e</sup> siècle, les chercheurs s'intéressent peu aux états psychiques au travail (Latham et Budworth, 2007). Leurs travaux portent plutôt sur la sélection du personnel et les problématiques d'efficacité (Shimmin et Van Strien, 1998). Cette période est marquée par l'organisation scientifique du travail proposée par Taylor en 1911, qui pensait que pour motiver le salarié et augmenter sa productivité, il suffisait d'augmenter son salaire, et qu'en standardisant les tâches, celles-ci deviendraient une routine pour les individus. L'individu était considéré comme un élément de la chaîne de production et était interchangeable avec un autre, donc on ne lui prêtait pas de subjectivité, et cela a pu freiner le développements des travaux s'intéressant à la satisfaction au travail ou au bien-être des individus au travail (Barling et Griffiths, 2012).

Entre 1925 et 1950 des chercheurs ont commencé à s'intéresser à la subjectivité des individus et à étudier les liens qui pouvaient exister entre la motivation au travail, la satisfaction au travail et l'efficacité ou la productivité des individus (Mayo, 1933). L'enquête et l'étude systématique des attitudes deviennent une méthode privilégiée pour recueillir des données sur les attitudes que les individus entretiennent à l'égard de leur travail (Latham, 2007). Elles évaluaient le ressenti à l'égard du travail et les volontés de changement de poste (Mc Nichols et al, 1978). L'intérêt pour la satisfaction au travail s'est développé sous l'impulsion de la psychologie positive qui repose sur l'idée que la psychologie, en étudiant les dimensions positives, pourra davantage s'intéresser à la promotion et à la prévention précoces de la santé plutôt qu'à la simple réparation. Le recours à des concepts « négatifs », tel que le stress, n'est donc plus suffisant car l'absence de dimension négative ne signifie pas la présence de dimension positive (Seligman et al, 2002). Un environnement de travail sain n'est pas seulement une absence de condition nocive, mais, au contraire, une abondance de facteurs favorables à la santé (Leika et al, 2004).

Depuis, les études concernant la satisfaction au travail se sont rapidement développées. Notamment, car ce concept apparaissait alors être intimement lié, d'une part, à la prévention des conflits et des grèves et, d'autre part, à la productivité et aux performances individuelles (Leandy et al, 2013). Les premières méta-analyses arrivent néanmoins à des conclusions opposées. Ainsi, lorsque certains auteurs affirment qu'il n'existe que peu de preuves empiriques d'un lien entre la satisfaction au travail et la performance des individus (Brayfield, 1955), d'autres sont plus optimistes (Hezberg, 1957) et recommandent que d'autres études soient conduites en précisant les liens théoriques existant entre les deux concepts (Schawb, 1970 ; Locke, 1970). En comblant certains problèmes méthodologiques identifiés dans les études précédentes, une méta-analyse met en évidence un lien positif entre la satisfaction au travail et la performance (Judge, 2001).

Dès lors, un nombre croissant d'études ont fait l'objet de recherches sur les facteurs influençant la satisfaction au travail dans de nombreux pays.

## **1.2) Définitions de la satisfaction au travail**

La satisfaction au travail est un concept large aux définitions multiples, parfois contradictoires (Paillé et al, 2008). Elle peut être définie comme la conséquence d'une évaluation du travail des individus. Cela peut être le travail en lui-même mais aussi les expériences qui lui sont associées. L'évaluation se traduira ainsi par un sentiment positif ou négatif de l'individu à l'égard de son travail (Locke, 1976). La satisfaction au travail a alors une double composante à la fois cognitive (l'évaluation) et affective (le sentiment ressenti à l'égard du travail) (Judge et al, 2001) On peut ainsi la définir comme « un ensemble de réactions cognitives et affectives à la situation de travail » (Dalal, 2013) qui exprime le fait d'être satisfait de son travail à travers un sentiment positif, ainsi que ses sentiments et ses croyances à l'égard de celui-ci (Judge et al, 2012).

Elle peut aussi se caractériser par la résultante de la congruence entre les attentes, c'est à dire les représentations qu'à l'individu de ce que doit ou devrait être son travail, et le travail vécu, c'est-à-dire les représentations qu'a l'individu de ce qu'est son travail (Edwards, 1991 ; Ripon, 1983 ; Scarpello & Campbell, 1983). Ainsi, plus la distance entre ces deux dimensions est faible, plus il y a congruence, et plus la satisfaction est importante. A l'inverse, plus l'écart entre ces deux dimensions est grand, plus il y a incongruence, et plus l'insatisfaction augmente. (Castel et al, 2011)

## **1.3) Les différentes approches de la satisfaction au travail**

Il existe différentes approches de la mesure de la satisfaction au travail : la satisfaction globale vis-à-vis du travail, l'approche en différentes facettes de cette même satisfaction, les mesures composites et mixtes (Spector, 2006 ; Judge, 2012). La mesure globale de la satisfaction correspond à la satisfaction vis-a-vis du travail dans sa globalité sans référence à des aspects particuliers. Cette mesure est intéressante lorsque le chercheur souhaite mesurer les conséquences globales et larges de la satisfaction. En revanche, lorsqu'il s'intéresse à des caractéristiques plus spécifiques du travail, il utilisera l'approche en facettes, qui mesure la satisfaction sur différents aspects qui composent le travail. Pour les mesures composites, on considère que la satisfaction globale est la somme de la satisfaction des différents déterminants. Et pour les mesures mixtes, on associe mesures à facettes et mesure globale (Castel et al, 2011 ; Wiley et Sons, 2006 ; Warr et al, 1979). Il est à noter que les échelles globales ne sont pas équivalentes à la somme des différentes facettes des mesures composites (Ironson and al, 1989).

Dans l'approche de la mesure de la satisfaction globale du travail, on utilise généralement les mesures en un item. Elles permettent un gain de temps et de répéter les mesures plus fréquemment (Sporrle et Bekk, 2014). Elles sont également mieux acceptées car elles évitent la redondance perçue par les participants lorsque l'échelle est trop longue (Wanous et al, 1997), tout en présentant des qualités psychométriques satisfaisantes (Nagy, 2002). Lorsqu'une dimension psychologique est précise et unidimensionnelle, qu'elle ne présente pas d'ambiguïté pour les participants, les mesures en un item sont une bonne alternative (Poon et al, 2002 ; Sackett et Larson, 1990). Elles sont largement utilisées dans les études à larges échelles, comme les études internationales ou européennes sur les valeurs.

Mais si l'on souhaite répondre à la question "sur quoi agir prioritairement pour changer le travail, afin qu'il corresponde mieux aux attentes des travailleurs ?", alors les mesures globales se révèlent insuffisantes par leur manque d'exhaustivité, ne permettant pas de savoir à quoi attribuer le niveau global observé ni sur quels leviers agir. Dans ce cas, il est intéressant d'utiliser les mesure en facettes pour questionner l'ensemble des aspects du travail des individus et réduire ainsi les risques d'obtenir une vue partielle ou partielle. (Castel et al, 2011)

## **II. Les mesures existantes de la satisfaction au travail**

Nous vous décrivons ci-dessous les mesures validées les plus utilisées et citées dans la littérature.

### **2.1) Les mesures globales existantes**

Nous retrouvons dans la littérature 3 échelles validées en un ou plusieurs items questionnant la satisfaction globale au travail.

- **La "Job in General Scale" (JGS ou JIG)** (Ironson and al, 1989) : Il s'agit d'une échelle globale construit initialement pour accompagner les échelles à facettes du Job Descriptive Index. La question posée était "Tout bien considéré, que pensez-vous de votre travail la plupart du temps ?" Les réponses étaient données sur une échelle de likert en 6 points. La validité convergente et discriminante et la réponse différentielle aux traitements ont été démontrées.

- **L'échelle de satisfaction de vie professionnelle (ESVP)** (Fouquereau et Rioux, 2002) : Les 5 items qui la composent sont : "Globalement, ma vie professionnelle correspond à tous mes idéaux." "Mes conditions de vie professionnelle ont toujours été excellentes." "Je suis satisfait(e) de ma vie professionnelle." "Jusqu'à présent, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais dans ma vie professionnelle." "Si je pouvais recommencer ma vie professionnelle, je n'y changerais presque rien." Les réponses étaient données sur une échelle de likert en 6 points. Elle possède une bonne consistance interne et validité convergente (Gillet et al, 2013; Tavani et al, 2014; Lourel et al, 2008).

- **Le "Job Satisfaction Single Item" ou JSSI** (Tavani et al, 2014) : C'est une mesure en un item où les individus indiquent à quel point ils sont satisfaits de leur travail en se positionnant par rapport à l'affirmation suivante : « globalement, je suis satisfait de mon travail ». La réponse était donnée sur une échelle de Likert en 7 points, allant de 1 (« pas du tout d'accord ») à 7 (« tout à fait d'accord »). Cet item a fait l'objet d'un examen des qualités psychométriques en français (Tavani et al, 2014).

D'autres études utilisant des mesures mixtes de satisfaction au travail chez les psychiatres possédaient un item de satisfaction global tels que "Etes-vous satisfait de votre carrière médicale, compte tenu de vos différents rôles et responsabilités ?" (Lepnurm et al, 2006), "Quel est le niveau de satisfaction que vous avez de votre exercice aux urgences psychiatriques ?" (Very, 2015), "Faites-vous le travail que vous aimeriez faire à ce stade de carrière ?" (Rotstein et al, 2017), "Quel est votre niveau d'appréciation de votre travail de psychiatre sur une note de 0 à 10 ?" (Koerselman et al, 2011) ou tout simplement "quel est votre niveau de satisfaction au travail ?" sur une échelle de likert (DeMello et al, 2008).

## **2.2) Les mesures en facettes de la satisfaction au travail**

Nous retrouvons dans la littérature 7 échelles en facettes validées questionnant la satisfaction globale au travail non spécifiques à une profession. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de questionnaires validés spécifiques à la psychiatrie.

### **Non spécifiques à une profession**

- **L'Inventaire de Satisfaction au Travail (IST)** (Larouche, 1975) : C'est l'un des premiers à avoir été validé. Il permet de mesurer 20 facettes de la satisfaction au travail, plus un facteur de satisfaction globale (96 items en tout). Sa validation, bien que très rigoureuse, est un peu datée. Elle a eu lieu au début des années 1970 et la population utilisée était des infirmières et des contremaîtres. Sa capacité à apporter des résultats sur d'autres populations et/ou à une époque plus récente devrait être étudiée (Castel et al, 2011).

- **Le "Job Diagnostic Survey" (JDS)** (Hackman & Oldham, 1975) : Il se compose de 23 facettes mais a été très peu utilisé et n'a pas été validé en français.

- **L'Inventaire de Satisfaction Appliqué aux Cadres (ISAC)** (Frances, 1982) : L'ISAC quant à lui, se compose, de 149 items permettant d'évaluer 13 facettes de la satisfaction au travail. En plus d'être spécifique à une population précise, il a été validé il y a près de 40 ans.

- **Le "Job Satisfaction Survey" (JSS)** (Spector, 1985) : C'est un instrument multidimensionnel qui a été développé à l'origine par le secteur des services sociaux, le format de réponse est une échelle de likert en 6 points allant de "pas du tout d'accord" à "tout à fait d'accord". Il comprend 9 sous-échelles.

- **Le "Job Descriptive Index" (JDI)** (Smith et al, 1985) : C'est une mesure de la satisfaction au travail avec cinq sous-échelles contenant 72 éléments qui a été populaire par le passé. Sa traduction en langue française a été réalisées par Morgenet en 1988 mais la mesure n'a pas été validée en français. Il est associé au JIG.

- **Le questionnaire de Satisfaction au Travail (QST)** (Morgenet, 1988) : Il a été construit après l'échec de la validation en français du Job Descriptive Index (JDI). Ainsi, Morgenet cherche alors à développer une mesure de satisfaction au travail adaptée à une population française d'employés et d'ouvriers. Elle se compose de 50 items et permet d'évaluer 5 aspects de la satisfaction au travail.

- **le Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ)** (Weiss et al, 1967) : C'est une des échelles les plus utilisées. Elle se compose de 20 items et a été traduite en français et validée par Roussel en 1966. Les participants rapportent à quel point chacun des 20 aspects présents est satisfaisant pour eux. Ils se prononcent en donnant leur réponse sur une échelle de Likert en 5 points (Très insatisfait ; Insatisfait ; Ni satisfait, ni insatisfait ; Satisfait ; Très satisfait). Le MSQ présente une consistance interne satisfaisante (Roussel, 1996 ; Barbillon et al, 2006 ; Chiron et al, 2010).

## Spécifiques à la psychiatrie

Il n'existe pas de questionnaires validés pour la profession médicale ou pour la spécialité de psychiatrie. Plusieurs auteurs ont réalisé des questionnaires sur la base de la littérature, telles que P.E. Garfinkel (2002), Bovier et al (2003), Lepnurm et al (2006), (DeMello et al, 2008), (Wolfberg et al, 2011) . Un seul questionnaire français a été réalisé par Very et al en 2015 mais ne concernait que les psychiatres aux urgences. Une revue systématique publiée en 2003 a déterminé 11 domaines considérés comme représentant le contenu de la satisfaction au travail (Saane et al, 2003), Nous nous en aideront pour classer les différentes facettes retrouvées.

### 2.3) Les différentes facettes des questionnaires retrouvées dans la littérature

Nous allons détailler les différentes facettes des questionnaires non spécifiques à la psychiatrie, puis spécifiques à la psychiatrie.

- **Le contenu du travail**

La facette contenu du travail (Spector, 1985 ; Smith et al, 1985 ; Morgenet, 1988) contient la variété du travail, la possibilité de faire des choses différentes de temps en temps (Weiss et al, 1967 ; Larouche, 1975 ; Saane et al, 2003), la complexité d'un travail ou le défi dans un travail et l'utilisation de ses habiletés et capacités (Weiss et al, 1967 ; Larouche, 1975). Dans les questionnaires spécifiques à la psychiatrie, nous retrouvons la **pratique clinique** (Very, 2015), la relation avec les patients (Bovier et al, 2003 ; Lepnurm et al, 2006), la diversité des patients (Lepnurm et al, 2006), les patients difficiles à comprendre (DeMello et al, 2008) et la satisfaction de la psychothérapie (P.E. Garfinkel, 2002). Nous retrouvons également la satisfaction du travail **universitaire** et de l'enseignement ainsi que de la recherche (P.E. Garfinkel, 2002)

- **L'autonomie**

La facette autonomie (Larouche, 1975) contient le degré de **responsabilité** individuelle du travail (Larouche, 1975 ; Saane et al, 2003), **l'indépendance** de pensée et d'action (Frances, 1982), les possibilités d'essayer ses propres méthodes pour réaliser le travail, (Weiss et al, 1967) de prendre des décisions de sa propre initiative (Weiss et al, 1967), **l'autorité** attachée à la position de médecin (Larouche, 1975 ; Frances, 1982), les possibilités de dire aux gens ce qu'il faut faire (Weiss et al, 1967), le contrôle sur les décisions professionnelles (Saane et al, 2003) ainsi que les possibilités de travailler seul dans son emploi, (Weiss et al, 1967). Dans les questionnaires spécifiques à la psychiatrie, nous retrouvons également l'autonomie dans le traitement et l'orientation de ses patients vers un spécialiste (Bovier et al, 2003), la possibilité de contrôler son calendrier, la gestion de la pratique et l'autorité clinique (Lepnurm et al, 2006).

- **Les conditions de travail**

La facette conditions de travail (Weiss et al, 1967 ; Larouche, 1975 ; Spector, 1985) contient la **charge de travail** telle que la pression du **temps** subjectivement perçu (Saane et al, 2003), l'affection suffisante du personnel (Larouche, 1975), la sécurité d'emploi (Weiss et al, 1967 ; Larouche, 1975 ; Frances, 1982 ; Saane et al, 2003), les procédures de fonctionnement (Spector, 1985), les exigences du travail comme faire du travail ou des procédures supplémentaires, ou du travail avec une complexité structurelle (Saane et al, 2003). Dans les questionnaires spécifiques à la psychiatrie, nous retrouvons également la charge de travail (Bovier et al, 2003; Lepnurm et al, 2006), les conditions de travail (Wolfberg et al, 2011) tels que avoir du temps suffisant pour les patients (DeMello et al, 2008 ; Wolfberg et al, 2011), la capacité à répondre aux besoins des patients (Lepnurm et al, 2006), à fournir des soins de qualité (Bovier et al, 2003 ; DeMello et al, 2008), et pouvoir assurer l'accès aux patients aux différents services psychiatriques (Lepnurm et al, 2006), le nombre de médecins dans la structure (DeMello et al, 2008), la menace de faute professionnelle (DeMello et al, 2008), le fardeau administratif (Bovier et al, 2003) et l'exposition à l'agressivité ou la violence de la part des patients au travail (Wolfberg et al, 2011 ; Very, 2015).

- **L'organisation du travail**

Des facteurs organisationnels sont mentionnés (Lepnurm et al, 2006) tels que la coordination et la collaboration entre prestataires de services (Lepnurm et al, 2006). Dans les questionnaires spécifiques à la psychiatrie, nous retrouvons la coordination d'aval, la possibilité de trouver des places d'aval en hospitalisation, l'organisation interne du service, l'organisation des soins aux urgences, et la coordination d'amont (CMP, psychiatres libéraux, cliniques) (Very, 2015).

- **La participation à la vie institutionnelle**

La facette de la participation à la Politique de l'institution et à ses innovations (Larouche, 1975) contient l'établissement des buts et des objectifs de l'institution ainsi que de ses méthodes et procédures (Frances, 1982), et de la manière dont les règles et les procédures internes de l'entreprise sont mises en application, (Weiss et al, 1967) Dans les questionnaires spécifiques à la psychiatrie, nous retrouvons la participation à la communauté (P.E. Garfinkel, 2002) ainsi que la capacité à accéder aux ressources et à organiser les programmes de traitements (Lepnurm et al, 2006).

- **Les relations professionnelles**

La facette des relations professionnelles avec les collègues (Spector, 1985 ; Smith et al, 1985 ; Morgenet, 1988 ; Saane et al, 2003) contient la manière dont les collègues s'entendent entre eux, (Weiss et al, 1967), l'occasion de développer des relations, (Frances, 1982) le **soutien** qu'ils pouvaient leur apporter (Weiss et al, 1967 ; Larouche, 1975 ; Frances, 1982), les problèmes sociaux et les conflits interpersonnels (Saane et al, 2003). Dans les questionnaires spécifiques à la psychiatrie, nous retrouvons également les relations professionnelles, la qualité du contact professionnel (P.E. Garfinkel, 2002), avec ses pairs (Bovier et al, 2003 ; Very, 2015) avec le personnel non médical (Bovier et al, 2003) avec les infirmières,(Lepnurm et al, 2006), avec les

administrateurs (Lepnurm et al, 2006), avec des médecins d'autres spécialités (Lepnurm et al, 2006 ; Very, 2015), la disponibilité d'un contact professionnel (P.E. Garfinkel, 2002), le degré d'isolement professionnel (P.E. Garfinkel, 2002).

- **Les relations avec les supérieurs**

La facette des relations avec ses supérieurs (Morgenet, 1988) contient la manière dont leur supérieur les dirige (Weiss et al, 1967) de la compétence de leur supérieur dans les prises de décision (Weiss et al, 1967). Dans les questionnaires spécifiques à la psychiatrie, nous retrouvons un item à propos des relations hiérarchiques (G.F. Koerselman,2011).

- **La communication**

La facette de la communication (Larouche, 1975 ; Spector, 1985) contient le sentiment d'être informé (Frances, 1982 ; Saane et al, 2003) mais n'est pas retrouvée dans les questionnaires spécifiques à la psychiatrie.

- **L'occupation**

Les possibilités de rester occupé tout le temps au cours de la journée de travail et d'éviter l'ennui (Weiss et al, 1967 ; Saane et al, 2003) ne sont pas retrouvés dans les questionnaires spécifiques à la psychiatrie, probablement car la profession ne permet pas de rester inoccupé.

- **La supervision**

La facette de la **supervision** (Larouche, 1975 ; Smith et al, 1985) contient l'**encadrement** (Spector, 1985), le fait d'être conseillé, soutenu et reconnu par son superviseur (Saane et al, 2003) et d'avoir un traitement ou une évaluation équitable (Larouche, 1975 ; Saane et al, 2003). Dans les questionnaires spécifiques à la psychiatrie, nous retrouvons un item portant sur la satisfaction du temps de supervision (Wolfberg et al, 2011).

- **Le développement de la carrière**

Les facettes de **la promotion** (possibilité d'évolution de la carrière) (Weiss et al, 1967 ; Larouche, 1975 ; Spector, 1985 ; Smith et al, 1985 ; Morgenet, 1988 ; Saane et al, 2003) , du **développement personnel** (Frances, 1982 ; Saane et al, 2003) ainsi que de **la formation** (Saane et al, 2003). Dans les questionnaires spécifiques à la psychiatrie, nous retrouvons l'évolution professionnelle (Lepnurm et al, 2006), la capacité de consacrer du temps à des activités professionnelles pour la carrière (P.E. Garfinkel, 2002), la capacité à suivre le rythme avec des avancées dans la spécialité (Lepnurm et al, 2006).

- **Le salaire**

C'est une facette concernant le sentiment à l'égard du salaire et des avantages sociaux par rapport à l'importance du travail réalisé (Weiss et al, 1967 ; Larouche, 1975 ; Frances, 1982 ; Spector, 1985 ; Smith et al, 1985 ; Morgenet, 1988 ; Saane et al, 2003). Dans les questionnaires spécifiques à la psychiatrie, nous retrouvons également la perception de la réussite financière ou le revenu (P.E. Garfinkel, 2002 ; Bovier et al, 2003 ; Lepnurm et al, 2006 ; DeMello et al, 2008).

Bovier et al décrivent dans leur questionnaire spécifique à la psychiatrie, une facette concernant les récompenses personnelles qui correspond à la stimulation intellectuelle, aux opportunités de formation médicale continue et au plaisir du travail (Bovier et al, 2003).

- **La reconnaissance**

La facette reconnaissance (Larouche, 1975 ; Spector, 1985) contient le sentiment de prestige et d'estime dans cette position (Frances, 1982), son importance aux yeux des autres et les compliments reçus pour la réalisation d'un bon travail (Weiss et al, 1967). Dans les questionnaires spécifiques à la psychiatrie, nous retrouvons la reconnaissance du statut social et le respect (Bovier et al, 2003), les sources de reconnaissance au travail ( des patients, des collègues, des directeurs médicaux (Wolfberg et al, 2011), le respect de la part des médecins d'autres spécialités et des professionnelles de la santé non médicaux, la perception de la reconnaissance par les pairs, universitaire et par la communauté, et l'appréciation des patients (P.E. Garfinkel, 2002).

- **L'équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle**

La facette de l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle (P.E. Garfinkel, 2002 ; Wolfberg et al, 2011) contient le fait d'avoir du temps disponible pour la famille, les amis et les loisirs (Bovier et al, 2003 ; Lepnurm et al, 2006), la capacité à ce que l'engagement professionnel n'empiète pas sur vie personnelle. (P.E. Garfinkel, 2002 ; Lepnurm et al, 2006). Cette facette n'est décrite que dans les questionnaires spécifiques à la psychiatrie.

- **Le niveau de stress au travail**

La facette du stress au travail décrit comme engagement émotionnel par Saane et al (2003), est retrouvée plus largement dans les questionnaires spécifiques à la psychiatrie dans les termes de stress au travail (Bovier et al, 2003 ; Lepnurm et al, 2006), de l'état de santé (Wolfberg et al, 2011), du degré de charge émotionnelle (P.E. Garfinkel, 2002) ou encore du stress associé aux situations de crise (Very, 2015).

- **L'accomplissement personnel**

La facette du sentiment de la réalisation de soi et de l'accomplissement qui est retiré du travail (Weiss et al, 1967 ; Frances, 1982 ; Saane et al, 2003) contient de l'attrait au travail (Larouche, 1975) et les possibilités de faire des choses qui ne sont pas contraires à leur conscience, (Weiss et al, 1967). Dans les questionnaires spécifiques à la psychiatrie, nous retrouvons la valeur intrinsèque du travail et son sens (P.E. Garfinkel, 2002).

### **III. Score global et facteurs associés à la satisfaction au travail chez les psychiatres**

#### **3.1) Score global de satisfaction au travail chez les psychiatres**

Les études analysant la satisfaction au travail des psychiatres possédaient pour la plupart un item concernant la satisfaction globale au travail. Les réponses étaient données sur une échelle de likert (de très satisfait à très insatisfait). Les résultats étaient soit sous forme de pourcentages dans lesquels les répondants neutres étaient inclus ou non, soit sous forme de moyenne ou de médiane. Quelques études ont utilisé un score de satisfaction globale composite.

La plupart des études ne discernaient pas le secteur public et le secteur privé, et quelques-unes avaient dans leurs échantillons des internes en psychiatrie. La quasi-totalité des études étaient des enquêtes transversales sur la base du volontariat.

#### **Score globale sous forme de pourcentage**

Aux Etats unis, **81%** des répondants se disaient satisfaits (plutôt satisfait 42% et très satisfait 39%) et 14% d'insatisfaits (10% plutôt insatisfaits et 4% très insatisfaits) (N314) (DeMello et al, 2011) Une autre étude américaine concernant des pédopsychiatres en début de carrière (entre 1 et 4 ans d'exercice) rapportaient que **84%** des pédopsychiatres étaient satisfaits de leur carrière et 16% en étaient insatisfaits (N392, taux de réponses de 49,2%), (Stubbe et Thomas, 2002). Les auteurs Lepnurm et al (2006) ont rapportés que **83,2%** des psychiatres canadiens ayant répondu se sont déclarés être satisfaits et 16,8% insatisfaits (N231, taux de réponse 56,7%). En Australie, **88%** des psychiatres interrogés étaient satisfaits de leur travail, 12% insatisfaits. (N1019, taux de réponses inconnu) 78,5% étaient fières d'être psychiatres, 3,6% pas fières, 18% ont vus leurs attentes être dépassées, 62% étaient satisfaits quant à leurs attentes, et 20% non satisfaits. (Rey et al, 2004). Une autre étude en Australie et en Nouvelle Zélande rapportait que **82,28%** des psychiatres interrogés étaient satisfaits de leur travail (N 1051,taux de réponses de 20,26% dont 25,78% internes et 74,22% psychiatres) (Rotsein & Jenkins, 2017). G.F. Koerselman et al (2011) retrouvait que **83%** de psychiatres néerlandais ayant répondu étaient satisfaits de leur travail (note au-dessus de 6/10) et 6% insatisfaits (5/10 ou moins). Cordoba et al, (2009) ont mené une étude dans 19 pays d'Amérique centrale et du sud (N 1292 réponses, taux de réponses de 52,4%) et ont retrouvé que **86,4%** des répondants étaient satisfait de la pratique psychiatrique et 92,9% redoubleraient la

spécialisation de psychiatrie. Une étude argentine réalisée par des entretiens semi-structurés a retrouvé que **91%** des participants se disaient satisfaits au travail. (N722 ,taux de réponses de 82%). (Elsa Wolfberg1 & al, 2011). Ce chiffre plus élevé pourrait provenir d'un biais de désirabilité sociale du fait des entretiens.

### Score global sous forme de moyenne

En France il n'existe qu'une étude quantitative réalisée en 2015 qui analysait la satisfaction au travail des psychiatres exerçant dans un service d'urgences, via des questionnaires. C'était une étude multicentrique avec un taux de réponse de 47% (N= 237) et qui retrouvait une **note moyenne** de satisfaction au travail de **67%** (écart type de 1,92) (Very et al, 2016). Ce score était plutôt bas par rapport aux données de la littérature, cela pourrait être expliqué par l'échantillon ne ciblant que les psychiatres aux urgences Les auteurs neerlandais Koerselman et al (2011) retrouvaient un **score moyen** de satisfaction du travail de **75%** (N: 852 et taux de réponses de 29,2%) et les auteurs suisses Baumgardt et al (2015) retrouvaient un **score moyen** de **74%** (N:352, taux de réponses 23,7%). Au Qatar, Kader et al (2021) ont interrogés des psychiatres et des internes en psychiatrie, et retrouvaient un score moyen de **80%** (N 73 dont 63% d'interne en psychiatrie, taux de réponses de 73,7%). Ce score pouvait être biaisé par la présence d'internes en psychiatrie dans l'échantillon.

### Score global sous forme de médiane

En Nouvelle Zélande, les auteurs Kumar et al (2007) ont calculé un **score médian** de satisfaction à partir des 5 sous-échelles du Job diagnostic survey (JDS). La médiane était de **62%** de satisfaction (ET=13-83) ,taux de réponses de 56%).

### Sous global sous forme de score composite

L'auteurs canadien Garfinkel (2002) a calculé un **score composite** additionnant les 4 réponses aux 4 questions : "Regrettez-vous d'avoir choisi la psychiatrie ?" "Vos attentes ont-elles été satisfaites", "Choisiriez-vous à nouveau la psychiatrie? et "Êtes-vous satisfait de votre carrière ?". Le quartil supérieur du score composite (28% des répondants) se sont affirmés être très satisfaits avec un score moyen de 97,8% alors que le quartil inférieur du score composite (7% des répondants) se sont affirmés être très insatisfaits avec un score moyen de 44% (N802,taux de réponses de 52%). Une étude chinoise a utilisé quant à elle, la version abrégée du Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) en 20 items. Il s'agissait de calculer un score global pour chaque sous-parties, à partir du score moyen de chaque items. Les auteurs retrouvaient une satisfaction générale au travail de **63,75%** (N 4520, taux de réponse de 64,7%), (Yao et al, 2021). Une autre étude chinoise a retrouvé un score de satisfaction composite à partir du MSQ de **71,66%** (N 2602, taux de réponses de 77%), (Jiang et al, 2018).

### **3.2) Facteurs associés à la satisfaction ou à l'insatisfaction au travail chez les psychiatres**

- **Le genre**

Les psychiatres hommes étaient plus satisfaits de leur carrière de manière significative que les femmes (Lepnurm et al, 2006) et les femmes étaient plus insatisfaites que les hommes (Cordoba et al, 2009). A l'inverse, deux études chinoises trouvaient que les femmes étaient plus satisfaites que les hommes, à respectivement 67,9% contre 59,6 ( $p<0,01$ ) (Yao et al, 2021) avec une insatisfaction au travail associée au fait d'être un homme (Jiang et al, 2018). Ces derniers résultats ne suivaient pas les tendances et les corrélations de toutes les autres études trouvaient dans la littérature.

- **L'âge**

Les psychiatres plus âgés avec plus d'années de pratique avaient de manière significative une meilleure satisfaction au travail (DeMello et al, 2011; Wolfberg & Moldavsky, 2011 ; Yao et al, 2021). Une étude réalisée en Amérique du Sud rapportait que pour chaque année d'expérience supplémentaire, le risque d'être insatisfait augmentait de 1% (Cordoba et al, 2009). A l'inverse, l'étude de Jiang et al (2018) était l'unique étude qui rapportaient qu'avoir un âge plus jeune était associé une meilleure satisfaction au travail.

- **L'origine ethnique**

L'origine ethnique afro-américaine et hispanique étaient associées de façon significative à une diminution de la satisfaction ( $p<0,001$ ) (DeMello et al, 2011). La population interrogée était américaine.

- **Le lieu de travail**

Les psychiatres dont le lieu de travail se situait dans des communautés urbaines étaient significativement plus satisfaits que leurs collègues travaillant dans des petites collectivités (Lepnurm et al, 2006) et l'insatisfaction au travail été associée au fait de vivre dans le nord-est de la chine, (Yao et al, 2021).

- **Secteur d'activité**

Les psychiatres libéraux évaluaient le travail plus positivement que les psychiatres en emploi salarié ou mixte. En effet les psychiatres indépendants déclaraient subir moins de pression au travail, moins de bureaucratie, et disposaient de plus de temps pour leurs patients et pouvaient sélectionner leurs patients. Néanmoins ils trouvaient que l'incertitude de leur revenus étaient plus préjudiciables à leur satisfaction au travail. (G.F. Koerselman,2011)

- **Les modalités de travail**

E Very (2006) retrouvait des scores de satisfaction significativement plus élevés chez les psychiatres exerçant en temps partiel que ceux exerçant à plein temps.

- **Le travail clinique**

Le travail clinique complexe et le fait d'avoir en charge des patients difficiles étaient des prédicteurs positifs de satisfaction au travail. (Lepnurm et al, 2006) Le travail psychothérapeutique était également un facteur de satisfaction au travail (P.E. Garfinkel, 2002). Selon Very et al (2016), 48,9% des psychiatres interrogés étaient insatisfaits de la pratique clinique. Rotsein et Jenkins (2017) rapportaient que les psychiatres et internes en psychiatrie souhaitaient une plus grande variété dans les diagnostics des patients, ainsi que davantage de psychothérapie.

- **Le travail universitaire**

Le travail universitaire était un facteur de satisfaction (Lepnurm et al, 2006) alors que les responsabilités académiques étaient un facteur d'insatisfaction au travail. (Lepnurm et al, 2006). Lepnurm et al (2006) rapportaient que les psychiatres préféraient travailler dans un hôpital non affilié à une université et Rostein & Jenkins (2017) alléguaient que les psychiatres et internes en psychiatrie exprimaient leur désir de plus de recherche et des travaux universitaires (Rotsein & Jenkins, 2017).

- **L'administratif**

Les psychiatres et internes en psychiatrie rapportaient que la "paperasserie" excessive, le remplissage de formulaires et l'atteinte des objectifs kpi (indicateur de performance) étaient perçus négativement (Rotsein & Jenkins, 2017) mais il n'y avait pas de lien de corrélation retrouvé.

- **La charge de travail**

Avoir de nombreuses heures de travail par semaine était associé à une insatisfaction au travail (Yao et al, 2021 ; Lepnurm et al, 2006) et à l'inverse, avoir moins d'heures de travail hebdomadaire était associé à une meilleure satisfaction au travail (Jiang et al, 2018). Les psychiatres et internes en psychiatrie exprimaient leur désir d'avoir des heures de travail réduites et moins d'heures supplémentaires (Rotsein & Jenkins, 2017). Cordoba et al (2009) trouvaient que pour chaque heure supplémentaire travaillée dans la journée, la probabilité d'insatisfaction augmentait de 8%, et pour chaque semaine supplémentaire de vacances prises par an, la probabilité d'insatisfaction a été réduite de 44%. Les psychiatres qui avaient un temps suffisant avec leur patient étaient significativement plus satisfaits au travail (DeMello et al, 2011). Selon Wolfberg et Moldavsky (2011), 64,6% des psychiatres étaient satisfaits du temps qu'ils avaient pour les patients, mais seulement 47% des psychiatres au-dessous de 30 ans l'étaient, alors que 80% des psychiatres au-dessus de 50 ans l'étaient. Cordoba et al (2009) rapportent que la probabilité d'insatisfaction augmentait de 4% pour chaque patient supplémentaire vu au cours d'une journée de travail, et Lepnurm et al (2006) alléguaient que le nombre de collègues s'avérait être important.

- **Le rôle de leadership et l'indépendance**

Avoir un niveau élevé d'influence sur les décisions (Lepnurm et al, 2006) et occuper un poste administratif, (Jiang et al, 2018) étaient des facteurs prédictifs positifs de la satisfaction au travail. Le fait de ne pas avoir de rôle de leadership était associé à une insatisfaction au travail (Yao et al, 2021) Lepnurm et al (2006) rapportaient que les psychiatres préféraient être impliqués dans la prise de décision managériale (la budgétisation, l'évaluation du rendement du personnel, l'évaluation de l'efficacité et de la qualité), qu'ils étaient en faveur de l'augmentation de structures de gestion formelles en terme de tenues de réunions pour discuter des questions administrative et clinique, d'évaluation de la performance personnelle, de l'efficacité des opérations et de la qualité des services fournis aux patients. Ils souhaitaient être impliqués dans la gestion telles que l'embauche du personnel, la fixation des taux de rémunération, l'achat de fournitures, les décisions de financement.

La capacité de prendre **ses propres décisions**, de réfléchir à son opinion, de travailler à sa discrétion (Koreki et al, 2008) était associé à une meilleure satisfaction au travail. Le manque d'influence au travail impactait négativement la satisfaction au travail (G.F. Koerselman, 2011).

- **L'organisation du travail**

Very et al (2015) retrouvaient que 78,1% des psychiatres interrogés rapportaient des problèmes de coordination d'aval, 67,9 % rapportaient des problèmes d'organisation interne, 67,5 % rapportaient des difficultés à trouver des places d'aval en hospitalisation 55,7% rapportaient un défaut d'organisation des soins aux urgences, 29,5% rapportaient des problèmes de coordination d'amont (CMP, psychiatres libéraux, cliniques). Selon Lepnurm et al (2006), les psychiatres étaient préoccupés par la qualité et plus particulièrement l'accès du système de santé dans lequel ils travaillent.

- **La sécurité**

Selon Very et al (2015), 25,7% des psychiatres interrogés avait été confrontés à de l'agressivité ou de la violence de la part de patients, et selon Wolfberg et Moldavsky, 78,6% rapportaient être exposés à la violence au travail. Nous ne retrouvons pas de corrélations positives.

- **La crainte des plaintes et erreurs médicales**

Le fait de ne pas avoir connu de litiges et de plaintes médicales (Jiang et al, 2018) ainsi que d'avoir une assurance responsabilité médicale (Jiang et al, 2018) étaient associés à une meilleure satisfaction au travail. Ceux qui avaient plus peur d'une menace de faute professionnelle et d'avoir à considérer les frais étaient significativement moins satisfaits. (DeMello et al, 2011). Les psychiatres préféraient partager les responsabilités que d'être individuellement responsable (Lepnurm et al, 2006).

- **Le travail d'équipe**

Une bonne qualité de coopération, notamment entre médecins et infirmiers, était associée à une satisfaction au travail significativement plus élevée (J. Baumgardt, 2015 ; Jiang et al, 2018) Very et

al (2015) rapportaient que 35% des psychiatres répondants décrivaient des tensions avec les médecins urgentistes, 33,8% avec les autres psychiatres de l'établissement. Jiang et al (2018) affirmaient que 76% des psychiatres étaient satisfaits de la coopération.

- **L'environnement social**

Un bon environnement social des travailleurs de la santé (Jiang et al, 2018), la facilité de communication avec les collègues et les superviseurs, le soutien de la part des collègues vis à vis des problèmes personnels et la capacité de compter sur les superviseurs (Koreki et al, 2008) étaient associés à une meilleure satisfaction au travail. L'isolement professionnel était associé à l'insatisfaction au travail (P.E. Garfinkel, 2002). Jing et al (2018) retrouvent que 76% des psychiatres répondants étaient satisfaits de la confiance entre médecins et infirmiers et que 79% n'étaient pas satisfait de l'environnement social.

- **Les rapports à la hiérarchie**

La facilité de communication avec ses superviseurs et la capacité de compter sur les superviseurs(Koreki et al, 2008) ainsi que les relations avec ses supérieurs hiérarchiques (G.F. Koerselman,2011) étaient associés à une meilleure satisfaction au travail.

- **L'implication dans la vie institutionnelle**

L'implication dans l'organisation de l'institution était un facteur de satisfaction alors que le manque d'engagement institutionnel était un facteur d'insatisfaction (G.F. Koerselman,2011) La capacité de l'institution à résoudre les conflits médicaux des hôpitaux était une variable prédictive significative de la satisfaction au travail (Jiang et al, 2018).

- **Le salaire**

Avoir un salaire mensuel élevé était associé à une satisfaction au travail élevée (Jiang et al, 2018) ainsi que d'avoir un écart moindre entre le salaire prévu et le salaire réel (Jiang et al, 2018) et la perception de la réussite financière perçue (P.E. Garfinkel, 2002). Avoir un salaire mensuel plus bas était associé à une insatisfaction au travail (Yao et al, 2021), ainsi que la perception que le revenu perçu en tant que psychiatre était insuffisant pour satisfaire les besoins (Cordoba et al, 2009). Les psychiatres estimaient contribuer plus qu'ils ne recevaient en échange de leurs efforts (Lepnurm et al, 2006). Cordoba et al (2009) ont rapporté que la probabilité d'insatisfaction des psychiatres dont les revenus étaient inférieurs à 2 000 £ était réduite de 40%.

- **Le développement de la carrière**

Les opportunités de croissance et de développement de carrière (Koreki et al, 2008) ainsi que le temps pour le développement de la carrière professionnelle (P.E. Garfinkel, 2002) étaient associés à une satisfaction au travail plus élevée.

- **La formation professionnelle**

Le fait de ne pas pouvoir avoir de formation complémentaire en psychiatrie était associé à l'insatisfaction au travail (Cordoba et al, 2009), et les difficultés de concilier les besoins de service et les engagements de formation étaient perçus négativement par les psychiatres et internes en psychiatrie (Rotsein & Jenkins, 2017).

- **La reconnaissance**

La reconnaissance par les pairs (P.E. Garfinkel, 2002), l'appréciation des patients (P.E. Garfinkel, 2002) et la gratitude et le respect des patients (Koreki et al, 2008) étaient des prédicteurs positifs de la satisfaction au travail. Jiang et al (2018) rapportaient que 69% des psychiatres interrogés ne croyaient pas recevoir le respect qui leur était dû de la part du public (Jiang et al, 2018) et Wolfberg et al (2011) rapportaient que 72,2% des psychiatres interrogés percevaient une reconnaissance au travail de la part des patients, 48,8% de la part des collègues et 26,8% de la part des directeurs médicaux de 26,8%.

- **L'accomplissement personnel**

Les auteurs retrouvent que la satisfaction était significativement plus élevée quand l'expérience de sens personnel au niveau du travail était élevée et qu'il était possible de mettre en pratique les idéaux politico-sociaux au travail et d'apporter de réels changements (G.F. Koerselman, 2011). La croyance en la valeur intrinsèque de soins psychiatriques (P.E. Garfinkel, 2002) et l'intérêt pour le contenu du travail (Koreki et al, 2008) étaient des variables prédictives significatives du niveau de satisfaction professionnelle, et la satisfaction augmentait avec l'accomplissement professionnel (S. Kumar, 2007).

- **L'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle**

L'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle était une variable prédictive significative de la satisfaction au travail (P.E. Garfinkel, 2002).

- **L'épuisement professionnel**

L'épuisement professionnel était significativement associé à l'insatisfaction au travail. (Yao et al, 2021 ; S. Kumar, 2007 ; J. Baumgardt, 2015). L'insatisfaction au travail était fortement associée au niveau de **stress** perçu (Rey et al, 2004 ; Lepnurm et al, 2006) et au degré perçu de charge émotionnelle (P.E. Garfinkel, 2002). A l'inverse, les psychiatres interrogés souffrant d'épuisement professionnel étaient significativement plus susceptibles de déclarer une insatisfaction à l'égard de leur travail (Yao et al, 2021). E Very et al (2015) rapportait que 23,6% des psychiatres interrogés subissaient du stress lors de situations de crise. Rey et al (2004) alléguaient que 62% des psychiatres interrogés avaient trouvé que leur travail au cours des 12 derniers mois avait été assez, très, ou extrêmement stressant, notamment les femmes et les psychiatres jeunes, et que les psychiatres insatisfaits étaient 11 fois plus susceptibles de se déclarer stressés (Rey et al, 2004). Jiang et al (2018) retrouvaient que 25% des psychiatres étaient satisfaits de leur état de santé (Jiang et al, 2018). La participation aux activités communautaires semblait soulager le stress (Lepnurm et al, 2006)

Il est intéressant de noter que l'expérience de facteurs nocifs est plus fortement corrélé à la satisfaction que l'expérience des facteurs positifs (Koerselman, 2011).

Tableau récapitulatifs des variables significativement associées à la satisfaction ou l'insatisfaction au travail des psychiatres dans la littérature

<b>Axes</b>	<b>Catégories</b>	<b>Satisfaction</b>	<b>Insatisfaction</b>
<b>Facteurs sociodémographiques et caractéristiques du travail</b>	<b>Genre</b>	- masculin *	- féminin *
	<b>Age</b>	- âge élevé **	
	<b>Origine ethnique</b>		-afro-américaine ou hispanique
	<b>Lieu de travail</b>	- communautés urbaines	- régions rurales ou petites collectivités
	<b>Niveau d'expérience professionnelle</b>	- nombre d'années importantes	
	<b>Secteur d'activité</b>	- privé ou mixte	- public
	<b>Modalités de travail</b>	- temps partiel	- plein temps
<b>Contenu du travail</b>	<b>Pratique psychiatrique</b>	- travail psychothérapeutique - travail clinique complexe - patients difficiles en charge	
	<b>Universitaire et Formation professionnelle</b>	- travail universitaire	- responsabilités académiques - ne pas avoir de formation complémentaire en psychiatrie
<b>Conditions de travail</b>	<b>Charge de travail</b>	- heures de travail plus courtes - temps suffisant avec les patients	- plus d'heure de travail par semaine
	<b>Médico-légal</b>	- avoir une assurance de responsabilité médicale	- crainte d'une faute professionnelle et d'avoir à considérer les frais

		- ne pas avoir connu de litiges et de plaintes médicales	
	<b>Autonomie et indépendance</b>	- occuper un poste administratif - niveau élevé d'influence sur les décisions - capacité de travailler à sa discrétion - capacité de prendre ses propres décisions - capacité d'avoir sa propre opinion	- ne pas avoir de rôle de leadership - manque d'influence au travail
<b>Environnement social professionnel</b>	<b>Travail d'équipe</b>	- bonne qualité de coopération médecin-infirmier(e)	
	<b>Relations au travail</b>	- bon environnement social - facilité de communication avec les collègues - soutien de la part des collègues	- isolement professionnel
<b>Rapport à la hiérarchie</b>		- facilité de communication avec les superviseurs - capacité de compter sur les superviseurs - capacité de résoudre les conflits médicaux des hôpitaux	- relations hiérarchiques
<b>Vie institutionnelle</b>		- l'implication dans l'institution	- manque d'engagement institutionnel
<b>Récompenses</b>	<b>Salaire</b>	- salaire mensuel élevé - perception d'un écart moindre entre le salaire prévu et le salaire réel - perception d'une réussite financière	- salaire mensuel bas - perception que le revenu perçu en tant que psychiatre est insuffisant pour satisfaire les besoins
	<b>Carrière</b>	- opportunités de croissance et de développement de carrière	

		- temps pour le développement de la carrière pro	
	<b>Reconnaissance</b>	- reconnaissance par les pairs - appréciation des patients - gratitude et respect des patients	
<b>Équilibre entre vie professionnelle et personnelle</b>		- bon équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle	
<b>Santé au travail</b>			- épuisement professionnel - niveau élevé de stress perçu
<b>Accomplissement personnel</b>		- croyance en la valeur intrinsèque des soins psychiatriques - possibilité de mettre en pratiques les idéaux politico-sociaux - possibilité d'apporter de réels changements - intérêt pour le contenu du travail - sentiment d'accomplissement professionnel	

Tableau I : Variables significativement associées à la satisfaction ou l'insatisfaction au travail des psychiatres dans la littérature

\* : sauf dans 2 études en Chine et en Amérique Centrale ou c'est l'inverse

\*\* : sauf dans une étude en Chine ou c'est l'inverse

## DEUXIÈME PARTIE : CONTRIBUTION EMPIRIQUE

### I. MÉTHODE

Notre recherche avait comme objectif de décrire le niveau de satisfaction global au travail des psychiatres du secteur public en Haute Normandie ainsi que d'identifier les potentiels facteurs de satisfaction et d'insatisfaction au travail. Elle se composait d'une première phase exploratoire qui consistait en des entretiens qualitatifs auprès d'un petit nombre de psychiatres, et d'une deuxième phase qui consistait à la réalisation et l'envoi d'un questionnaire quantitatif de satisfaction au travail à la totalité des psychiatres exerçant dans le secteur public de Haute Normandie.

Pour établir notre questionnaire quantitatif de satisfaction au travail, nous nous sommes intéressé à tous les aspects du travail pouvant être source de satisfaction ou d'insatisfaction. Pour cela il était nécessaire de disposer d'une liste exhaustive de tous les aspects du métier (J.L.Tavani, 2015) en menant des entretiens préparatoires avec des membres de la population étudiée. Cela a permis d'identifier et d'intégrer les aspects du travail spécifiques au métier examiné (Castel, 2011). De plus il est important de contextualiser les outils utilisés, car un instrument de mesure construit pour un contexte culturel n'est pas toujours transposable à un autre (Moguenet et al, 1988).

#### 1.1) Première phase : les entretiens exploratoires

Pour cette première phase d'entretiens exploratoire, nous nous sommes inspiré de la méthode de recherche qualitative nommée "IPSE : The inductive process to analyse the Structure of live Experience" (Sibeoni, 2020) qui décrit un protocole de recherche qualitative précis et standardisé afin d'augmenter la validité des résultats et de produire des recommandations concrètes.

Nous avons débuté par le recensement des facteurs de satisfaction et d'insatisfaction au travail dans la littérature via PUBMED en utilisant les mots clefs : "job satisfaction" "work satisfaction", "psychiatrists", "scientists", "physicians", "doctor" de 1990 à 2023.

Ensuite, à l'aide du "guide de l'enquête de terrain" de S. Beaud et F. Weber (2012) et d'un étudiant en master 2 de sociologie, nous avons regroupé les facteurs de satisfaction et d'insatisfaction en catégories puis en axes (tableau 1) pour construire la trame de l'entretien semi-ouvert. Il s'agissait de poser des questions ouvertes, structurées par les domaines à explorer. L'entretien débutait par des questions de données sociodémographiques et des questions générales concernant le métier ayant pour but de "brise-glace". Puis des questions portant sur le relationnel, le contenu du métier, la charge de travail, la santé, la perception de la profession et le salaire. Nous avons terminé par une note de satisfaction de 0 à 10 ainsi que des questions libres sur des points à rajouter et des pistes d'amélioration (annexe 1).

La trame de l'entretien a été ensuite relue et rectifiée par un deuxième étudiant en master 2 de sociologie. Nous avons réalisé deux entretiens pilotes avec un(e) interne en psychiatrie (Dr junior) et un(e) PH en psychiatrie. Les résultats n'ont pas fait partie des données analysées pour l'étude. Il s'agissait de vérifier la bonne compréhension et formulation des questions, et tester la fluidité du questionnaire.

Nous avons constitué un échantillon, le plus hétérogène possible, de 15 psychiatres hommes et femmes, exerçant dans le secteur public dans tout le département de Seine maritime, aux parcours variées (reconversion, changements de postes, venant de l'étranger), d'origines multiples (italienne, algérienne, etc), dans toutes les tranches d'âge, travaillant dans plusieurs milieux (en ambulatoire, en intrahospitalier, en milieu carcéral, en gérontologie, en pédopsychiatrie, en hôpital de jour (HDJ), aux urgences et dans des services universitaires). Nous avons contacté ces personnes par mail ou directement.

Nous avons effectué les entretiens entre novembre et décembre 2022. Selon Sibeoni et al (2020), la taille de l'échantillon ne devait pas être connue à l'avance, et devait comporter un minimum de 20 sujet, et jusqu'à saturation des données. Dans notre étude, nous avons choisi de réaliser 15 entretiens car l'objectif n'était pas d'en effectuer une analyse statistique, mais d'explorer le terrain afin de constituer un questionnaire quantitatif exhaustif et adapté à la profession.

Lors de la collecte des données, une brève présentation de notre étude était faite avant l'entretien afin de mettre la personne en confiance, et de spécifier l'anonymat de l'entretien. Puis l'entretien était mené dans un style conversationnel et interactif, en laissant libre cours aux récits personnels. Avec l'accord de la personne interrogée, l'entretien était enregistré puis retranscrit textuellement à l'aide du logiciel "express scribe".

Pour l'analyse des données, Sibéoni et al (2020) préconisaient une analyse systématique des entretiens par une succession d'écoutes et de lectures, puis une exploration du contenu de l'entretien mot à mot en découpant l'ensemble du texte en segments, puis en unités qui devaient être codés puis regroupées en catégories selon leur proximité de sens. Enfin il s'agissait de partager en groupe les catégories découvertes puis de les regrouper en axes. Le choix des axes devait être déterminé par la pertinence et non pas par la récurrence. Il était nécessaire de vérifier leur suffisance théorique et d'obtenir des commentaires des sujets eux-mêmes afin de vérifier la validité des résultats.

Dans notre étude, la phase de l'analyse s'est faite de manière individuelle avec un premier temps d'écoute et de lecture, puis un découpage des entretiens manuellement en segment de sens. Ces segments ont été ensuite classés en catégories puis en axe, et comparés avec les résultats de la littérature.

## 1.2) Deuxième phase : le questionnaire quantitatif

A partir des résultats des entretiens exploratoires, et en se basant sur les questionnaires déjà existant et les facteurs de satisfaction et d'insatisfaction retrouvés dans la littérature, nous avons réalisé un questionnaire selon les axes suivants : les facteurs sociodémographiques, le contenu du

travail, les conditions de travail, la permanence des soins, l'environnement social au travail, les rapports avec la hiérarchie, le salaire et la reconnaissance au travail, l'équilibre vie personnelle/vie professionnelle, et un score global de satisfaction au travail. Nous avons ajouté deux questions non obligatoires à texte libre : "Y aurait-il des choses qui pourraient améliorer votre satisfaction au travail ?" et "Y a-t-il des domaines non mentionnés dans ce questionnaire qui participent également à votre satisfaction au travail ?" (Annexe 2). Afin de ne pas décourager les répondants, nous avons fixé un nombre de 63 items. La plupart des réponses aux items utilisaient des échelles de likert. Nous avons utilisé l'application "google form" pour ses qualités pratiques et esthétiques.

Les mesures en facettes classiques mettent tous les déterminants sur le même plan, c'est-à-dire qu'elles considèrent que tous les déterminants ont la même importance pour un individu, et d'un individu à l'autre. Hors l'importance d'un déterminant détermine l'impact de ce dernier sur le niveau global de satisfaction. Il est donc nécessaire de mesurer directement l'importance accordée aux déterminants par chaque individu, en établissant des mesures pondérées, ce qui permet d'augmenter la validité de la mesure composite de satisfaction au travail (Castel et al, 2011). C'est dans ce but que nous avons introduit des questions pondératrices dans la partie "contenue du travail", telles que "A quel point cette activité consacrée à (...) est importante pour votre satisfaction au travail ?" qui mesurent l'importance accordée aux déterminants portant sur les mêmes items. Les réponses allaient de "tout à fait important" à "pas du tout important".

A l'issue de la conception du questionnaire, nous l'avons testé sur une dizaine de psychiatres et d'internes afin de vérifier la bonne compréhension et formulation des questions, et tester la fluidité du questionnaire. Nous avons fait le choix de ne pas exclure les psychiatres testeurs faisant partis de notre population d'étude pour ne pas perdre de données.

Notre population d'étude se constituait de tous les psychiatres exerçants dans le secteur public du département de la Haute Normandie. Les seuls critères d'exclusion étaient le fait de ne pas être thésé et d'être à la retraite. Les internes et les "faisant fonction d'interne" (FFI) n'étaient donc pas inclus. Le secteur de Haute Normandie se constitue de 4 pôles, celui de Rouen, du Havre, de Dieppe et d'Evreux. Nous avons contacté les psychiatres par mail via les listes de diffusion de chaque pôle. Au total, nous avons envoyé le questionnaire à 288 psychiatres. Un premier mail et deux mails de relance ont été envoyés entre le 10 février 2023 et le 10 mars 2023. Les résultats ont été clôturés le 15 mars.

Les résultats du questionnaire étaient récupérés automatiquement par le tableur "google sheet". Nous avons réalisé un premier tableau descriptif des données sociodémographiques de la population étudiée. A partir du score global de satisfaction, nous avons pu déterminer trois groupes : les psychiatres satisfaits ayant une note de 6 sur 10 et plus, les psychiatres insatisfaits ayant une note de 4 sur 10 et moins, et les psychiatres neutres ayant un score global de 5 sur 10. Afin de vérifier la comparabilité des 3 groupes, nous avons réaliser un deuxième tableau descriptifs des données sociodémographiques en séparant les 3 groupes. Pour créer des corrélations entre les variables et la satisfaction au travail, et comme il n'y avait pas de différence significative entre les 3 groupes, nous avons choisi de séparer notre population en deux groupes : les psychiatres satisfaits et insatisfaits, en excluant le groupe neutre (N=10). Notre échantillon total était donc composé de 70 psychiatres.

Ensuite, nous avons réalisé un troisième tableau dans lequel nous avons comparé les deux groupes (satisfait et insatisfait) en fonction des variables descriptives. Nous avons utilisé le test de Student pour les variables quantitatives et le test du chi 2 pour les variables qualitatives. Nous avons choisi un risque alpha de 1% (soit  $p < 0,01$ ) car l'échantillon était petit et déséquilibré, ce qui engendrait une faible puissance. D'autant que la répétition des tests statistiques a probablement créé une inflation du risque alpha.

## **II. RÉSULTATS**

### **2.1) Résultats des entretiens exploratoires**

#### **a) Caractéristiques sociodémographiques**

<b>Variables</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Médiane</b>	<b>Écart type</b>
<b>Age (en années)</b>	40,5	34	29-65
<b>Années de travail (en années)</b>	9	3	0,09-35

Tableau II : variables sociodémographiques quantitatives de l'échantillon des entretiens exploratoires

<b>Catégories</b>	<b>Variables</b>	<b>N =15, (%)</b>
<b>Genre</b>	<b>Femme</b>	8 (53,3%)
	<b>Homme</b>	7 (46,6%)
<b>Situation Familiale</b>	<b>Célibataire sans enfant</b>	1 (6,6%)
	<b>En couple sans enfant</b>	7 (46,6%)
	<b>En couple avec enfants</b>	6 (40%)
<b>Type d'exercice*</b>	<b>Hospitalier</b>	12 (80%)
	<b>CMP</b>	11(73,3%)
	<b>Autre**</b>	9 (60%)
<b>Lieu de naissance</b>	<b>Normandie</b>	3 (20%)
	<b>En France hors Normandie</b>	9 (60%)
	<b>Hors France</b>	3 (20%)

Tableau III : Variables sociodémographiques qualitatives de l'échantillon (N=15)

\* : plusieurs réponses possibles

\*\* : autres : milieu carcéral, HDJ, brèche, géronto, violence sex, levy, start cump recherche

Notre échantillon était constitué de 15 psychiatres, d'âge moyen de 40,5 ans mais avec une médiane de 34 ans, ce qui signifie que notre échantillon était constitué de psychiatres plutôt jeunes. D'ailleurs la moyenne d'années d'expériences en tant que psychiatre était de 9 ans, et la médiane de 3 ans. Le ratio Hommes/Femmes était de 0,87, la plupart était en couple dont la moitié avec enfants, et 80% des psychiatres étaient nés en France. La plupart travaillaient en milieu hospitalier (80%) et dans des CMP (73,3%).

### **b). Score global de satisfaction au travail**

<b>Score globale de satisfaction au travail</b>	<b>N = 15, (%)</b>
<b>plus de 5/10 : satisfait</b>	12 (80%)
<b>5/10 : neutres</b>	1 (6,6%)
<b>moins de 5/10 : insatisfait</b>	2 (13%)

Tableau IV : Séparation de l'effectif de l'échantillon des entretiens exploratoires en 3 groupes en fonction des score de satisfaction

<b>N= 15</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Médiane</b>	<b>Écart type</b>
Score globale de satisfaction (sur 10)	6,6	7	3-9

Tableau V : Scores moyen et médian de la satisfaction globale au travail de l'échantillon des entretiens exploratoires

Quatre-vingt pour cent des psychiatres de notre échantillon était satisfaits au travail avec un score de plus de 5 sur 10. Seulement deux psychiatres n'étaient pas satisfaits et avait un score en dessous de 5 sur 10. La moyenne du score globale de satisfaction était de 66% et la médiane de 7 sur 10.

### **c) Domaines de satisfaction et d'insatisfaction au travail**

#### **Le choix de la psychiatrie et les attentes initiales des psychiatres envers leur spécialité**

La majorité des psychiatres interrogés ont cité la relation avec le patient comme premier critère de choix de la spécialité : "la relation avec l'humain", "prendre en charge la souffrance psychique", "établir un contact un peu singulier", "qu'il se passe quelque chose dans mon bureau, que les gens repartent avec quelque chose". Ils font part de leur "sentiment d'utilité", de pouvoir prendre en charge "les plus démunies", "les patients stigmatisés, marginalisés", et pouvoir "servir dans l'intérêt du service public". Ils souhaitaient "prendre en charge le patient dans sa globalité et non pas juste traiter une maladie".

Un second critère déterminant était “la bonne ambiance” perçue au travail et “la cohésion d’équipe”.

Un troisième critère important était “le côté intellectuel” et “épanouissant” de la spécialité, “l’abord différent des choses”, “les pratiques variées”, “l’impression que tu vas apprendre quelque chose toute ta carrière”, “écouter les histoires des gens et faire les liens entre les différents nœuds, tirer les fils, débloquent des choses chez la personne”. Cela était perçu comme un “outil de compréhension sur toi et les autres” et il y avait “des liens avec les sciences humaines”. Avec la possibilité d’avoir du “temps disponible pour faire des formations, des DU, de la recherche, un master”.

## **Le contenu du travail de psychiatre**

- **la pratique clinique**

La plupart des psychiatres interrogés décrivaient être satisfaits d’avoir des patients variés aux pathologies différentes, aux âges divers, et avec un renouvellement des prises en charge. Ils trouvaient satisfaisant d’avoir plusieurs lieux de travail afin de “varier les prises en charges et les équipes”, “quand je ne faisais que de l’intra-hospitalier, j’avais l’impression de ne plus sortir de l’hôpital, j’étouffais” Mais lorsque les différents lieux de travail devenaient trop nombreux ou sur des demi-journées, ils avaient l’impression “de ne rien finir correctement”, “d’avoir des difficultés de s’investir” et d’avoir “moins de lien avec l’équipe”, “ça s’accumulait, j’ai eu le sentiment que c’était pleins de petit bouts et qu’il n’y avait rien de vraiment investi, c’était fatigant”.

La recherche psychopathologique était décrite comme "stimulante intellectuellement", avec un attrait pour "les pathologies lourdes ou complexes" qu’il est difficile de “ranger dans une case”, ainsi que "la recherche des diagnostics différentiels", et "le questionnement clinique en réunion pluridisciplinaire".

Les psychiatres interrogés décrivaient aussi des difficultés, notamment lors "d'impasses thérapeutiques", "d'une résistances aux traitements", "d'un environnement défavorable", "des troubles de la personnalité sévères", qui sont "des patients qu'on ne peut pas faire sortir d'hospitalisation", et avaient un sentiment “d’impuissance”, "de culpabilité", jusqu’à un état "d’épuisement”. Cela se retrouvait avec les personnes âgées qui sont “plus sensibles aux effets indésirables et plus résistantes aux traitements”, mais aussi avec les patients addicts qui usent de "manipulation, font du chantage et rechutent" fréquemment "voir font des overdoses".

Une autre difficulté exprimait était de garder "la bonne distance avec les patients", car "trop d’investissement entraîne un contre-transfert trop important et un sentiment de responsabilité qui peut amener à l’épuisement".

Plusieurs psychiatres critiquaient le recours trop fréquent à la réponses médicamenteuses, notamment vis-à-vis des troubles de personnalités, “les molécules ne feront pas remanier des personnalités, on s’éloigne un peu de la maladie mentale”, car “si ça ne nous concerne pas, au moins qu’on ne prescrive pas et que la réponse soit différente, la psychoéducation et la psychothérapie par exemple”, “ça ne se fait pas en deux jours”. Ou bien dans le cadres des addictions, “très peu de

psychiatres savent comment faire, la plupart donnent des traitements et les mettent en service fermé”, “si la cause de la décompensation est le cannabis, à part leur coller des traitement et d’augmenter les antipsychotiques, tu ne traites qu’une partie du problème en fait”. Il est décrit un manque de développement de la psychothérapie et une formation universitaire très pharmacologique.

Un point important pour les psychiatres était le fait d’avoir "une liberté dans les prises de décisions thérapeutiques", "des responsabilités", et "une pratique de la psychiatrie indépendante".

Il était décrit comme satisfaisant d’avoir une "diversité de thérapeutiques à proposer aux patients" (TCC, rTMS, ECT, etc).

Il était également rapporté la crainte de "faire une erreur thérapeutique", surtout pour les jeunes psychiatres, avec l’incertitude de la réponse aux psychotropes “aux nombreux effets indésirables”.

La majorité des psychiatres rapportent la "crainte d’un passage à l’acte suicidaire", ou "d’un passage à l’acte hétéroagressif" d’un de leurs patients, engendrant une “charge émotionnelle importante” :“toutes les semaines je me disais elle ne va pas venir elle va se suicider, c’était très stressant”. Ils allèguent une “responsabilité importante”, “des prises de décisions risquées” et nombreux sont ceux qui ont été confronté au décès par suicide ou overdose d’un de leurs patients, décrivant un sentiment de “culpabilité” et de “responsabilité”. “On ne contrôle absolument rien, si ton patient veut se suicider il le fera”. Les situations de "refus des soins ou d’hospitalisation contraintes" étaient difficiles à gérer pour la plupart des psychiatres. Les psychiatres décrivaient des difficultés à imposer les soins sous contraintes, cela "nécessite de négocier", il y a "risque d’hétéroagressivité du patient", "l’alliance est difficile". “Comment convaincre un patient ayant un trouble délirant paranoïaque d’aller au CHU quand tu es au cmp ?”

Il n’est pas non plus évident de "mettre du cadre avec les patients" pour certains psychiatres interrogés, surtout avec les troubles de la personnalité qui ont "des intolérances à la frustration" ou "les patients addicts", notamment quand il y a des consommations dans le service. "Mettre un cadre génère de l’irritabilité, voire de l’agressivité". "Il faut parfois stopper l’hospitalisation, ce qui casse l’alliance".

D’ailleurs de nombreux psychiatres décrivaient le "risque d’agressivité et de violence de la part des patients", notamment face aux "troubles de personnalité psychopathe qui utilise la menace", ou "les patients impulsifs", il faut “réussir à mettre de la distance, te blinder”, c’est “énergivore”.

Plusieurs psychiatres exprimaient leurs difficultés concernant les relations avec les familles des patients qu’ils décrivaient comme “complexes”, “je dirais que c’est la famille le plus compliqué”, parfois les familles “se déchargent et nous rendent responsables”. En pédopsychiatrie, les entretiens familiaux prennent une place importante du temps clinique , ils font place à des révélations, “il est primordial de travailler avec les familles”.

- **La prise en charge sociale des patients**

Les psychiatres ont décrit rencontrer des "difficultés pour trouver des logements aux patients sans domicile", ils rapportent des "démarches longues", ou des "sorties d'hospitalisation précaires", car parfois "la seule solution est le foyer d'urgence", dont les "places sont limitées" et l'environnement plutôt "hostile" (consommation de substances). Cela entraînerait un "risque de rupture des soins", une décompensation de la maladie et un "retour en hospitalisation". De plus, "les structures de post-cures refusent les patients sans domicile".

Les psychiatres décrivaient "qu'il y a peu de solutions en structures d'accueil", "il faut batailler, c'est fatigant". "L'IME, l'ITEP, les MAS, EHPAD et ESAT sont des structures qui sont surchargées", "leur nombre et le nombre de places est insuffisant", ce qui engendre des hospitalisations longues "dont le but n'est plus que de l'hébergement". "Certains autistes très sévères n'ont aucune structure adaptée".

Concernant les patients sans papiers, pour la plupart migrants, les psychiatres décrivaient des "refus fréquents de titre de séjours alors le patient pouvait être atteint d'un syndrome post-traumatique complexe et grave". Ils décrivaient également des difficultés pour "leur trouver un logement". Plusieurs psychiatres ont décrit se sentir "impuissants".

- **La charge administrative**

Les psychiatres décrivaient consacrer une part importante de leur temps quotidien à la "bureaucratie", ou la "paperasse", c'est à dire de répondre "aux nombreux mails des intervenants extérieurs, des cmp, des équipes", de "remplir des certificats", des dossiers, etc, notamment la réalisation des "certificats des patients sous contraintes" et des "renouvellements des chambres d'isolement", "alors que ce temps pourrait servir à voir les patients". Dès lors "qu'il y a un vice de procédure, par exemple un décalage d'une heure, il faut remettre en route la contrainte et recommencer les certificats", de même avec le renouvellement des chambres d'isolement. "Tout en sachant que les juges peuvent lever la mise en chambre d'isolement et la mise sous contrainte malgré leurs nécessités". Il arrive que le nombre de psychiatres signataires soit restreint du fait du manque de personnel médical, "cela demande une certaine organisation pour qu'un collègue viennent signer les certificats de nos patients".

De plus, les psychiatres rapportent la "lourdeur administrative", "tout est protocolisé, tu dois demander des autorisations en permanence, ça prend du temps et la réponse est lente aussi, c'est très sécuritaire". Un(e) psychiatre observe qu' "il y a de moins en moins de clinique, de plus en plus de discussions logistiques".

- **la continuité des soins**

Les gardes médicales sont décrites comme "angoissantes", qui "perturbent le cycle du sommeil", qui induisent de la fatigue, et qui sont "mal payées".

- **la formation des internes**

La plupart des psychiatres exprimaient l'envie d'avoir des internes dans leur service, pour "leur transmettre leurs connaissances". Quelques-un(e)s rapportaient des difficultés pour trouver le temps de les encadrer. Deux jeunes psychiatres exprimaient une réticence à encadrer les internes car décrivaient "ne pas se sentir légitime d'avoir une place d'apprenant".

- **L'implication dans l'institution**

Plusieurs psychiatres m'ont fait part de leur volonté de participer à la vie institutionnelle afin de "mettre en place de nouveaux projets", "améliorer les choses déjà existantes", "diversifier leur forme de travail", "se tenir informer des décisions prises par la direction" et parfois "prendre des décisions via un vote" par exemple. "S'il y a un truc qui se monte ça m'intéresse, c'est sympa de se dire qu'on part de zéro". Néanmoins il a été cité plusieurs fois qu'ils avaient "l'impression de ne pas être entendu, de monter des projets et de ne pas voir leurs réalisations". Et certains exprimaient un "ras-le-bol institutionnel", qu'être "chef de service n'a pas été un réel choix", qu'ils manquaient de "temps consacré à l'organisation du service", qu'ils étaient "submergés de mails" et faisaient "du temps supplémentaire". Un petit nombre ne se sentait pas concerné "je ne suis jamais allé en réunion CME, je déteste les staff, je n'aime pas prendre la parole en public".

## **Les conditions de travail**

- **les moyens humains**

### La manque de psychiatres

La plupart des psychiatres interrogés exprimaient un manque de personnel médical au sein de leurs établissements, induisant une "augmentation de la charge de travail", un "manque de temps pour accomplir les tâches", un "rallongement des horaires de travail", une "augmentation du stress" au travail, "le sentiment d'être seul", "l'impossibilité de participer à la vie institutionnelle de l'hôpital", de monter des projets de service, "de faire des médiations familiales" ou de faire "le lien avec les éducateurs de foyers", de réaliser les tâches administratives telles que "les CRH", de collaborer avec les autres structures et de "partager les responsabilités".

Aux urgences, le manque de médecins entraînait une "diminution du temps consacré aux patients", ainsi que "pour contacter les proches et intervenants extérieurs", ce qui ne permettait pas

d'organiser des sorties dans de bonnes conditions, et engendrait donc une hausse des hospitalisations car "il est plus rapide d'hospitaliser que de préparer une sortie".

Plusieurs médecins avaient également rapporté des difficultés à poser leurs congés ou des jours de formation, car culpabilisant auprès des collègues de "leur laisser une trop grande charge de travail". Il a même été rapporté par certains psychiatres que le personnel hospitalier les avait sollicité lors de leurs congés ou de leur formation.

Dans les CMP, les psychiatres décrivaient un "raccourcissement de la durée des entretiens", des difficultés à "revoir rapidement des patients n'allant pas bien" car ils constataient un espacement entre les rendez-vous, parfois même une liste d'attente et/ou l'ajout de rendez-vous sur la pause du midi ou "plus tard le soir". Ils décrivaient avoir "moins de temps pour la réalisation des courriers, dossiers MDPH", ou pour faire le "lien avec les intervenants extérieurs et les proches".

Il a été décrit un "manque de médecins experts", augmentant le "délai des expertises médicales" et donc allongeant la durée des hospitalisations.

Les psychiatres interrogés avaient également rapporté la "fermeture de structures ambulatoires" (CMP) par manque de médecin, engendrant la "hausse des demandes de suivis dans les CMP voisins", une "surcharge de travail" et un "accès aux soins inégal en fonction des secteurs et des pôles".

#### Le manque de soignants

Le manque de soignants avait été rapporté par la majorité des psychiatres interrogés. Cela entraînait la "fermeture de lits d'hospitalisation", mais aussi la "baisse de la qualité et de la rapidité des soins", "l'impossibilité de faire des médiations avec les patients, des ateliers, de les accompagner en permission pour préparer la sortie ou pour des démarches extérieures". La surveillance dans le service était décrite comme "plus difficile", les équipes exprimaient aux psychiatres un "sentiment d'insécurité" du fait d'avoir "l'impression de ne pas pouvoir agir rapidement s'il y a un souci". Leur nombre insuffisant semblait pénaliser la réalisation de traitements tels que "la sismothérapie" dans certains secteurs, ce qui engendrait "une perte de chance pour le patient et le rallongement des hospitalisations". Il était également décrit que le manque de personnel soignants engendrait un "recours plus fréquent aux chambres d'apaisement et aux traitements médicamenteux" et un "risque plus accru de violence de la part des patients".

#### Le manque de psychologues

La plupart des psychiatres interrogés décrivaient le "manque de psychologues et de thérapeutes" ce qui impactait la qualité des soins. Les "listes d'attentes se rallongent" et "les patients qui auraient pu être vus ont un risque de décompensation de leur pathologie psychiatrique". Il était décrit que "des patient sont également vus par les psychiatres mais ne relèvent pas de la psychiatrie mais de la psychothérapie", ce qui rallongeait le temps d'attente.

- **Le charge de travail**

En intra-hospitalier, les psychiatre rapportaient que "le manque de médecin entraînait moins de temps pour le suivi des patients", donc essentiellement "la gestion des urgences et des certificats" avec "une interruption des tâches fréquentes" dû aux multiples demandes du personnel soignant. Il était parfois "difficile de trouver le temps de manger avec ses collègues", ce qui engendrait une diminution des relations entre collègues et un isolement professionnel. Il y avait également "moins de temps pour le questionnement clinique approfondi", "faire des entretiens en profondeur et de la psychothérapie", "la recherche d'articles", pour "demander des avis à des confrères" sur les prises en charge, "former les internes, ou de se former". D'ailleurs selon certains psychiatres, les internes permettaient parfois de combler le déficit en présence médicale. Les psychiatres avaient l'impression de faire du "travail de moins bonne qualité".

- **La gestion des lits**

La plupart des psychiatres déploraient un "manque de lit sur l'hôpital" avec "des demandes constantes de faire sortir les patients hospitalisés pour faire de la place", ce qui "précipite les prises en charge des patients", ce qui "contraint à passer les patients en unité en unité ouverte et lever les soins sous contrainte de manière prématurée avec risque de fugue ou de mise en danger", ce qui entraînait parfois une "discontinuité du suivi médical et paramédical", des "sorties trop rapides d'hospitalisation".

Aux urgences, la pression est telle que les patients sont parfois "mal orientés", "en soins libres alors qu'ils nécessitent des soins sous contrainte" car il y avait un "manque de place en service fermé". Il n'était pas rare de "transférer des patients sur d'autres hôpitaux par manque de lits" et "de mélanger les patients subaigus avec des patients chroniques stabilisés et des gens qui ne tarderont pas à sortir".

- **Le médico-légal**

La plupart des psychiatres décrivaient un "climat de plus en plus sécuritaire" dans toutes les instances, "le personnel médical, paramédical et les intervenants extérieurs ont très peur d'un passage à l'acte suicidaire", "tout le monde sort son parapluie pour se protéger". Par exemple, dans certains services, pour éviter des risques de fugue, un(e) psychiatre racontait qu'il pouvait arriver de laisser un patient en pyjamas, et de ne pas lui donner ses effets personnels. De même que "la fermeture à clefs d'un service en soins libres", pour "gérer la surveillance suicidaire" et la "circulation de drogues dans le service".

Les psychiatres exprimaient la "crainte de commettre une erreur thérapeutique". Ils craignaient également les "plaintes des patients et des familles des patients", ce qui a pu arriver à plusieurs psychiatres, notamment de la part de "patients paranoïaques".

Parfois les psychiatres étaient amenés à “hospitaliser des patients dangereux aux antécédents judiciaires sans en avoir connaissance”, “sous bracelet électronique” par exemple, mais qui avait été ôté avant l'hospitalisation. “Dans ce cas, à qui revient la responsabilité d’actes violents lors d'une permission ?”

Le manque de médecins signataires était tel qu’il était fréquent qu’un médecin se retrouve à “devoir signer un certificat pour un confrère sans avoir le temps de voir le patient”, “ce qui engage notre responsabilité”. C’est d’autant plus ennuyeux quand il s’agissait de “signer des programmes de soin de patients qui sortent de l’hôpital” et “qu’on ne suivra pas par la suite”, notamment des “patients en SDRE assez dangereux”.

D'ailleurs il était décrit que la prise en charge des patients en SDRE était complexe, car “il faut demander l’autorisation au préfet pour chaque permission ainsi que pour la sortie d’hospitalisation”, hors les préfets ne voulant “pas prendre de risque” retournent souvent un refus, ce qui entravait l’évolution de la prise en charge médicale et sociale du patient, rallongeait les temps d’hospitalisation, augmentait “l’incompréhension du patient”, et pouvait “casser l’alliance que nous avons avec lui”.

Il était souvent reproché à certains juges des libertés “de ne pas prendre en compte l’avis du psychiatre lors de la demande de poursuite de la contrainte”, ce qui engendrait parfois “des levées de contraintes chez des patients non stabilisés avec risque de passage à l’acte”. Dans ce cas-là, “qui porte la responsabilité d’un passage à l’acte du patient ?”.

La visite du commissaire des libertés était vécue comme difficile par la majorité des psychiatres. Ils avaient l’impression “d’une méconnaissance du travail”, “d’être jugé ou disqualifié dans leur travail”.

- **La sécurité au travail**

Les psychiatres décrivaient prendre en charge des “patients potentiellement dangereux” sans être “tenus au courant de leur dangerosité”. “Nous on n’a que des blouses, on n’est pas armé.”

Les psychiatres étaient régulièrement confrontés à de “l’agressivité verbale et physique” venant de patients adultes comme enfants, notamment aux urgences psychiatriques, mais également lors des hospitalisations. “Les soignants se prennent des coups”, “il y a parfois des blessures avec des arrêts de travail”. “Il y a toujours un risque de passage à l’acte, parfois c’est imprévisible”. Mais il n’a pas été verbalisé de sentiment d’insécurité de la part des psychiatres, car ce genre d’agitations étaient souvent “gérées en équipe”. “Je n’ai jamais eu peur car j’ai des équipes très présentes.”

- **La difficulté d'intégration des médecins étrangers dans le système de soin**

Plusieurs psychiatres racontaient leurs difficultés à obtenir le statut de psychiatre en France. Après avoir effectué leur parcours de psychiatrie dans leur pays, ils n'avaient pas été reconnus psychiatres en France. Pour cela ils avaient dû passer un concours dédié "difficile", aux "places très limitées", puis effectuer "la consolidation qui prend deux ans", ont du faire "des formations complémentaires", et pourtant ils n'avaient "pas encore de numéro RPPS", n'étaient "pas inscrits à l'ordre des médecins", ne pouvaient donc "pas signer de certificats" et avaient un "salaire inférieur" aux collègues psychiatres français. Un(e) psychiatre qui étaient depuis 7 ans en France, et qui étaient chef(fe) depuis plusieurs années, exprimait son découragement "si jamais je n'ai pas le statut de psychiatre à la fin de l'année, je pars en suisse, je me suis déjà inscrit(e)" et exprimait un "manque de reconnaissance de la part de l'institutions française". Un(e) psychiatre m'a expliquait que "depuis qu'un décret de janvier 2022 est passé", il n'était plus possible de se former en psychiatrie en France lorsqu'on n'avait pas la formation de psychiatre dans le pays d'origine, "deux FFI vont partir puisque la France ne veut plus former des psychiatres étrangers, ils vont tenter leur chance ailleurs".

- **Stigmatisation de la psychiatrie**

La plupart des psychiatres décrivaient que "l'image de la psy est encore très péjorative auprès du public" et "les médias" et aimeraient que cela évolue. Ils rapportaient que "les autres professions dénigrent la psychiatrie", et qu'ils pouvaient dire que "ce n'est pas vraiment de la médecine". Plusieurs psychiatres m'ont raconté qu'ils n'avaient "pas été pris au sérieux" par le SAMU ou par les urgentistes à plusieurs reprises, qu'on ne leur avait "pas toujours envoyé des ambulances médicalisées" quand il l'aurait fallu, qu'il n'y avait "pas toujours d'examen complémentaires de faits alors que le patient en avait la nécessité". Ils déploraient aussi la stigmatisation envers leurs patients, à qui "on colle des étiquettes", "les patients addicts ont cette étiquette d'être manipulateur pour consommer, d'être des sociopathes", "elle consomme de la cocaïne, c'est pour ça qu'elle est folle",. Cela pouvait arriver parfois que les médecins généralistes mettent des symptômes "sur le compte des troubles psychiatriques ou des effets indésirables des traitements sans faire de recherches complémentaires".

Beaucoup m'ont raconté avoir eu eux-mêmes des préjugés sur la psychiatrie avant d'en faire, "c'était quelque chose de très nébuleux", qui "ne m'intéressaient absolument pas", "je ne voulais pas aller en psy car ça me faisait peur", "je ne voulais pas aller voir les fous". Pour la plupart, ce fut leurs stages d'externat en psychiatrie qui leur avaient donné envie de choisir cette spécialité. Certains ont rapporté que leur proches ne souhaitaient pas qu'ils se spécialisent en psychiatrie "mon père voulait pas que je fasse psy" "j'étais en couple avec quelqu'un qui ne souhaitait pas que je fasse psychiatrie", "mes parents sont tous les deux médecins et ça a été un peu compliqué de leur dire que je voulais faire psychiatrie".

## L'environnement social au travail

- **le travail en équipe**

La majorité des psychiatres rapportait apprécier le travail en équipe, “j'aime le travail en équipe, c'est ce qui m'a le plus plu en psychiatrie”, “j'ai besoin de cette dynamique institutionnelle”. Ils décrivaient une équipe “soudée”, une “cohésion d'équipe”, en travaillant “main dans la main avec eux, en collaboration.” Ils rapportaient que “la place de la discussion est essentielle”, “tout le monde s'écoute, si on n'est pas d'accord c'est bien, parce qu'on peut débattre, et ça fait avancer les choses.” Le soutien semblait être important selon eux, “on n'est pas seul, on se dit qu'on est légitime dans ce qu'on fait parce qu'on a du soutien”. “Travailler en équipe, c'est un des trucs les plus importants, je pense qu'on ne peut pas faire seul”.

Néanmoins il existait des difficultés du travail en équipe, “des problèmes de communication et de transmission” de la part des soignants, “un manque de vigueur”, “des choses qui ne sont pas faites correctement”, un “manque de formation des infirmiers en psychiatrie”, des demandes qui sont “répétées” avant “d'obtenir ce que l'on veut” (ici il s'agissait d'un ECG).

Il a été rapporté que les équipes soignantes demandaient parfois “des choses qui peuvent sortir du rôle à proprement parler du psychiatre”, comme de “recadrer les patients”, “gérer les transferts de patients” entre les services, “c'est un rôle de gestion d'équipe” qui ne semblait pas évident pour tous les psychiatres “le management, j'aime pas ça”. Car il s'agissait parfois de “prendre des décisions qui ne plaisent pas à l'équipe” alors que paradoxalement “les soignants veulent être rassurés tout le temps”.

Une minorité de psychiatres rapportaient avoir eu des équipes très compliquées, qui prenaient “beaucoup de liberté”, “manquaient de cadre”, qui ne “foutaient rien”, où “la discussion n'était pas possible”, avec des “habitudes de travail parfois déviantes” mais avec un syndicat qui “empêchait de changer les choses”.

- **le relationnel au travail**

### Avec l'équipe soignante

La majorité des psychiatres décrivaient les relations avec l'équipe soignante comme très importantes. Les soignants étaient décrits comme “très sympathiques”, “encourageants”, “accueillants”, “soutenants”. Lors d'événements compliqués au travail “heureusement que tu as les équipes avec qui parler et débriefer”, “on peut discuter ensemble des prises en charge”, “ça permet de se remettre en question ou de prendre un peu de recul”. Un psychiatre dira même que “la seule chose qui me retient au travail ce sont les équipes soignantes”, “c'est ça qui m'a aidé à tenir tout ce temps”.

Une minorité de psychiatres avait rapporté avoir eu une mauvaise entente avec les équipes soignantes qui ne “foutaient rien” ou qui “n’étaient pas adaptés” avec les patients, qui ne “donnaient pas les traitements que je prescrivais”. Cela avait engendré son départ du service.

#### Avec le personnel non médical

Pour beaucoup de psychiatres, la relation avec les secrétaires était importante : “La qualité de la relation que t’as avec les secrétaires, c’est important pour te motiver sur la journée” . De même avec l’assistant(e) social(e) avec qui ils décrivaient travailler beaucoup, “qui nous aide vraiment beaucoup et qui permet de débrouiller pas mal de pistes”

#### Avec les confrères et consœurs psychiatres

Certains psychiatres décrivaient leurs collègues psychiatres comme “solidaires”, dans “l’entraide”, “soutenants” et “arrangeants”, avec la possibilité “d’échanger sur les difficultés que nous posent les patients”, et de pouvoir leur demander de prendre les patients en hospitalisation. Néanmoins quelques psychiatres rapportaient le manque de “temps d’échange” et de “supervision”. D’autres psychiatres rapportaient le “manque de soutien entre collègues”, ou “la mauvaise entente”.

#### Avec les structures extérieures

La collaboration avec les préfets était décrite comme “difficile”, notamment “lorsqu’ils mettent un patient en soins sous contrainte (SDRE)”, ils avaient tendance à “freiner la levée des soins sous-contrainte ou demander un programme de soin afin de se protéger”, “ils veulent des garanties”, “hors parfois ça n’a pas de cohérence” lorsque le patient est stabilisé. Les psychiatres décrivaient ne pas vouloir “être responsables d’un patient qui se balade dans la nature”. Les psychiatres avaient l’impression que “les préfets et l’ARS n’ont pas connaissance de ces troubles”.

Ils décrivaient également un “manque de collaboration entre les différents hôpitaux et entre les différentes spécialités”. Notamment quand il s’agissait d’hospitaliser un patient avec troubles cognitifs ou avec un maintien à domicile difficile, les médecins refusaient l’hospitalisation car “ils savent que ça va durer longtemps par manque de place dans les ehpad adaptés”.

En pédopsychiatrie, “le partenaire avec qui il est difficile de travailler c’est l’ASE”, car ceux-ci “ne donnent pas toujours de réponses”, ou bien “ne font pas toujours ce qu’ils disent faire”.

#### Avec son chef de service

La plupart des psychiatres décrivent leur(e) chef(fe) de service comme soutenant(e), “disponible”, à l’écoute, à l’attention de son équipe. “si t’as un souci tu lui en parles, je ne me suis jamais sentie seule”, “on a été accompagnés”. Quelques psychiatres ont pu décrire une mauvaise entente avec leur(e) chef(fe) de service, ce qui a pu engendrer leur départ du service.

### Avec les affaires médicales

Un certain nombre de psychiatres ont trouvé que les affaires médicales font "souvent des erreurs", avec un "manque d'efficience". Les exemples sont nombreux, des erreurs sur les fiches de paie, des erreurs de primes, des "demandes de remplacement au dernier moment", le non aboutissement de projets "ça se faisait pas, il manquait toujours des papiers", etc.

### **Les rapports à la hiérarchie**

#### Avec son(sa) chef(fe) de pôle

Certains psychiatres trouvaient leur chef(fe) de pôle "à l'écoute", "accessible et réactif", "disponible", et décrivaient avoir "une bonne relation avec lui.elle". "A chaque fois que je lui ai demandé de l'aide, me concernant il(elle) a toujours était très fiable et très présent(e)".

D'autres trouvaient leur chef(fe) de pôle "peu à l'écoute" des besoins et des demandes des psychiatres, avec un "défaut de management", des "prises de décisions impulsives", ou "en fonction des intérêts politiques et non dans l'intérêt des psychiatres", avec un "manque de transparence", et "promettant des postes qui ne sont finalement pas donnés".

Certains ont parlé d'une "régulation du pouvoir décisionnaire défaillante" : "pour que la parole puisse être possible et qu'on puisse s'opposer à certaines prises de décision, il faut que celui qui parle n'ait pas le sentiment de pouvoir être en danger s'il parle".

#### Avec le.la président.e de la CME

Globalement, peu de psychiatres ont eu l'occasion d'interagir avec le.la président.e de la CME. Quelques-un.es diront que la.le président.e de la CME a été "à l'écoute" et "aidant(e)" lors de conflits entre psychiatres par exemple.

#### Avec la direction

Ce qui ressortait des entretiens c'est l'impression "de ne pas être écouté ni entendu", que "les plaintes et demandes émises à la direction ne donnent pas suite". Les psychiatres rapportaient un manque de transparence, vis-à-vis par exemple du recrutement de personnel médical ou de la gestion du budget "floue" ou de manière "drastique". "C'est la direction de l'hôpital, les administrateurs, qui décident ou placer l'argent", "les psychiatres ne sont pas beaucoup entendus", il y avait "peu d'échanges avec le personnel médical", un "manque de communication", et un "manque de réactivité lors de situations urgentes". Ils décrivaient les "prises de décisions inadaptées de la part de la direction", et "sans concertation du personnel médical" (par ex interdiction de bouteille d'eau pendant la canicule), avec des demandes à leur rencontre "incohérentes" et "absurdes", comme par exemple de développer de nouveaux services alors qu'il manque du personnel dans les services standard de psychiatrie, ou bien de respecter des critères de qualité "déconnectés de la réalité" ou "qui ne considèrent pas le nombre de soignants par service". Ils

expliquaient que la direction demandait de “tracer des informations inutiles alors qu’on manque de temps”, comme par exemple de mesurer la bonne "déglutition", de faire écrire les "prérogatives anticipées chez des jeunes", ou encore de "faire signer des projets de soins chez des patients délirants". "Les notes données aux services sont mauvaises" “et la direction nous reprend alors que c’est pas la priorité”, "on se sent incompris”. Ils décrivaient que les dysfonctionnements de matériel et des lieux de travail pouvaient mettre "des mois avant d’être remplacés ou réparés" (grille du jardin extérieur cassée avec risque de fugue, douche sans eau chaude, etc). Les psychiatres avaient l’impression que la direction “n’a pas idée de la réalité du terrain”. Il était reproché à la direction de ne "pas rendre les postes attractifs".

## **Les récompenses**

- **le salaire**

Le point de vue des psychiatres était assez partagé sur le sujet. Plusieurs psychiatres exprimaient avoir un "salaire suffisant vis-à-vis du temps passé à travailler", notamment grâce à des "primes d’exclusivité, d’attractivité", etc. Mais de nombreux psychiatres décrivaient un salaire "insuffisant" et le fait d’être “très sous-payés pour un bac+10”, notamment par rapport “aux collègues du libéral bien mieux payés pour un travail plus facile” et le fait qu’il n’y avait “pas de revalorisation du salaire lorsque la charge de travail augmente”.

Mais de manière surprenante, ce qui ressortait des entretiens c’est surtout l’envie d’avoir davantage de temps pour sa vie personnelle, “j’ai pas besoin d’un centime de plus aujourd’hui, je veux juste bien vivre, d’ailleurs j’ai envie de moins travailler donc c’est même pas le salaire le problème”. Avoir du temps permettrait de “relire un bouquin de psychiatrie, lire des articles, moins travailler c’est aussi avoir du temps pour ce genre de chose”.

- **la reconnaissance**

La plupart des psychiatres interrogés décrivaient un manque de reconnaissance de la part de l’institution hospitalière, “quand ils viennent te voir, c’est qu’il y a un souci”. Ils décrivaient également un manque de reconnaissance de la part des patients “c’est rare que les patients te disent merci”, ainsi que de la famille, mais il semblerait qu’ils étaient “davantage remerciés par les familles des patients”. Ils rapportaient des “encouragements” de la part des collègues. Mais globalement, ils décrivaient que la reconnaissance provenait surtout de leur "propre satisfaction personnelle d’avoir aidé le patient". Il existait tout de même une reconnaissance vis à vis du statut social, “je suis fier de ce que je fais, j’aime bien en parler autour de moi”, “c’est un métier assez valorisant”.

## **L'équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle**

La plupart des psychiatres rapportaient l'importance d'un "bon équilibre vie personnelle et vie professionnelle" pour leur satisfaction au travail, mais cet équilibre n'était pas satisfaisant pour tout le monde, les réponses étaient assez partagées.

## **La santé au travail**

Certains psychiatres ont fait part de leur fatigue psychique quant à la charge de travail importante, le manque de temps, ce qui amène à un "travail de moins bonne qualité" et un "manque de satisfaction par rapport au travail accompli". Il était parfois "difficile de décrocher du travail chez soi ou pendant les vacances", ce qui influeait sur la vie familiale. Plusieurs psychiatres ont rapporté avoir une "appréhension à la reprise du travail suite à des congés". Il était également mentionné un découragement global avec l'impression de "subir l'organisation du système de santé mentale qui se dégrade". Ils décrivaient le "manque de supervision", "le débriefing d'une situation compliquée se fait surtout avec l'équipe", "je fais attention mais c'est pas le boulot qui ferait attention pour moi, c'est pas ici qu'on me protégera". Un(e) psychiatre a pu exprimer que la "charge émotionnelle" n'est pas la même que dans d'autres spécialités, "la relation avec nos patients en psychiatrie est plus fatigante", cela a "plus d'impact sur la santé".

Mais à l'inverse, il y avait également plusieurs psychiatres qui rapportaient un effet positif du travail sur leur santé, notamment sur le plan intellectuel, et qui décrivaient un "épanouissement intellectuel".

## **L'évolution de la population psychiatrique**

Plusieurs psychiatres décrivaient une augmentation de la "précarité sociale", avec "des populations déplacées, instables", des "migrants qu'on n'arrive pas toujours à réhabiliter", "qui sont en errance". Ils décrivaient une augmentation de "grands consommateurs" de produits, comme le crack, "il n'y avait pas ces populations à risques il y a 20 ans". Ils décrivaient une "société qui change", "un isolement et une solitude des patients", "un grand bouleversement des structures de personnalité", "si cette société vient autant à nous, c'est qu'il manque quelque chose en termes de repères, d'ancrage". "La demande à exploser", "on fonctionne comme au drive maintenant, c'est du stop and go, il leur faut un petit coup tout de suite, dans l'immédiat", ce sont des gens qui "viennent décharger" parce que "la journée est mauvaise, la période est mauvaise", mais qui ne relève pas de la psychiatrie, "ce n'est pas notre rôle de psychiatre, on ne pourra pas tout absorber". "je ne fais pas la même psychiatrie aujourd'hui qu'il y a 25 ans". Mais nous sommes "beaucoup plus nombreux aussi".

Plusieurs psychiatres déploraient "la perte des moyens de la psychiatrie de secteur", "la politique de secteur est en train d'être complètement détruite". Ils décrivaient "moins de visites à domicile", et pourtant il y avait un "vrai travail intéressant à faire des interventions à domicile auprès des

patients”, et d’avoir des lieux de consultations au plus près de la population “pour éviter les perdus de vue ou les suicides” et permettre l’accès aux soins.

Ils pensaient que “supprimer les services de psychiatrie générale et la logique du secteur”, au détriment de “services hospitaliers spécialisés et de centres experts de plusieurs lignes” allait “empêcher de créer des relations de confiance avec les patients qu'on connaît en ambulatoire” et allait entraîner des errances envers des “patients qui ne rentrent pas dans le cadre”. Certains pensaient que la “délocalisation des prises en charge” entraînerait des “problèmes de transmissions d'informations, un manque de concertation dans les décisions prises” Ils avaient le sentiment de ne “pas avoir d'impact sur l'organisation de santé mentale”, de “subir une évolution qui se dégrade”. Ils avaient la crainte que “le système de santé public se privatise progressivement” et faisaient part de leur souhait de “stratégies politiques orientées à résoudre ces problèmes”, avec “des dépenses majeures dans la santé”.

Ils décrivaient également une évolution des pratiques de la psychiatrie, qui était passée de la “psychothérapie d'inspiration analytiques au développement des psychosciences”, avec “l'apparition de molécules de mieux en mieux tolérées”, et “l'arrivée des TCC” (thérapie cognitivo-comportementale). Néanmoins beaucoup de psychiatres déploraient cette logique standardisée avec l'utilisation “d'algorithmes, d'échelles”, “il faudrait que le patient réponde à des normes sociales”, dans une “logique d'éducation”, “on rend nos patients responsables de leurs propres soins, c'est la dérive actuelle”. Un(e) psychiatre a recommandé de “veiller à ce que notre connaissance de la sémiologie ne s'appauvrisse pas” notamment avec “les classifications du DSM”.

Enfin, quelques psychiatres décrivaient un "manque de continuité des soins" avec des “médecins en transition, de passage”, “des assistants qui restent deux ans puis qui s'en vont”, “des internes qui changent tous les 6 mois” et “des patients qui changent de médecins fréquemment”. “Avant il y avait quelque chose de plus stable dans la durée.” “J'ai l'impression que c'est le système qui veut ça, parce que l'hôpital est devenu de plus en plus contraignant.”

## **2.2) Résultats du questionnaire quantitatif**

Nous avons obtenu 80 réponses sur 288, soit un taux de réponse de 27,8%.

### **a) Caractéristiques sociodémographiques**

<b>VARIABLES</b>	<b>N = 80</b>
<b>Age</b>	
Minimum ; Maximum	29 ; 68
Médiane	38

Moyenne	41
ET	11
<b>Genre</b>	
Féminin	43 (54%)
Masculin	37 (46%)
<b>Situation familiale</b>	
Célibataire	5 (9,8%)
En couple	46 (89,9%)
Données manquantes *	29
<b>Nombre d'enfants</b>	
Minimum ; Maximum	0 ; 4
Médiane	2
Moyenne	1
ET	1
Données manquantes *	29
<b>Lieu de vie avant l'internat de psychiatrie</b>	
En france	66 (82%)
En europe	4 (5%)
En dehors de l'europe	10 (12%)
<b>Années de travail en tant que psychiatre</b>	
Moins d'1 an	8 (10%)
Entre 1 an et 2 ans	7 (8.8%)
Entre 3 ans et 5 ans	22 (28%)
Entre 6 ans et 10 ans	13 (16%)
Entre 11 ans et 20 ans	14 (18%)
Entre 21 ans et 30 ans	9 (11%)
Entre 31 ans et 40 ans	6 (7.5%)
Entre 41 ans et 50 ans	1 (1.2%)

**Modalité d'exercice**

Temps complet	69 (86,5%)
Dont temps hospitalo-universitaire	7 (8,7%)
Temps partiel	11 (13,5%)

**Domaine(s) d'exercice \*\***

psychiatrie adulte	60 (75%)
pédopsychiatrie	23 (28,7%)
addictologie	6 (7.5%)
milieu carcéral	5 (6.2%)
gérontopsychiatrie	4 (5%)
médecine légale	3 (3.7%)
psychiatrie périnatale	2 (2.5%)
Neuropsychiatrie	1 (1.2%)
Psychiatrie adulte à destination public sourd	1 (1.2%)
médecine préventive universitaire	1 (1.2%)
Psychiatrie Précarité	1 (1.2%)
réhabilitation psychosociale	1 (1.2%)
Recherche	1 (1.2%)

**Type(s) d'exercice \*\***

Service de consultations	65 (81,2%)
Service d'hospitalisations complètes	54 (67,5%)
Service d'hospitalisations de jour	16 (20%)
Services d'urgences psychiatres	5 (6.2%)
Acitivté de liaison (hopital, maternité, ehpad)	5 (6.2%)
Activité d'intéret générale (MAS, IME, Institut médico-social)	3 (3.7%)
Equipes mobiles	2 (2.4%)
CSAPA	1 (1.2%)
Instances	1 (1.2%)

consultation de neurologie	1 (1.2%)
maison d'arrêt	1 (1.2%)
CUMP	1 (1.2%)
<b>Nombre de patients par demi journée</b>	
<b>En service d'hospitalisation complète</b>	
moins de 5	19 (24%)
entre 5 et 10	33 (41%)
entre 10 et 15	4 (5%)
entre 15 et 20	1 (1.2%)
pas concerné	23 (29%)
<b>En service d'hospitalisation de jour</b>	
moins de 5	18 (22%)
entre 5 et 10	12 (15%)
pas concerné	50 (62%)
<b>En service de consultation</b>	
moins de 5	11 (14%)
entre 5 et 10	42 (52%)
entre 10 et 15	15 (19%)
entre 15 et 20	1 (1.2%)
entre 20 et 25	1 (1.2%)
entre 25 et 30	1 (1.2%)
plus de 30	2 (2.5%)
pas concerné	7 (8.8%)
<b>Autres :</b>	
<b>Services des urgences psychiatriques</b>	
entre 5 et 10	3 (3.7%)
<b>Ehpad</b>	
entre 5 et 10	2 (2.4%)

<b>Liaison</b>	
moins de 5	1 (1.2%)
entre 10 et 15	1 (1.2%)
<b>IME</b>	
entre 5 et 10	1 (1.2%)
<b>Consultations en périnatalité</b>	
entre 5 et 10	1 (1.2%)
<b>Consultations en milieu carcéral ou maison d'arrêt</b>	
moins de 5	1 (1.2%)
entre 5 et 10	1 (1.2%)
<b>Consultations de médecine légale/ Expertise pénale</b>	
moins de 5	2 (1.2%)

Tableau VI : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon du questionnaire (N=80)

\* : Données manquantes suite à l'ajout tardif de l'item dans le questionnaire

\*\* : plusieurs réponses possibles

Notre échantillon était composé de 80 psychiatres provenant du secteur public de Haute Normandie. L'âge moyen était de 41 ans, 72% avaient entre 3 à 20 ans d'expérience en tant que psychiatre. Il y avait un peu plus de femmes que d'hommes (54% vs 46%). La grande majorité était en couple et la plupart avait au moins un enfant. 17% des répondants n'étaient pas d'origine française. 86% travaillaient à plein temps. Les trois quarts des psychiatres travaillaient en psychiatrie adulte et un peu plus d'un quart en pédopsychiatrie. Plusieurs psychiatres avaient plusieurs spécialités (addictologie, milieu carcéral, gérontopsychiatrie, médecine légale, périnatalité, etc). La plupart des psychiatres avaient une activité de consultation (81,3%), 67,5% travaillaient en service d'hospitalisation complète et 20% travaillaient dans un hôpital de jour. La majorité des psychiatres voyaient de 5 à 15 patients en consultation par demi journée, moins de 5 à 10 patients lors de la visite en hospitalisation complète par demi journées, et moins de 5 à 10 patients en hôpital de jour par demi journées.

**b) Score global de satisfaction au travail (score allant de 0 à 10)**

<b>Quel est votre niveau global de satisfaction au travail ?</b>	<b>N = 80</b>
Minimum ; Maximum	2 ; 9
Médiane	7
Moyenne	7
ET	2

Tableau VII : Score moyen et médian de la satisfaction globale au travail de l'échantillon du questionnaire (score allant de 0 à 10)

<b>Score global de satisfaction au travail</b>	<b>N = 80 (%)</b>
Plus de 5/10 : satisfait	59 (74%)
5/10 : neutre	10 (12%)
Moins de 5/10 : insatisfait	11 (14%)

Tableau VIII : Séparation en 3 groupes de l'effectif total de l'échantillon du questionnaire, en fonction des scores de satisfaction au travail

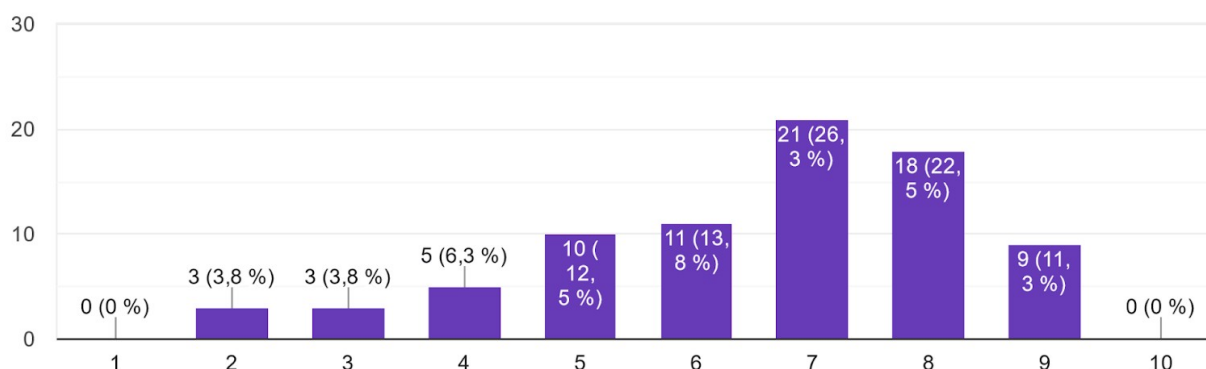
<b>Score global de satisfaction au travail</b>	<b>N = 70* (%)</b>
Plus de 5/10 : satisfait	59 (84,3%)
Moins de 5/10 : insatisfait	11 (15,7%)

Tableau IX : Séparation en 2 groupes de l'effectif excluant les 10 répondants neutres de l'échantillon du questionnaire, en fonction des scores de satisfaction au travail

\* : Nous avons exclu de l'échantillon les 10 répondants neutres ayant une note de 5 sur 10.

Quelle est votre niveau global de satisfaction au travail ?

80 réponses



**Figure 1: Scores de satisfaction globale au travail de l'effectif total de l'échantillon du questionnaire**

Dans notre étude, nous retrouvons 14% de psychiatres insatisfaits (N=11) ayant donné un score de satisfaction globale de 4 sur 10 ou moins sur une échelle de likert allant de 0 à 10 (0 pas du tout satisfait, 10 tout à fait satisfait) ; 74% de psychiatres satisfaits (N=59) ayant donné un score de satisfaction globale de 6 sur 10 et plus ; et 12% de psychiatres neutres (N=10) dont le score était de 5 sur 10. En excluant les répondants neutres de notre échantillon, nous retrouvons un 15,7% de psychiatres insatisfaits contre 84,3% de psychiatres satisfaits. La satisfaction moyenne globale au travail de l'échantillon total (N=80) était de 70% et la médiane de 7 sur 10 .

### **c) Caractéristiques sociodémographiques des groupes satisfait, neutre et insatisfait**

<b>VARIABLES</b>	<b>INSATISFAIT N = 11</b>	<b>NEUTRE N = 10</b>	<b>SATISFAIT N = 59</b>
<b>Age</b>			
Minimum ; Maximum	30 ; 66	31 ; 67	29 ; 68
Médiane	38	40	37
Moyenne	41	43	41
ET	12	10	11
<b>Genre</b>			
Féminin	8 (73%)	7 (70%)	28 (47%)
Masculin	3 (27%)	3 (30%)	31 (53%)

<b>Situation familiale</b>			
Célibataire	0 (0%)	3 (33%)	2 (5.7%)
En couple	7 (100%)	6 (67%)	33 (94,7%)
Données manquantes*	4	1	24
<b>Nombre d'enfants</b>			
Minimum ; Maximum	0 ; 3	0 ; 3	0 ; 4
Médiane	2	1	1
Moyenne	2	1	1
ET	1	1	1
Données manquantes*	4	1	24
<b>Lieu de vie avant l'internat de psychiatrie</b>			
En france	9 (82%)	5 (50%)	52 (88%)
En europe	1 (9.1%)	2 (20%)	1 (1.7%)
En dehors de l'europe	1 (9.1%)	3 (30%)	6 (10%)
<b>Années de travail en tant que psychiatre</b>			
Moins d'1 an	1 (9.1%)	0 (0%)	7 (12%)
Entre 1 an et 2 ans	1 (9.1%)	2 (20%)	4 (6.8%)
Entre 3 ans et 5 ans	2 (18%)	2 (20%)	18 (31%)
Entre 6 ans et 10 ans	3 (27%)	2 (20%)	8 (14%)
Entre 11 ans et 20 ans	2 (18%)	2 (20%)	10 (17%)
Entre 21 ans et 30 ans	0 (0%)	1 (10%)	8 (14%)
Entre 31 ans et 40 ans	2 (18%)	1 (10%)	3 (5.1%)
Entre 41 ans et 50 ans	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.7%)
<b>Modalité d'exercice</b>			
Temps complet	8 (73%)	7 (70%)	54 (91,9%)
Dont temps hospitalo-universitaire	0 (0%)	1 (10%)	6 (10.2%)
Temps partiel	3 (27,1%)	3 (30%)	5 (8.5%)
<b>Domaine(s) d'exercice **</b>			

psychiatrie adulte	11 (99,3%)	7 (70%)	42 (71,4%)
pédopsychiatrie	1 (9.1%)	4 (40%)	18 (30,5%)
Addictologie	1 (9.1%)	1 (10%)	4 (6.8%)
milieu carcéral	1 (9.1%)	0 (0%)	4 (6.8%)
gérontopsychiatrie	1 (9.1%)	0 (0%)	3 (5.1%)
médecine légale	0 (0%)	0 (0%)	3 (5.1%)
psychiatrie périnatale	0 (0%)	1 (10%)	1 (1.7%)
Urgences	1 (9.1%)	0 (0%)	0 (0%)
Neuro-psychiatrie			1 (1.7%)
médecine preventive universitaire	1 (9.1%)	0 (0%)	0 (0%)
Psychiatrie Précarité	1 (9.1%)	0 (0%)	0 (0%)
Psychiatrie adulte à destination public sourd	1 (9.1%)		
réhabilitation psychosociale	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.7%)
Recherche	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.7%)
<b>Type(s) d'exercice **</b>			
Service de consultations	9 (71.1%)	7 (70%)	49 (83.4%)
Service d'hospitalisations complètes	7 (63.1%)	6 (60%)	41 (69.6%)
Service d'hospitalisations de jour	1 (9.1%)	2 (20%)	13 (21.9%)
Services d'urgences psychiatres	1 (9.1%)	1 (10%)	3 (5.1%)
Acitivté de liaison (hopital, maternité, ehpad)	1 (9.1%)	2 (20%)	2 (3.4%)
Activité d'intéret générale (MAS, IME, Institut médico-social)	0 (0%)	0 (0%)	3 (5.1%)
Equipe mobile	2 (1.9%)	0 (0%)	0 (0%)
CSAPA	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.7%)
Instances	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.7%)
consultation de neurologie	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.7%)
maison d'arrêt	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.7%)

CUMP	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.7%)
------	--------	--------	----------

**Nombre de patients par demi journée :**

**En service d'hospitalisation complète**

moins de 5	3 (27%)	3 (30%)	13 (22%)
entre 5 et 10	5 (45%)	1 (10%)	27 (46%)
entre 10 et 15	0 (0%)	2 (20%)	2 (3.4%)
entre 15 et 20	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.7%)
pas concerné	3 (27%)	4 (40%)	16 (27%)

**En service d'hospitalisation de jour**

moins de 5	3 (27%)	3 (30%)	12 (20%)
entre 5 et 10	1 (9.1%)	1 (10%)	10 (17%)
pas concerné	7 (64%)	6 (60%)	37 (63%)

**En service de consultation**

moins de 5	0 (0%)	1 (10%)	10 (17%)
entre 5 et 10	8 (73%)	7 (70%)	27 (46%)
entre 10 et 15	1 (9.1%)	2 (20%)	12 (20%)
entre 15 et 20	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.7%)
entre 20 et 25	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.7%)
entre 25 et 30	1 (9.1%)	0 (0%)	0 (0%)
plus de 30	0 (0%)	0 (0%)	2 (3.4%)
pas concerné	1 (9.1%)	0 (0%)	6 (10%)

**Autres :**

**Services des urgences psychiatriques**

Entre 5 et 10 *	1 (%)	0 (0%)	2 (0%)
-----------------	-------	--------	--------

**Ehpad**

Entre 5 et 10	1 (%)	0 (0%)	1 (%)
---------------	-------	--------	-------

**Liaison**

Moins de 5	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
------------	--------	--------	--------

Entre 10 et 15	0 (0%)	0 (0%)	1 (%)
<b>IME</b>			
Entre 5 et 10	0 (0%)	0 (0%)	1 (%)
<b>Consultation en périnatalité</b>			
Entre 5 et 10	0 (0%)	1 (%)	0 (0%)
<b>Consultations en milieu carcéral ou maison d'arrêt</b>			
Moins de 5	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)
Entre 5 et 10	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)
<b>Consultations de médecine légale ou d'expertise pénale</b>			
Moins de 5	0 (0%)	0 (0%)	2 (0%)

Tableau X : Caractéristiques sociodémographiques des groupes satisfait, neutre et insatisfait de l'échantillon du questionnaire (N=80)

\* : données manquantes du fait de l'ajout tardif de l'item au questionnaire

\*\* : plusieurs réponses possibles

Les groupes satisfaits (59 répondants), neutres (10 répondants), et insatisfaits (11 répondants) ne présentaient pas de différences significatives concernant les variables démographiques. Néanmoins nous pouvions observer que le pourcentage de femmes dans le groupe insatisfait était de 73%, et 70% chez les neutres alors que dans celui des satisfaits il était de 47%, mais cela n'était pas statistiquement significatif. Il semblerait que le nombre moyen d'enfants dans le groupe insatisfait était de 2 alors que dans le groupe neutre et satisfait il était de 1, mais de nombreuses données manquaient en raison du rajout tardif de la question concernant les enfants dans le questionnaire. L'origine semblait être répartie de la même façon entre les 3 groupes. Il y avait plus de temps partiel dans le groupe insatisfait et dans le groupe neutre que dans le groupe satisfait. Le groupe insatisfait était davantage spécialisé en psychiatrie adulte (99,3%) que les groupe neutre (70%) et satisfait (71,4%). Et le groupe satisfait (40%) et le groupe neutre (30,5%) étaient plus spécialisés en pédopsychiatrie que le groupe insatisfait (9,1%). Il n'y avait pas de différences majeures pour le type d'exercice (consultations, hospitalisations, HDJ) ni en terme de nombre de patients vus en une demi-journée.

**d) Comparaison entre le groupe satisfait et insatisfait en fonction des différentes variables descriptives**

**Le contenu du travail**

<b>VARIABLES</b>	<b>INSATISFAIT, N = 11</b>	<b>SATISFAIT, N = 59</b>	<b>P-VALEUR</b>
<b>Appréciez-vous la part de votre travail consacrée aux entretiens avec les patients ?</b>			0.4
Tout à fait	8 (73%)	36 (61%)	
Plutôt oui	2 (18%)	20 (34%)	
Neutre	1 (9.1%)	1 (1.7%)	
Plutôt non	0 (0%)	2 (3.4%)	
pas du tout	0 (0%)	0 (0%)	
pas concerné	0 (0%)	0 (0%)	
<b>A quel point cette activité d'entretiens avec les patients est-elle importante pour votre satisfaction au travail ?</b>			>0.9
Tres importante	10 (91%)	48 (81%)	
Importante	1 (9.1%)	9 (15%)	
Moyennement importante	0 (0%)	2 (3.4%)	
Peu importante	0 (0%)	0 (0%)	
Pas du tout importante	0 (0%)	0 (0%)	
Pas concerné	0 (0%)	0 (0%)	
<b>Appréciez-vous la part de votre travail consacrée aux entretiens avec les proches de vos patients ?</b>			0.088
Tout à fait	4 (36%)	17 (29%)	
Plutôt oui	2 (18%)	31 (53%)	
Neutre	3 (27%)	5 (8.5%)	
Plutôt non	1 (9.1%)	4 (6.8%)	

Pas du tout	1 (9.1%)	1 (1.7%)	
Pas concerné	0 (0%)	1 (1.7%)	
<b>A quel point cette activité d'entretiens avec les proches est importante pour votre satisfaction au travail ?</b>			<b>0.4</b>
Très importante	5 (45%)	25 (42%)	
Importante	3 (27%)	24 (41%)	
Moyennement importante	1 (9.1%)	6 (10%)	
Peu importante	1 (9.1%)	3 (5.1%)	
Pas du tout importante	1 (9.1%)	0 (0%)	
Pas concerné	0 (0%)	1 (1.7%)	
<b>Appréciez-vous la part de votre travail consacrée à la gestion du dossier patient (observations, compte-rendus, mails, etc) ?</b>			<b>0.067</b>
Tout à fait	0 (0%)	4 (6.8%)	
Plutôt oui	0 (0%)	14 (24%)	
Neutre	2 (18%)	20 (34%)	
Plutôt non	6 (55%)	14 (24%)	
Pas du tout	3 (27%)	7 (12%)	
Pas concerné	0 (0%)	0 (0%)	
<b>A quel point cette activité de gestion du dossier patient est importante pour votre satisfaction au travail ?</b>			<b>0.3</b>
Très importante	2 (18%)	8 (14%)	
Importante	2 (18%)	15 (25%)	
Moyennement importante	2 (18%)	23 (39%)	
Peu importante	4 (36%)	11 (19%)	
Pas du tout importante	1 (9.1%)	2 (3.4%)	
Pas concerné	0 (0%)	0 (0%)	

<b>Appréciez-vous la part de votre travail consacrée à la réalisation de certificats (contraintes, chambre d'isolement, saisine au juge, etc) ?</b>			<b>0.3</b>
Tout à fait	0 (0%)	4 (6.8%)	
Plutôt oui	2 (18%)	5 (8.5%)	
Neutre	1 (9.1%)	12 (20%)	
Plutôt non	1 (9.1%)	17 (29%)	
Pas du tout	6 (55%)	15 (25%)	
Pas concerné	1 (9.1%)	6 (10%)	
<b>A quel point cette activité de réalisation de certificats est importante pour votre satisfaction au travail ?</b>			<b>0.8</b>
Très importante	1 (9.1%)	4 (6.8%)	
Importante	2 (18%)	12 (20%)	
Moyennement importante	3 (27%)	16 (27%)	
Peu importante	2 (18%)	18 (31%)	
Pas du tout importante	3 (27%)	9 (15%)	
Pas concerné	0 (0%)	0 (0%)	
<b>Appréciez-vous la part de votre travail consacrée aux questionnements cliniques ?</b>			<b>0.6</b>
Tout à fait	10 (91%)	38 (64%)	
Plutôt oui	1 (9.1%)	16 (27%)	
Neutre	0 (0%)	3 (5.1%)	
Plutôt non	0 (0%)	2 (3.4%)	
Pas du tout	0 (0%)	0 (0%)	
Pas concerné	0 (0%)	0 (0%)	
<b>A quel point cette activité de questionnement est importante pour votre satisfaction au travail ?</b>			<b>&gt;0.9</b>

Très importante	9 (82%)	42 (71%)	
Importante	2 (18%)	13 (22%)	
Moyennement importante	0 (0%)	3 (5.1%)	
Peu importante	0 (0%)	1 (1.7%)	
Pas du tout importante	0 (0%)	0 (0%)	
Pas concerné	0 (0%)	0 (0%)	
<b>Appréciez-vous la part de votre travail consacrée à l'animation des équipes paramédicales ?</b>			<b>0.033</b>
Tout à fait	1 (9.1%)	26 (44%)	
Plutôt oui	8 (73%)	25 (42%)	
Neutre	1 (9.1%)	7 (12%)	
Plutôt non	0 (0%)	1 (1.7%)	
Pas du tout	0 (0%)	0 (0%)	
Pas concerné	1 (9.1%)	0 (0%)	
<b>Appréciez-vous la part de votre travail consacrée à l'animation des équipes médicales (pour les chefs de service) ?</b>			<b>0.6</b>
Tout à fait	1 (9.1%)	15 (25%)	
Plutôt oui	2 (18%)	8 (14%)	
Neutre	2 (18%)	5 (8.5%)	
Plutôt non	0 (0%)	1 (1.7%)	
Pas du tout	0 (0%)	0 (0%)	
Pas concerné	6 (55%)	30 (51%)	
<b>A quel point cette activité d'animation est importante pour votre satisfaction au travail ?</b>			<b>0.038</b>
Très importante	1 (9.1%)	27 (46%)	
Importante	7 (64%)	20 (34%)	
Moyennement importante	3 (27%)	7 (12%)	

Peu importante	0 (0%)	5 (8.5%)	
Pas du tout importante	0 (0%)	0 (0%)	
Pas concerné	0 (0%)	0 (0%)	
<b>Appréciez-vous la part de votre travail consacrée à la vie institutionnelle de l'hôpital ? (CME, revue de morbidité, groupes de travail, élaboration de projets d'établissement) ?</b>			<b>0.041</b>
Tout à fait	2 (18%)	6 (10%)	
Plutôt oui	1 (9.1%)	23 (39%)	
Neutre	4 (36%)	19 (32%)	
Plutôt non	0 (0%)	3 (5.1%)	
Pas du tout	1 (9.1%)	0 (0%)	
Pas concerné	3 (27,1%)	8 (14%)	
<b>A quel point cette activité consacrée à la vie institutionnelle de l'hôpital est importante pour votre satisfaction au travail ?</b>			<b>0.010</b>
Très importante	2 (18%)	7 (12%)	
Importante	0 (0%)	22 (37%)	
Moyennement importante	5 (45%)	12 (20%)	
Peu importante	4 (36%)	9 (15%)	
Pas du tout importante	0 (0%)	9 (15%)	
<b>Est ce que la crainte de commettre une faute professionnelle impacte votre satisfaction au travail ?</b>			<b>0.6</b>
Tout à fait	2 (18%)	9 (15%)	
Plutôt oui	6 (55%)	20 (34%)	
Neutre	1 (9.1%)	14 (24%)	
Plutôt non	1 (9.1%)	12 (20%)	
Pas du tout	1 (9.1%)	4 (6.8%)	

Tableau XI : Comparaison entre le groupe satisfait et insatisfait de l'échantillon excluant les neutres (N=70) en fonction des variables descriptibles concernant le contenu du travail

Les deux groupes appréciaient de façon égale les entretiens avec les patients (91%), et cette part de travail était très importante pour leur satisfaction au travail (100% et 96%). Les psychiatres du groupe satisfait appréciait davantage les entretiens avec les proches des patients que pour les psychiatres du groupe insatisfait (respectivement 82% et 54%), et ils trouvaient cela important pour leur satisfaction au travail (83% et 72%). Quatre-vingt-deux pour cent des psychiatres du groupe insatisfait n'aimaient pas la part de leur travail consacrée à la gestion du dossier patient, alors que dans le groupe des psychiatres satisfaits, seulement 36% n'aimaient pas cette part de leur travail. De plus, 36% des psychiatres du groupe insatisfait et 39% des psychiatres du groupe satisfait trouvaient que la gestion du dossier patient impactait de manière importante leur satisfaction au travail, et 45.1% des psychiatres du groupe insatisfait trouvaient que cette part de travail n'impactait pas de manière importante leur satisfaction au travail, contre 22.4% dans le groupe des psychiatres satisfaits. Donc l'écart d'appréciation entre les deux groupes pour la part du travail consacrée à la gestion du dossier patient devrait être moindre après pondération. La part du travail consacrée à la rédaction des certificats n'était pas appréciée par 64% des psychiatres du groupes insatisfaits, et par 54% du groupe satisfait. Environ 27% des deux groupes rapportaient que la rédaction des certificats impactait de manière importante leur satisfaction au travail. La majorité des psychiatres des deux groupes appréciaient tout à fait la part de leur travail consacrée aux questionnements cliniques (100% et 91%) et la majorité trouvait cela très important pour la satisfaction au travail (100% et 93%). La majorité des psychiatres des deux groupes appréciaient l'animation des équipes paramédicales (82.1% et 86%), et cela était très important pour eux (73.1% et 80%). 27% des psychiatres du groupe insatisfait appréciaient la part de leur travail consacrée à la vie institutionnelle contre 49% dans le groupe satisfait. 18% des psychiatres insatisfaits trouvaient important cette part de travail pour leur satisfaction au travail contre 49% chez les satisfaits avec un petite p à la limite de la significativité (P=0,01). Après pondération, la différence d'appréciation de la part de travail consacrée à la vie institutionnelle entre les deux groupes devrait donc diminuer. La crainte de commettre une faute professionnelle impactait la satisfaction au travail de 73% des psychiatres du groupe insatisfaits contre 49% des psychiatres du groupe satisfait.

### Les conditions de travail

VARIABLES	INSATISFAIT N = 11	SATISFAIT N = 59	P-VALEUR
<b>Etes-vous satisfait du temps dont vous disposez pour vos entretiens avec vos patients ?</b>			
<b>Dans les services d'hospitalisations complètes ?</b>			<b>&lt;0.001</b>
Tout à fait satisfait	0 (0%)	10 (17%)	

Satisfait	1 (9.1%)	20 (34%)
Ni satisfait ni insatisfait	1 (9.1%)	6 (10%)
Insatisfait	2 (18%)	7 (12%)
Très insatisfait	4 (36%)	0 (0%)
pas concerné	3 (27%)	16 (27%)

**Dans les services de consultations ambulatoires ?** **0.002**

Tout à fait satisfait	0 (0%)	11 (19%)
Satisfait	3 (27%)	18 (31%)
Ni satisfait ni insatisfait	1 (9.1%)	11 (19%)
Insatisfait	2 (18%)	12 (20%)
Très insatisfait	4 (36%)	0 (0%)
pas concerné	1 (9.1%)	7 (12%)

**Etes-vous satisfait du temps dont vous disposez pour vos entretiens avec les proches de vos patients ?**

**Dans les services d'hospitalisations complètes ?** 0.2

Tout à fait satisfait	0 (0%)	4 (6.8%)
Satisfait	3 (27%)	18 (31%)
Ni satisfait ni insatisfait	1 (9.1%)	13 (22%)
Insatisfait	2 (18%)	6 (10%)
Très insatisfait	2 (18%)	1 (1.7%)
pas concerné	3 (27%)	17 (29%)

**Dans les services de consultations ambulatoires ?** 0.4

Tout à fait satisfait	0 (0%)	8 (14%)
Satisfait	2 (18%)	13 (22%)
Ni satisfait ni insatisfait	1 (9.1%)	11 (19%)

Insatisfait	3 (27%)	10 (17%)	
Très insatisfait	4 (36%)	8 (14%)	
pas concerné	1 (9.1%)	9 (15%)	
<b>Etes-vous satisfait du temps dont vous disposez pour la réalisation du dossier patient (observations, compte-rendus, mails) ?</b>			<b>0.6</b>
Tout à fait satisfait	0 (0%)	3 (5.1%)	
Satisfait	0 (0%)	9 (15%)	
Ni satisfait ni insatisfait	3 (27%)	19 (32%)	
Insatisfait	5 (45%)	17 (29%)	
Très insatisfait	3 (27%)	10 (17%)	
Pas concerné	0 (0%)	1 (1.7%)	
<b>Etes-vous satisfait du temps dont vous disposez pour la réalisation des certificats (contraintes, chambre d'isolement, saisine au juge, etc) ?</b>			<b>0.6</b>
Tout à fait satisfait	0 (0%)	3 (5.1%)	
Satisfait	0 (0%)	9 (15%)	
Ni satisfait ni insatisfait	3 (27%)	17 (29%)	
Insatisfait	6 (55%)	16 (27%)	
Très insatisfait	1 (9.1%)	7 (12%)	
Pas concerné	1 (9.1%)	7 (12%)	
<b>Etes-vous satisfait du temps dont vous disposez pour participer à la vie institutionnelle ? (CME, Revue de morbidité, groupes de travail, élaboration de projets d'établissement) ?</b>			<b>0.4</b>
Tout à fait satisfait	0 (0%)	1 (1.7%)	
Satisfait	3 (27%)	7 (12%)	
Ni satisfait ni insatisfait	4 (36%)	21 (36%)	

Insatisfait	1 (9.1%)	16 (27%)	
Très insatisfait	2 (18%)	4 (6.8%)	
Pas concerné	1 (9.1%)	10 (17%)	
<b>Etes-vous satisfait du temps dont vous disposez pour votre formation professionnelle ?</b>			<b>0.8</b>
Tout à fait satisfait	0 (0%)	3 (5.1%)	
Satisfait	2 (18%)	18 (31%)	
Ni satisfait ni insatisfait	2 (18%)	13 (22%)	
Insatisfait	5 (45%)	19 (32%)	
Très insatisfait	2 (18%)	6 (10%)	
<b>Etes-vous satisfait de l'effectif médical dans vos lieux de travail ?</b>			
<b>Dans les services d'hospitalisations complètes ?</b>			<b>0.15</b>
Tout à fait satisfait	0 (0%)	8 (14%)	
Satisfait	2 (18%)	9 (15%)	
Ni satisfait ni insatisfait	0 (0%)	8 (14%)	
Insatisfait	2 (18%)	12 (20%)	
Très insatisfait	5 (45%)	7 (12%)	
pas concerné	2 (18%)	15 (25%)	
<b>[Dans les services de consultations ambulatoires]</b>			<b>0.5</b>
Tout à fait satisfait	0 (0%)	1 (1.4%)	
Satisfait	1 (10%)	14 (20%)	
Ni satisfait ni insatisfait	0 (0%)	10 (14%)	
Insatisfait	7 (70%)	20 (29%)	
Très insatisfait	1 (10%)	18 (26%)	
pas concerné	1 (10%)	6 (8.7%)	

<b>Etes-vous satisfait de l'effectif paramédical dans vos lieux de travail ?</b>			
<b>Dans les services d'hospitalisations complètes ?</b>			<b>0.5</b>
Tout à fait satisfait	0 (0%)	6 (8.7%)	
Satisfait	2 (20%)	12 (17%)	
Ni satisfait ni insatisfait	1 (10%)	6 (8.7%)	
Insatisfait	3 (30%)	18 (26%)	
Très insatisfait	3 (30%)	8 (12%)	
Pas concerné	1 (10%)	19 (28%)	
<b>Dans les services de consultations ambulatoires ?</b>			<b>0.4</b>
Tout à fait satisfait	0 (0%)	6 (10%)	
Satisfait	2 (18%)	18 (31%)	
Ni satisfait ni insatisfait	2 (18%)	10 (17%)	
Insatisfait	3 (27%)	14 (24%)	
Très insatisfait	3 (27%)	4 (6.8%)	
Pas concerné	1 (9.1%)	7 (12%)	
<b>Etes-vous satisfait des capacités d'accueil des structures d'hébergement et de soins en aval des hospitalisations (ehpad, foyers, MAS, etc) ?</b>			<b>0.3</b>
Tout à fait satisfait	1 (10%)	0 (0%)	
Satisfait	0 (0%)	4 (5.8%)	
Ni satisfait ni insatisfait	1 (10%)	5 (7.2%)	
Insatisfait	4 (40%)	19 (28%)	
Très insatisfait	4 (40%)	33 (48%)	
Pas concerné	0 (0%)	8 (12%)	
<b>Etes-vous satisfait de la gestion du nombre de lits en intrahospitalier ?</b>			<b>&gt;0.9</b>

Tout à fait satisfait	0 (0%)	2 (3.4%)
Satisfait	0 (0%)	6 (10%)
Ni satisfait ni insatisfait	1 (9.1%)	6 (10%)
Insatisfait	4 (36%)	19 (32%)
Très insatisfait	5 (45%)	20 (34%)
Pas concerné	1 (9.1%)	6 (10%)
<b>Etes-vous satisfait de la fréquence de vos consultations pour vos patients au CMP ?</b>		0.6
Tout à fait satisfait	0 (0%)	3 (5.1%)
Satisfait	3 (27%)	11 (19%)
Ni satisfait ni insatisfait	0 (0%)	8 (14%)
Insatisfait	4 (36%)	25 (42%)
Très insatisfait	2 (18%)	8 (14%)
Pas concerné	2 (18%)	4 (6.8%)

Tableau XII : Comparaison entre le groupe satisfait et insatisfait de l'échantillon excluant les neutres (N=70) en fonction des variables descriptibles concernant les conditions de travail

Neuf pour cent des psychiatres du groupe insatisfait étaient satisfaits du temps qu'ils avaient pour les entretiens avec les patients en hospitalisation complète, contre 51% dans le groupe satisfait. De même, 54% des psychiatres du groupe insatisfait étaient insatisfaits du temps qu'ils ont pour les entretiens avec les patients en hospitalisation complète, contre 12% dans le groupe satisfait. Cette différence était significative ( $P < 0,001$ ). En ce qui concerne les services de consultations psychiatriques ambulatoires, 27% des psychiatres du groupe insatisfait étaient satisfaits du temps qu'ils avaient pour leur patients contre 50% du côté des psychiatres satisfaits. Et inversement, 54% des psychiatres du groupe insatisfait étaient insatisfaits du temps qu'ils avaient pour leur patients, contre 20% du côté des psychiatres satisfaits. Cette différence était significative ( $P = 0,002$ ).

A propos du temps disponible pour les entretiens avec les proches des patients, 27% des psychiatres du groupe insatisfait étaient satisfaits du temps qu'ils avaient en hospitalisation complète, contre 37,8% du côté des psychiatres du groupe satisfait. Et 36,1% des psychiatres du groupe insatisfait étaient insatisfaits du temps qu'ils avaient en hospitalisation complète pour les proches, contre 53% du côté des psychiatres du groupe satisfait. En consultations ambulatoires, nous retrouvons 18% de psychiatres du groupe insatisfait satisfait du temps pour les proches,

contre 34% des psychiatres du groupe satisfait. 63% des psychiatres du groupe insatisfaits étaient insatisfaits du temps pour les proches, contre 31% des psychiatres du groupe satisfaits.

Nous constatons que peu de psychiatres étaient satisfaits du temps qu'ils avaient pour le dossier patient (0% du côté des psychiatres du groupe insatisfait contre 20,1% des psychiatres du groupe satisfait). Soixante-douze pour cent des psychiatres du groupe insatisfait étaient insatisfaits du temps qu'ils ont pour le dossier patient, contre 46% des psychiatres du groupe satisfait. De même, peu de psychiatres étaient satisfaits du temps qu'ils avaient pour la réalisation des certificats (0% du côté des psychiatres du groupe insatisfait contre 20,1% des psychiatres du groupe satisfait) et 64,1% des psychiatres du groupe insatisfait étaient insatisfaits contre 39% du côté psychiatres du groupe satisfait.

Les psychiatres du groupe insatisfait étaient 27% à être satisfaits du temps qu'ils avaient pour la vie institutionnelle contre 13,7% des psychiatres du groupe satisfait. Environ un tiers des psychiatres (27,1% vs 33,8%) étaient insatisfaits du temps qu'ils avaient pour la vie institutionnelle.

Les psychiatres du groupe insatisfait étaient 18% à être satisfaits du temps qu'ils avaient pour leur formation professionnelle contre 36,1% des psychiatres du groupe insatisfait. Soixante trois pour cent des psychiatres du groupes insatisfait étaient insatisfaits du temps qu'ils avaient pour leur formation professionnelle contre 42% des psychiatres dans le groupe satisfaits.

Moins d'un tiers des psychiatres étaient satisfaits de l'effectif médical en milieu hospitalier (18% vs 29%) et 63% des psychiatres du groupe insatisfait en étaient insatisfaits, alors que seulement 32% du groupe des psychiatres du groupe satisfait en étaient insatisfaits. De même concernant l'effectif médical en service de consultations ambulatoires, 80% des psychiatres du groupe insatisfait en étaient insatisfaits contre 55% des psychiatres du groupe satisfait. Nous retrouvons peu de psychiatres satisfaits dans les deux groupes(10% et 21,4%).

Concernant les effectifs des équipes paramédicales en milieu hospitalier, nous retrouvons 60% des psychiatres du groupe insatisfait qui en étaient insatisfaits, contre 38% des psychiatres du groupe satisfait. Et dans les services ambulatoires de consultations, 54% des psychiatres du groupe insatisfait en étaient insatisfaits contre 30,8% des psychiatres du groupe satisfait.

La grande majorité des psychiatres (environ 80% dans les deux groupes) étaient insatisfaits des capacités d'accueil des structures d'hébergement et de soins en aval des hospitalisations. Ils étaient également insatisfaits de la gestion des lits au sein de l'hôpital (81% des psychiatres du groupe insatisfait contre 66% des psychiatres du groupe satisfait). Et un peu plus de la moitié des psychiatres des deux groupes étaient insatisfaits de la fréquence des consultations pour leurs patients au CMP (54% et 56%) contre environ un quart des psychiatres des deux groupes qui en étaient satisfaits.

## La permanence des soins

VARIABLES	INSATISFAIT N = 11	SATISFAIT N = 59	P-VALEUR
<b>Quelle type de permanence des soins assurez-vous ?</b>			0.5
Essentiellement des gardes sur place	3 (27%)	18 (31%)	
Essentiellement des astreintes opérationnelles ou de sécurité	2 (18%)	19 (33%)	
Des gardes sur place et des astreintes opérationnelles ou de sécurité	2 (18%)	12 (21%)	
Aucune des deux	4 (36%)	10 (17%)	
<b>Combien prenez-vous de gardes et/ou d'astreintes par mois en moyenne ?</b>			0.055
Minimum ; Maximum	0 ; 3	0 ; 4	
Médiane	1	1	
Moyenne	1	2	
ET	1	1	
<b>Depuis combien d'années faites-vous des gardes et/ou astreintes en tant que psychiatre ?</b>			0.3
Depuis moins de 5 ans	1 (12%)	20 (37%)	
Depuis 5 à 10 ans	3 (38%)	13 (24%)	
Depuis 10 à 20 ans	3 (38%)	10 (19%)	
Depuis 20 à 30 ans	0 (0%)	8 (15%)	
Pas concerné	4 (42%)	10 (15.7%)	
<b>Ressentez-vous de l'appréhension la veille de votre garde et/ou astreinte ?</b>			0.13
Tout à fait	1 (9.1%)	6 (10%)	
Plutôt oui	5 (45%)	16 (27%)	

Neutre	0 (0%)	9 (15%)	
Plutôt non	1 (9.1%)	10 (17%)	
Pas du tout	0 (0%)	11 (19%)	
Pas concerné	4 (40%)	8 (12%)	
<b>Ressentez-vous de l'anxiété pendant votre garde et/ou astreinte ?</b>			<b>0.043</b>
Tout à fait	2 (18%)	1 (1.7%)	
Plutôt oui	2 (18%)	19 (33%)	
Neutre	1 (9.1%)	15 (26%)	
Plutôt non	1 (9.1%)	8 (14%)	
Pas du tout	1 (9.1%)	9 (16%)	
Pas concerné	4 (36%)	7 (12%)	
<b>Ressentez-vous de la fatigue le lendemain du repos de votre garde</b>			<b>0.4</b>
Tout à fait	4 (36%)	17 (29%)	
Plutôt oui	3 (27%)	24 (41%)	
Neutre	0 (0%)	5 (8.5%)	
Plutôt non	0 (0%)	4 (6.8%)	
Pas du tout	0 (0%)	2 (3.4%)	
Pas concerné	4 (36%)	7 (12%)	
<b>La réalisation des gardes et/ou d'astreintes impacte t'elle votre satisfaction au travail ?</b>			<b>0.6</b>
2 (impact positif)	0 (0%)	6 (11%)	
1	1 (12%)	6 (11%)	
0 (aucune incidence)	3 (38%)	17 (31%)	
-1	1 (12%)	16 (29%)	
-2 (impact négatif)	3 (38%)	10 (18%)	
Pas concerné	3	4	

Tableau XIII : Comparaison entre le groupe satisfait et insatisfait de l'échantillon excluant les neutres (N=70) en fonction des variables descriptibles concernant la permanence des soins

Vingt neuf pour cent des psychiatres faisaient des gardes, 30.1% faisaient des astreintes opérationnelles ou de sécurité, 22.8% faisaient les deux, et 17.7% n'en faisaient aucune. Les deux groupes (satisfait et insatisfait) étaient comparables. Nous avons pu observer que les psychiatres du groupe satisfait prenaient plus de garde en moyenne que ceux du groupe insatisfait. La majorité des psychiatres insatisfaits prenaient des gardes 20 ans alors que ceux du groupe satisfait en prenaient depuis 30 ans. Les psychiatres du groupe insatisfait appréhendaient davantage les gardes que les psychiatres du groupe satisfait (54.1% contre 37%). Environ un tiers des psychiatres des deux groupes étaient anxieux durant la garde. Soixante trois pour cent des psychiatres du groupe insatisfait et 70% des psychiatres du groupe satisfait étaient fatigués le lendemain de leur repos de garde. Le fait de faire des astreintes et des gardes impactait la satisfaction de façon positive chez 12% des psychiatres du groupe insatisfait et 22% des psychiatres du groupe satisfait, et de manière négative chez environ la moitié des psychiatres des deux groupes (50% et 47%).

### L'environnement social au travail

VARIABLES	INSATISFAIT, N = 11	SATISFAIT, N = 59	P-VALEUR
<b>Etes-vous satisfait de la qualité du travail en équipe ?</b>			0.020
Tout à fait satisfait	0 (0%)	14 (24%)	
Satisfait	6 (55%)	33 (56%)	
Ni satisfait ni insatisfait	1 (9.1%)	8 (14%)	
Insatisfait	4 (36%)	3 (5.1%)	
Très insatisfait	0 (0%)	1 (1.7%)	
<b>A quel point la qualité du travail en équipe est importante pour votre satisfaction au travail ?</b>			0.8
Très importante	8 (73%)	45 (76%)	
Importante	3 (27%)	11 (19%)	
Moyennement importante	0 (0%)	2 (3.4%)	

Peu importante	0 (0%)	1 (1.7%)
Pas du tout importante	0 (0%)	0 (0%)
<b>Etes-vous satisfait de la relation que vous avez avec :</b>		
<b>Les secrétaires ?</b>		0.2
Tout à fait satisfait	6 (55%)	30 (51%)
Satisfait	2 (18%)	23 (39%)
Ni satisfait ni insatisfait	3 (27%)	5 (8.5%)
Insatisfait	0 (0%)	1 (1.7%)
Très insatisfait	0 (0%)	0 (0%)
pas concerné	0 (0%)	0 (0%)
<b>Les soignant(e)s ?</b>		0.021
Tout à fait satisfait	1 (9.1%)	26 (44%)
Satisfait	7 (64%)	29 (49%)
Ni satisfait ni insatisfait	1 (9.1%)	3 (5.1%)
Insatisfait	2 (18%)	1 (1.7%)
Très insatisfait	0 (0%)	0 (0%)
pas concerné	0 (0%)	0 (0%)
<b>Les assistant(e)s social(e)s ?</b>		0.5
Tout à fait satisfait	4 (36%)	29 (49%)
Satisfait	3 (27%)	15 (25%)
Ni satisfait ni insatisfait	4 (36%)	9 (15%)
Insatisfait	0 (0%)	3 (5.1%)
Très insatisfait	0 (0%)	0 (0%)
pas concerné	0 (0%)	3 (5.1%)
<b>Les psychologues ?</b>		0.4
Tout à fait satisfait	3 (27%)	21 (36%)

Satisfait	5 (45%)	26 (44%)	
Ni satisfait ni insatisfait	1 (9.1%)	8 (14%)	
Insatisfait	1 (9.1%)	3 (5.1%)	
Très insatisfait	1 (9.1%)	0 (0%)	
Pas concerné	0 (0%)	1 (1.7%)	
<b>Les cadres de santé ?</b>			<b>0.5</b>
Tout à fait satisfait	2 (18%)	22 (37%)	
Satisfait	6 (55%)	27 (46%)	
Ni satisfait ni insatisfait	2 (18%)	7 (12%)	
Insatisfait	1 (9.1%)	2 (3.4%)	
Très insatisfait	0 (0%)	1 (1.7%)	
Pas concerné	0 (0%)	0 (0%)	
<b>Les médecins psychiatres ?</b>			<b>0.2</b>
Tout à fait satisfait	3 (27%)	23 (39%)	
Satisfait	5 (45%)	30 (51%)	
Ni satisfait ni insatisfait	2 (18%)	6 (10%)	
Insatisfait	1 (9.1%)	0 (0%)	
Très insatisfait	0 (0%)	0 (0%)	
Pas concerné	0 (0%)	0 (0%)	
<b>Les médecins non psychiatres ?</b>			<b>0.7</b>
Tout à fait satisfait	5 (45%)	16 (27%)	
Satisfait	4 (36%)	29 (49%)	
Ni satisfait ni insatisfait	2 (18%)	10 (17%)	
Insatisfait	0 (0%)	0 (0%)	
Très insatisfait	0 (0%)	1 (1.7%)	
pas concerné	0 (0%)	3 (5.1%)	

<b>Le(la) chef(fe) de service ?</b>		0.3
Tout à fait satisfait	4 (36%)	35 (59%)
Satisfait	2 (18%)	11 (19%)
Ni satisfait ni insatisfait	2 (18%)	3 (5.1%)
Insatisfait	0 (0%)	1 (1.7%)
Très insatisfait	0 (0%)	1 (1.7%)
pas concerné	3 (27%)	8 (14%)
<b>Le(la) chef(fe) de pôle ?</b>		0.038
Tout à fait satisfait	2 (18%)	29 (49%)
Satisfait	2 (18%)	13 (22%)
Ni satisfait ni insatisfait	4 (36%)	10 (17%)
Insatisfait	3 (27%)	2 (3.4%)
Très insatisfait	0 (0%)	1 (1.7%)
pas concerné	0 (0%)	4 (6.8%)
<b>A quel point la qualité du relationnel est-elle importante pour votre satisfaction au travail ?</b>		>0.9
Très importante	9 (82%)	44 (75%)
Importante	2 (18%)	13 (22%)
Moyennement importante	0 (0%)	2 (3.4%)
Peu importante	0 (0%)	0 (0%)
Pas du tout importante	0 (0%)	0 (0%)
<b>Il existe au sein de l'hôpital plusieurs activités (sportives, culturelles, vente de paniers de légumes, crèche, etc). Est-ce que cela contribue à votre satisfaction au travail ?</b>		0.2
Tout à fait	0 (0%)	7 (10%)
Plutôt oui	6 (60%)	15 (22%)

Neutre	0 (0%)	19 (28%)
Plutôt non	0 (0%)	3 (4.3%)
Pas du tout	1 (10%)	11 (16%)
Pas concerné	3 (30%)	14 (20%)

Tableau XIV : Comparaison entre le groupe satisfait et insatisfait de l'échantillon excluant les neutres (N=70) en fonction des variables descriptibles concernant l'environnement social au travail

Cinquante cinq pour cent des psychiatres du groupe insatisfait contre 80% des psychiatres du groupe satisfait étaient satisfaits qualité du travail en équipe. Et 36% des psychiatres du groupe insatisfait se disaient insatisfaits contre 5.1% du côté des psychiatres du groupe satisfait. La qualité du travail en équipe était considéré comme important à très important par la quasi totalité des psychiatres des deux groupes (100% et 97%).

La majorité des psychiatres étaient satisfaits de la relation qu'ils avaient avec les soignants mais on notait une différence entre les deux groupes : 73.1% des psychiatres du groupe insatisfait l'étaient contre 93% des psychiatres du groupe satisfait. La majorité des psychiatres des deux groupes étaient satisfaits à très satisfaits de la relation qu'ils avaient avec les secrétaires, assistant(e)s social(e)s, psychologues, cadres de santé, les autres médecins psychiatres, leur chef(fe) de service et les médecins non psychiatres. Par contre seulement 31% des psychiatres du groupe insatisfait étaient satisfaits de la relation qu'ils avaient avec le ou la chef(fe) de pôle, contre 71% des psychiatres du groupe satisfait. Et 27% des psychiatres du groupe satisfait en étaient insatisfaits contre 5.1% psychiatres du groupe satisfait. La majorité des psychiatres décrivaient le relationnel au travail très important pour la satisfaction au travail.

### Le Rapport à la hiérarchie

VARIABLES	INSATISFAIT, N = 11	SATISFAIT, N = 59	P-VALEUR
<b>Au long de votre carrière de psychiatre, avez-vous été satisfait de la manière dont vos supérieurs (président de CME/chefs de pôle/chefs de service) managent les psychiatres de l'hôpital ?</b>			<b>0.005</b>
Tout à fait satisfait	0 (0%)	8 (12%)	
Satisfait	1 (10%)	22 (32%)	
Ni satisfait ni insatisfait	2 (20%)	23 (33%)	

Insatisfait	6 (60%)	14 (20%)	
Très insatisfait	1 (10%)	2 (2.9%)	
<b>Au long de votre carrière de psychiatre, avez-vous trouvé qu'ils aient été à l'écoute de vos besoins et de vos demandes ?</b>			<b>0.013</b>
Tout à fait	0 (0%)	10 (17%)	
Plutôt oui	2 (18%)	24 (41%)	
Neutre	3 (27%)	18 (31%)	
Plutôt non	6 (55%)	6 (10%)	
Pas du tout	0 (0%)	1 (1.7%)	
<b>Au long de votre carrière de psychiatre, avez-vous été satisfait de la manière dont le(la) directeur(directrice) de l'hôpital manage l'hôpital?</b>			<b>0.005</b>
Tout à fait satisfait	0 (0%)	1 (1.7%)	
Satisfait	0 (0%)	6 (10%)	
Ni satisfait ni insatisfait	0 (0%)	23 (39%)	
Insatisfait	5 (45%)	21 (36%)	
Très insatisfait	6 (55%)	8 (14%)	
<b>Au long de votre carrière de psychiatre, avez-vous trouvé qu'ils aient été à l'écoute de vos besoins et de vos demandes ?</b>			<b>0.2</b>
Tout à fait	0 (0%)	1 (1.7%)	
Plutôt oui	0 (0%)	5 (8.5%)	
Neutre	1 (9.1%)	18 (31%)	
Plutôt non	6 (55%)	29 (49%)	
Pas du tout	4 (36%)	6 (10%)	

Tableau XV : Comparaison entre le groupe satisfait et insatisfait de l'échantillon excluant les neutres (N=70) en fonction des variables descriptibles concernant le rapport à la hiérarchie

Dix pour cent des psychiatres du groupe insatisfait sont satisfaits de la manière dont les supérieurs (président de CME/chefs de pôle/chefs de service) managent les psychiatres de l'hôpital, contre 44% des psychiatres du groupe satisfait. Et inversement, 70% des psychiatres du groupe insatisfait en sont insatisfaits, contre 22.9% dans le groupe satisfait. Cette différence entre les deux groupes était significative (P= 0,005). Un peu plus de 50% des psychiatres du groupe insatisfait trouvaient que les supérieurs n'ont pas été à l'écoute de leurs besoins et de leurs demandes contre seulement 11,7 % des psychiatres du groupe satisfait. Et 18% des psychiatres du groupe insatisfait trouvaient qu'ils aient été à l'écoute contre 58% des psychiatres du groupe satisfait.

La totalité des psychiatres du groupe insatisfait n'étaient pas satisfaits de la manière dont le(la) directeur(directrice) de l'hôpital manage l'hôpital, contre 50% des psychiatres du groupe satisfait. Cette différence était significative (P=0,005). Quarante-deux pour cent des psychiatres du groupe insatisfait trouvaient que le ou la directeur(trice) n'a pas été à l'écoute de leurs besoins et de leurs demandes, contre 59% des psychiatres du groupe satisfait.

### Les récompenses

VARIABLES	INSATISFAIT, N = 11	SATISFAIT, N = 59	P-VALEUR
<b>Considérez-vous que votre salaire est à la hauteur des efforts fournis pour votre travail ?</b>			0.12
Tout à fait	1 (9.1%)	3 (5.1%)	
Plutôt oui	2 (18%)	19 (32%)	
Neutre	2 (18%)	8 (14%)	
Plutôt non	2 (18%)	23 (39%)	
Pas du tout	4 (36%)	6 (10%)	
<b>Dans quelle tranche de salaires après imposition vous situez-vous ?</b>			0.2
Moins de 2000 euros par mois	1 (9.1%)	1 (1.7%)	
Entre 2000 à 3000 euros par mois	1 (9.1%)	3 (5.1%)	
Entre 3000 à 4000 euros par mois	4 (36%)	20 (34%)	
Entre 4000 à 5000 euros par mois	1 (9.1%)	19 (32%)	
Entre 5000 à 6000 euros par mois	3 (27%)	12 (20%)	

Entre 6000 à 7000 euros par mois	0 (0%)	3 (5.1%)
Entre 7000 à 8000 euros par mois	1 (9.1%)	0 (0%)
Plus de 8000 euros par mois	0 (0%)	1 (1.7%)
<b>Etes-vous satisfait de la reconnaissance pour la qualité de votre travail que vous accordent :</b>		
<b>Les patients ?</b>		<b>0.040</b>
Tout à fait satisfait	1 (9.1%)	19 (32%)
Satisfait	7 (64%)	25 (42%)
Ni satisfait ni insatisfait	1 (9.1%)	14 (24%)
Insatisfait	1 (9.1%)	1 (1.7%)
Très insatisfait	1 (9.1%)	0 (0%)
<b>Les familles ?</b>		<b>&lt;0.001</b>
Tout à fait satisfait	1 (9.1%)	14 (24%)
Satisfait	7 (64%)	23 (39%)
Ni satisfait ni insatisfait	0 (0%)	18 (31%)
Insatisfait	0 (0%)	4 (6.8%)
Très insatisfait	3 (27%)	0 (0%)
<b>Les collègues médecins ?</b>		<b>0.2</b>
Tout à fait satisfait	0 (0%)	13 (22%)
Satisfait	7 (64%)	24 (41%)
Ni satisfait ni insatisfait	3 (27%)	19 (32%)
Insatisfait	1 (9.1%)	3 (5.1%)
Très insatisfait	0 (0%)	0 (0%)
<b>Les soignants ?</b>		<b>0.2</b>
Tout à fait satisfait	0 (0%)	13 (22%)
Satisfait	7 (64%)	26 (44%)

Ni satisfait ni insatisfait	2 (18%)	16 (27%)
Insatisfait	2 (18%)	4 (6.8%)
Très insatisfait	0 (0%)	0 (0%)
<b>L'institution hospitalière ?</b>		<b>0.3</b>
Tout à fait satisfait	0 (0%)	2 (3.4%)
Satisfait	0 (0%)	11 (19%)
Ni satisfait ni insatisfait	3 (27%)	23 (39%)
Insatisfait	5 (45%)	15 (25%)
Très insatisfait	3 (27%)	8 (14%)

Tableau XVI : Comparaison entre le groupe satisfait et insatisfait de l'échantillon excluant les neutres (N=70) en fonction des variables descriptibles concernant les récompenses

La plupart des psychiatres gagnaient entre 3000 et 6000 euros par mois, il n'y avait pas de différence entre les deux groupes. Vingt-sept pour cent des psychiatres du groupe insatisfait trouvaient que leur salaire était à la hauteur des efforts fournis pour leur travail, contre 37.1% des psychiatres du groupe satisfait. Environ la moitié des psychiatres dans les deux groupes trouvaient que leur salaire n'était pas à la hauteur des efforts fournis pour leur travail (54% et 49%).

Environ les trois quart des psychiatres des deux groupes étaient satisfaits de la reconnaissance pour la qualité de leur travail que leur accordent leurs patients. Soixante-treize pour cent des psychiatres du groupe insatisfait et 63% des psychiatres du groupe satisfait étaient satisfaits de la reconnaissance de la part des familles des patients. Par contre 27% des psychiatres du groupe insatisfait n'en étaient pas satisfait contre seulement 6,8% des psychiatres du groupe satisfait, et cela de manière significative ( $P < 0.001$ ). Un peu plus de 60% des psychiatres des deux groupes étaient satisfaits de la reconnaissance de la part des collègues médecins, de même de la part des soignants. Aucun psychiatre du groupe insatisfait était satisfait de la reconnaissance de la part de l'institution hospitalière, contre 22,4% des psychiatres du groupe satisfait, et 72% des psychiatres du groupe insatisfait étaient insatisfaits de la reconnaissance de la part de l'institution hospitalière, contre 39% des psychiatres du groupe satisfait.

### L'intégration des psychiatres venant de l'étranger

VARIABLES	INSATISFAIT, N = 11	SATISFAIT, N = 59	P-VALEUR
Etes-vous satisfait de la façon dont sont intégrés les médecins psychiatres étrangers (salaire, titularisation, etc) ?			0.2
Tout à fait satisfait	0 (0%)	1 (1.7%)	
Satisfait	0 (0%)	8 (14%)	
Ni satisfait ni insatisfait	0 (0%)	12 (20%)	
Insatisfait	6 (55%)	23 (39%)	
Très insatisfait	5 (45%)	15 (25%)	

Tableau XVII : Comparaison entre le groupe satisfait et insatisfait de l'échantillon excluant les neutres (N=70) en fonction des variables descriptibles concernant l'intégration des psychiatres venant de l'étranger

La totalité des psychiatres du groupe insatisfait étaient insatisfait de la façon dont étaient intégrés les médecins psychiatres étrangers, contre 64% des psychiatres du groupe satisfait.

### L'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle

VARIABLES	INSATISFAIT, N = 11	SATISFAIT, N = 59	P-VALEUR
Etes-vous satisfait de l'équilibre entre votre vie professionnelle et votre vie personnelle ?			<0.001
Tout à fait satisfait	0 (0%)	6 (10%)	
Satisfait	2 (18%)	33 (56%)	
Ni satisfait ni insatisfait	2 (18%)	6 (10%)	
Insatisfait	2 (18%)	14 (24%)	

VARIABLES	INSATISFAIT, N = 11	SATISFAIT, N = 59	P-VALEUR
Très insatisfait	5 (45%)	0 (0%)	
<b>A quel point cet équilibre est important pour votre satisfaction au travail ?</b>			<b>0.5</b>
Très important	7 (64%)	45 (76%)	
Important	4 (36%)	12 (20%)	
Moyennement important	0 (0%)	2 (3.4%)	
Peu important	0 (0%)	0 (0%)	
Pas du tout important	0 (0%)	0 (0%)	

Tableau XVIII : Comparaison entre le groupe satisfait et insatisfait de l'échantillon excluant les neutres (N=70) en fonction des variables descriptibles concernant l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle

Quatre-vingt trois pour cent des psychiatres du groupe insatisfait n'étaient pas satisfaits de l'équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle, contre 24% des psychiatres du groupe satisfait. Et Dix-huit pour cent des psychiatres du groupe insatisfait était satisfaits de cet équilibre, contre 66% des psychiatres du groupe satisfait. Cette différence était significative ( $p < 0.001$ ). Pour la majorité des psychiatres des deux groupes, cet équilibre était très important pour leur satisfaction au travail (100% et 96%).

### La santé au travail

Le travail impacte t'il votre santé ?			<b>&lt;0.001</b>
2 (impact positif)	0 (0%)	7 (12%)	
1	0 (0%)	7 (12%)	
0 (aucune incidence)	1 (9.1%)	18 (31%)	
-1	4 (36%)	25 (42%)	
-2 (impact négatif)	6 (55%)	2 (3.4%)	

Tableau XIX : Comparaison entre le groupe satisfait et insatisfait de l'échantillon excluant les neutres (N=70) en fonction des variables descriptibles concernant la santé au travail

Le travail impactait négativement la santé de 91% des psychiatres du groupe insatisfait contre 45.5% des psychiatres du groupe satisfait, et cela de manière significative ( $p < 0.001$ ).

**e) Réponses aux questions ouvertes**

**Y aurait-il des choses qui pourraient améliorer votre satisfaction au travail ?**

Un grand nombre de psychiatres ont demandé “plus d’effectif médical et paramédical” en “recrutant plus de psychiatres” et de “jeunes collègues” et en tentant d’ “étayer et fidéliser l’effectif médical”. Ils demandaient une diminution de la “charge de travail”, notamment une “diminution de la charge administrative” tels que “les certificats de soins sous contrainte, des chambres d’isolement, les refus préfectoraux concernant les SPDRE” ou les demandes provenant de “l’administration de l’hôpital et de l’ARS”. Ils souhaitaient avoir “davantage de temps pour voir les patients”, se sentir “moins pressés”, avec un planning “moins surchargé”, une “diminution du nombre d’activités cliniques différentes”, “moins de patient par demi-journées de consultation” et une “une diminution de la file active”. Un(e) psychiatre aurait voulu la “suppression de la cotation des actes” La plupart souhaitait également “plus de moyens pour la psychiatrie”, dont des “moyens matériels” et des “locaux plus fonctionnels” et “confortables”. Ils souhaitaient “augmenter le nombre de lits d’hospitalisation” et “améliorer la capacité d’accueil des patients”.

Les psychiatres voulaient “davantage de temps d’échanges cliniques pluridisciplinaires” et “avec l’équipe universitaire” “sur des cas complexes”, plus “de concertation multi-professionnelles et de synthèses inter-équipes”, et “augmenter les temps d’échanges autour des patients avec les collègues”. Ils souhaitaient avoir la “possibilité de bénéficier d’une supervision” et une “augmentation de la quantité de temps pour la formation continue” “sans affecter la qualité des soins.” Un(e) psychiatre aurait souhaité “plus de temps pour la recherche”. Certains psychiatres demandaient le développement de “stratégies non médicamenteuses complémentaires”, de “psychothérapies diversifiées”, d’augmenter “la présence d’ergothérapeute, de kinésithérapeute, de psychomotricien(e)s dans les services afin de diversifier les prises en charges et de proposer des ateliers pour les patients en intrahospitalier”.

Plusieurs psychiatres souhaitaient une meilleure “ambiance médicale”, une amélioration “des relations avec certains professionnels”, davantage de “communication”, “avec la responsable de l’unité” par exemple, “un travail plus collectif au sein de la communauté médicale”, une “amélioration des relations avec le CHU”. Un(e) psychiatre souhaitait “la présence d’un internat le midi pour plus de moments de communication avec les collègues médecins de l’hôpital”. Un(e)

autre souhaitait “un travail plus collectif entre les cadres et les médecins responsables d'unité”. Et un(e) troisième décrivait la nécessité de “la formation des professionnels aux techniques de gestion non violente des conflits afin d'éviter les conflits et les agressions verbales en collège médical, en CME, en réunion, ou au téléphone”.

Plusieurs psychiatres demandaient “plus de structures d'aval” ou de “solutions d'aval pour les patients stabilisés sans possibilité de retour à domicile”. Ils souhaitaient une “amélioration de la coordination des soins”, la possibilité de “pouvoir proposer des soins rapidement aux enfants” ainsi qu’ “une réduction des délais de la MDPH, notamment pour les primo-demande de jeunes enfants”, afin de permettre “de mieux préciser les diagnostics et de débiter des prises en soins plus précoces”.

Plusieurs psychiatres souhaitaient, “la participation des médecins à la direction de l'hôpital”, “plus de communication avec la direction”= et “un management moins agressif”.

Plusieurs d'entre eux souhaitaient être “mieux rémunérés” et avoir “plus de reconnaissance pour le service rendu” “par rapport à l'investissement au travail”.

Plusieurs psychiatres souhaitaient également un accès plus facile à la PAE (Procédure d'autorisation d'exercice pour les médecins à diplôme hors union européenne) et d'autres ont mentionnés vouloir “davantage d'intégration des médecins étrangers dans les staffs médicaux (participation cme, collèges, projets institutionnels ..)”.

Quelques psychiatre souhaitaient une “meilleure reconnaissance de la pathologie psychiatrique de la société”, une “prise de conscience et des réflexions nationales sur de l'état de l'hôpital et des services publics” avec “ un investissement massif dans le service public”.

### **Y a t-il des domaines non mentionnés dans ce questionnaire qui participent également à votre satisfaction au travail ?**

Les domaines cités étaient “Les valeurs du service public”, “la retraite”, “l'enseignement” “la spiritualité”, “la recherche clinique”, “les projets de soin et de recherche”, "les missions d'intérêt général", "les conditions matérielles du travail", "les temps d'échange informels avec les collègues médecins (self, internat)", "les échanges entre psychiatres du secteur public en Normandie", "les activités de groupe pour les patients" et questionner "les causes de départ des psychiatres hospitaliers vers le privé”.

### **III. DISCUSSION**

Notre recherche avait comme objectif de décrire le niveau de satisfaction global au travail des psychiatres du secteur public en Haute Normandie ainsi que d'identifier les potentiels facteurs de satisfaction et d'insatisfaction au travail.

#### **3.1) Score global de satisfaction au travail**

Dans notre étude, 84,3% des psychiatres étaient satisfaits au travail, ce score est également retrouvé dans une étude américaine (Stubbe & Thomas, 2002). Une étude canadienne (Lepnurm et al, 2006) et une étude néerlandaise (G F Koerselman & al, 2011) retrouvaient 83% de psychiatres satisfaits, et 81% dans une autre étude américaine (DeMello et al, 2011). En Amérique du Sud, Cordoba et al, (2009) retrouvaient 86,4% de leurs psychiatres satisfaits, et en Australie, Rey et al (2004) en retrouvaient 88%. Il n'était pas spécifié si le score de 5 sur 10 (neutre) avait été inclus ou non dans le groupe des répondants "satisfaits", ce qui peut faire varier les résultats. Dans notre étude nous ne les avons pas inclus. Nous supposons que la situation socio-économique de chaque pays et leurs différences culturelles peuvent également avoir un impact sur les résultats.

Nous retrouvons un score global moyen de satisfaction au travail de 70%, ce qui est légèrement moins qu'en suisse (74%) (Baumgardt et al, 2015) et qu'aux Pays-Bas (75%) (G F Koerselman & al, 2011), mais un peu plus que dans une étude française sur des psychiatres exerçant dans un service d'urgences (67%) (Very et al, 2016).

Nous avons retrouvé un score médian de satisfaction au travail de 7 sur 10. Une seule étude avait calculé le score médian de satisfaction au travail de ses répondants, et retrouvait un score de 6,2 sur 10 (Kumar et al, 2007).

#### **3.2) Les facteurs sociodémographiques**

Dans notre étude, le pourcentage de femmes dans le groupe insatisfait était de 73% alors que dans celui des satisfaits il était de 47%. Cette différence a été retrouvée de manière significative par deux études (Lepnurm et al, 2006 ; Cordoba et al, 2009).

Nous ne retrouvons pas de différence d'âge entre les deux groupes mais il est à noter que l'âge moyen des répondants était de 41 ans, et que 72% avaient entre 3 à 20 ans d'expérience en tant que psychiatre, alors qu'il est retrouvé dans la littérature que l'âge moyen des psychiatres en France est plutôt de 52 ans (DRESS, 2022). Dans la littérature, les psychiatres plus âgés avec plus d'années de pratique avaient de manière significative une meilleure satisfaction au travail (DeMello et al, 2011; Wolfberg & Moldavsky, 2011 ; Yao et al, 2021). Seule une étude retrouvait qu'avoir un âge plus jeune était associé à la satisfaction au travail (Jiang et al, 2018).

La grande majorité des répondants était en couple et la plupart avait au moins un enfant. Il semblerait que le nombre moyen d'enfants chez les insatisfaits était de 2 alors que chez les neutres et les satisfaits il était de 1, mais de nombreuses données manquaient. Nous n'avons pas retrouvé de données concernant le nombre d'enfants et la satisfaction au travail dans la littérature.

Nous avons choisi de ne pas questionner le lieu de travail (par exemple en zone urbaine, en campagne) ni la taille de l'hôpital, afin de conserver l'anonymat des répondants.

Les psychiatres du groupe insatisfait étaient davantage spécialisés en psychiatrie adulte (99,3%) que le groupe satisfait (71,4%), et le groupe satisfait étaient plus spécialisés en pédopsychiatrie (40%) que le groupe insatisfait (9,1%). Nous ne retrouvons pas de données de la littérature expliquant ces différences.

Nous ne retrouvons pas de différence de satisfaction en fonction de l'origine des répondants contrairement à une étude américaine qui associait l'origine afro-américaine et hispanique à une diminution de la satisfaction (DeMello et al, 2011). Pourtant nous avons 17% des répondants qui n'étaient pas d'origine française et plusieurs médecins étrangers ont évoqué en entretien la difficulté à obtenir le statut de psychiatre et le salaire correspondant. D'ailleurs la totalité des psychiatres du groupe insatisfait étaient insatisfaits de la façon dont étaient intégrés les médecins psychiatres étrangers, et un peu plus de la moitié des psychiatres du groupe satisfait. Nous ne retrouvons pas de données de la littérature concernant ce point.

### **3.3) Les domaines associés à la satisfaction au travail**

#### **Le contenu du travail**

##### La pratique clinique

Les deux groupes appréciaient les entretiens avec les patients, et cette part de travail était très importante pour leur satisfaction au travail. Cela avait même été un critère de choix pour la spécialité. D'ailleurs la majorité des psychiatres des deux groupes appréciaient tout à fait la part de leur travail consacrée aux questionnements cliniques et la majorité trouvaient cela très important pour la satisfaction au travail. En effet, le travail psychothérapeutique était un facteur de satisfaction au travail (P.E. Garfinkel, 2002). Le travail clinique complexe et le fait d'avoir en charge des patients difficiles étaient des prédicteurs positifs de satisfaction au travail. (Lepnurm et al, 2006) Lors des entretiens, la plupart des psychiatres interrogés décrivaient être satisfaits d'avoir des patients variés aux pathologies différentes, aux âges divers, et avec un renouvellement des prises en charge. La recherche psychopathologique est décrite comme stimulante intellectuellement, avec un attrait pour les pathologies lourdes ou complexes qu'il est difficile de "ranger dans une case", la recherche des diagnostics différentiels, et le questionnement clinique en réunion pluridisciplinaire.

Cela avait même été un des critères principaux qui les avaient mené à choisir la psychiatrie comme spécialité. Certains psychiatres déploraient l'approche pharmacologique unique et auraient voulu plus de psychothérapie. D'ailleurs Rotsein et Jenkins (2017) rapportaient que les psychiatres souhaitaient une plus grande variété dans les diagnostics des patients, ainsi que davantage de psychothérapie.

Mais la majorité des psychiatres du groupe insatisfaits déploraient un manque de temps pour les entretiens avec les patients en hospitalisation complète et cela avait un impact sur leur satisfaction au travail ( $P < 0,001$ ). Nous notons une tendance similaire en ce qui concerne les services de consultations psychiatriques ambulatoires ( $P < 0,002$ ) et un peu plus de la moitié des psychiatres des deux groupes étaient insatisfaits de la fréquence de leurs consultations pour leurs patients en CMP. Lors des entretiens, les psychiatres décrivaient un raccourcissement de la durée des entretiens, des difficultés à revoir rapidement des patients n'allant pas bien car ils constatent un espacement entre les rendez-vous. Ces résultats ont été également décrits dans la littérature, les psychiatres qui avaient un temps suffisant avec leur patient étaient significativement plus satisfaits au travail (DeMello et al, 2011). Cordoba et al (2009) rapportent que la probabilité d'insatisfaction augmentait de 4% pour chaque patient supplémentaire vu au cours d'une journée de travail.

### L'administratif

82% des psychiatres du groupe insatisfait n'aimaient pas la part de leur travail consacrée à la gestion du dossier patient, contre 36% dans le groupe des psychiatres satisfaits. De même concernant la part du travail consacrée à la rédaction des certificats, elle n'était pas appréciée par 64% des psychiatres du groupe insatisfait, contre 54% dans le groupe satisfait. Les deux groupes accordaient la même importance à ces activités pour leur satisfaction au travail, et manquaient de temps pour les réaliser. Les données de la littérature confirment que les la "paperasserie" excessive, le remplissage de formulaires et l'atteinte des objectifs kpi (indicateur de performance) étaient perçus négativement par les psychiatres (Rotsein & Jenkins, 2017) mais il n'y avait pas de lien de corrélation retrouvé. Dans nos entretiens, les psychiatres décrivaient consacrer une part importante de leur temps à la "bureaucratie" alors qu'ils auraient voulu "consacrer ce temps pour les entretiens avec les patients".

### Les gardes et astreintes

Nous avons pu observer que les psychiatres du groupe satisfait prenaient plus de garde en moyenne que ceux du groupe insatisfait. Les psychiatres du groupe insatisfait appréhendaient davantage les gardes que les psychiatres du groupe satisfait. Environ un tiers des psychiatres des deux groupes étaient anxieux durant la garde. La majorité des psychiatres des deux groupes étaient fatigués le lendemain de leur repos de garde. Le fait de faire des astreintes et des gardes impactaient la satisfaction de manière négative chez environ la moitié des psychiatres des deux groupes. Nous n'avons pas trouvé de données de la littérature sur ce sujet. Mais lors des entretiens, les gardes médicales étaient décrites comme "angoissantes", "perturbant le cycle du sommeil", "induisant de la fatigue", et "mal payées".

## Le management des équipes

La majorité des psychiatres des deux groupes appréciaient l'animation des équipes paramédicales. Avoir un niveau élevé d'influence sur les décisions (Lepnurm et al, 2006) et occuper un poste administratif, (Jiang et al, 2018) étaient des facteurs prédictifs positifs de la satisfaction au travail. Le fait de ne pas avoir de rôle de leadership était associé à une insatisfaction au travail (Yao et al, 2021) Lors des entretiens, la plupart des psychiatres ont pu exprimer leur satisfaction à être indépendants dans leur pratique. La capacité de prendre ses propres décisions, de réfléchir à son opinion, de travailler à sa discrétion (Koreki et al, 2008) était associé à une meilleure satisfaction au travail. D'ailleurs le manque d'influence au travail impactait négativement la satisfaction au travail (G.F. Koerselman, 2011).

## La vie institutionnelle

Les psychiatres du groupe satisfait appréciaient davantage la part de leur travail consacrée à la vie institutionnelle que les psychiatres du groupe insatisfait (49% contre 27%) et cela était plus important pour leur satisfaction au travail que pour les psychiatres du groupe insatisfait. Les psychiatres étaient un tiers à manquer de temps pour s'investir dans la vie institutionnelle. En effet, l'implication dans l'organisation de l'institution était associé à la satisfaction alors que le manque d'engagement institutionnel était associé à l'insatisfaction au travail (G.F. Koerselman, 2011) Lors des entretiens, Plusieurs psychiatres ont fait part de leur volonté de participer à la vie institutionnelle afin de "mettre en place de nouveaux projets", "améliorer les choses déjà existantes", "diversifier leur forme de travail", "se tenir informer des décisions prises par la direction et parfois prendre des décisions via un vote" par exemple. Néanmoins il a été cité plusieurs fois qu'ils avaient "l'impression de ne pas être entendu, de monter des projets et de ne pas voir leurs réalisations".

## **Les conditions de travail**

### L'effectif médical

Moins d'un tiers des psychiatres étaient satisfaits de l'effectif médical en milieu hospitalier et il y avait davantage de psychiatres du groupe insatisfait qui en étaient insatisfaits (63% contre 32%). De même pour ce qui concernait l'effectif médical en service de consultations ambulatoires, il y avait davantage de psychiatres du groupe insatisfait qui en étaient insatisfaits (80% contre 55%). En effet, Lepnurm et al (2006) alléguaient que le nombre de collègues s'avérait être important pour la satisfaction au travail. Lors des entretiens, la majorité des psychiatres exprimaient un manque de personnel médical au sein de leurs établissements, induisant une "augmentation de la charge de travail", un "manque de temps", un "rallongement des horaires de travail", une "augmentation du stress au travail", le "sentiment d'être seul" et l'impossibilité de "participer à la vie institutionnelle de l'hôpital".

## La charge de travail

Dans notre étude, nous n'avons pas questionné directement le manque de temps au travail, mais lors des entretiens, la majorité des psychiatres déploraient le manque de temps "pour le suivi des patients", pour "faire des entretiens en profondeur et de la psychothérapie", pour "former les internes", pour "se former", pour "le questionnement clinique approfondi", "la recherche d'articles", "demander des avis à des confrères sur les prises en charge", et cela entraînait l'impression de faire du "travail de moins bonne qualité". De plus, avoir de nombreuses heures de travail par semaine était associé à une insatisfaction au travail (Yao et al, 2021 ; Lepnurm et al, 2006) et à l'inverse, avoir moins d'heures de travail hebdomadaire était associé à une meilleure satisfaction au travail (Jiang et al, 2018). E Very (2006) retrouvait des scores de satisfaction significativement plus élevés chez les psychiatres exerçant en temps partiel que ceux exerçant à plein temps. Cela n'a pas été retrouvé dans notre étude. Les psychiatres exprimaient leur désir d'avoir des heures de travail réduites et moins d'heures supplémentaires (Rotsein & Jenkins, 2017). Cordoba et al (2009) trouvaient que pour chaque heure supplémentaire travaillée dans la journée, la probabilité d'insatisfaction augmentait de 8%, et pour chaque semaine supplémentaire de vacances prises par an, la probabilité d'insatisfaction a été réduite de 44%.

## Les capacités d'accueil des patients

La grande majorité des psychiatres (environ 80% dans les deux groupes) étaient insatisfaits des capacités d'accueil des structures d'hébergement et de soins en aval des hospitalisations et de la gestion des lits au sein de l'hôpital. Lors des entretiens, la plupart des psychiatres déploraient un "manque de lit sur l'hôpital" avec "des demandes constantes de faire sortir les patients hospitalisés pour faire de la place", ce qui "précipite les prises en charge des patients".

## Le poids du médico-légal

La crainte de commettre une faute professionnelle impactait la satisfaction au travail de 73% des psychiatres du groupe insatisfait contre 49% des psychiatres du groupe satisfait. Le fait de ne pas avoir connu de litiges et de plaintes médicales étaient associés à une meilleure satisfaction au travail (Jiang et al, 2018). Ceux qui avaient craignaient davantage de commettre une faute professionnelle étaient significativement moins satisfaits (DeMello et al, 2011). Les psychiatres préféraient partager les responsabilités que d'être individuellement responsable (Lepnurm et al, 2006). En effet lors des entretiens, les psychiatres exprimaient la crainte de "commettre une erreur thérapeutique" et redoutaient les "plaintes des patients et des familles des patients".

## **L'environnement social au travail**

Dans notre étude, les psychiatres du groupe insatisfait étaient moins satisfaits de la qualité du travail en équipe que les psychiatres du groupe satisfait (80% vs 36%). La qualité du travail en

équipe était considéré comme important à très important par la quasi-totalité des psychiatres des deux groupes. Les données de la littérature rapportent qu'une bonne qualité de coopération, notamment entre médecins et infirmiers, était associée à une satisfaction au travail significativement plus élevée (J. Baumgardt, 2015 ; Jiang et al, 2018). D'ailleurs lors des entretiens, la majorité des psychiatres rapportait apprécier le travail en équipe, trouvaient cela très important pour la satisfaction au travail, et notamment le soutien de l'équipe lors de situations compliquées. De plus, les psychiatres du groupe insatisfait déclaraient avoir une moins bonne relation avec les soignants de leur service alors que la majorité des psychiatres décrivaient le relationnel au travail très important pour la satisfaction au travail. Un bon environnement social des travailleurs de la santé (Jiang et al, 2018), la facilité de communication avec les collègues et le soutien de la part des collègues vis à vis des problèmes personnels (Koreki et al, 2008) étaient associés à une meilleure satisfaction au travail. L'isolement professionnel était associé à l'insatisfaction au travail (P.E. Garfinkel, 2002). Dans son étude, Jing et al (2018) retrouvaient que 76% des psychiatres répondants étaient satisfaits de la confiance entre médecins et infirmiers et que 79% n'étaient pas satisfait de l'environnement social.

### **La formation professionnelle**

Soixante-trois pour cent des psychiatres du groupe insatisfait et 42% du groupe satisfait, étaient insatisfaits du temps qu'ils avaient pour leur formation professionnelle. Le fait de ne pas pouvoir avoir de formation complémentaire en psychiatrie était associé à l'insatisfaction au travail (Cordoba et al, 2009), et les difficultés de concilier les besoins de service et les engagements de formation étaient perçus négativement par les psychiatres (Rotsein & Jenkins, 2017).

### **Les rapports à la hiérarchie**

Dans notre étude, nous retrouvons une association significative entre la manière dont les supérieurs (président de CME, chefs de pôle, chefs de service) managent les psychiatres de l'hôpital et l'insatisfaction au travail ( $P= 0,005$ ). De même à propos de la manière dont le ou la directeur(trice) de l'hôpital manage l'hôpital ( $P= 0,005$ ). Plus de la moitié des psychiatres du groupe insatisfait trouvaient que les supérieurs n'avaient pas été à l'écoute de leurs besoins et de leurs demandes, et 91% des psychiatres du groupe insatisfait trouvaient que le ou la directeur(trice) n'avait pas été à l'écoute de leurs besoins et de leurs demandes. Seulement 31% des psychiatres du groupe insatisfait étaient satisfaits de la relation qu'ils avaient avec le ou la chef(fe) de pôle, contre 71% des psychiatres du groupe satisfait. En effet, la facilité de communication avec les supérieurs et la capacité de compter sur eux étaient associés à une meilleure satisfaction au travail (Koreki et al, 2008) Une étude avait retrouvé que la satisfaction été impactée négativement par les relations hiérarchiques au travail (G.F. Koerselman, 2011). De plus, la capacité de l'institution à résoudre les conflits médicaux des hôpitaux était une variable prédictive significative de la satisfaction au travail (Jiang et al, 2018). Ces résultats étaient exprimés par quelques psychiatres lors des entretiens, qui trouvaient leur chef(fe) de pôle "peu à l'écoute" des besoins et des demandes, avec des "prises de décisions en fonction des intérêts politiques et non dans l'intérêt des psychiatres". Et

la grande majorité des psychiatres exprimaient l'impression "de ne pas être écouté ni entendu" par la direction.

## **Les récompenses**

### Le salaire

Environ la moitié des psychiatres dans les deux groupes trouvaient que leur salaire n'était pas à la hauteur des efforts fournis pour leur travail. La perception de la réussite financière (P.E. Garfinkel, 2002) et l'obtention d'un salaire mensuel élevé était associé à une satisfaction au travail élevée (Jiang et al, 2018 ; Yao et al, 2021), ainsi que le fait d'avoir un écart moindre entre le salaire prévu et le salaire réel (Jiang et al, 2018 ; Cordoba et al, 2009). Les psychiatres estimaient contribuer plus qu'ils ne recevaient en échange de leurs efforts (Lepnurm et al, 2006). Lors des entretiens, la satisfaction du salaire était en effet partagée entre ceux qui estimaient gagner assez, et ceux qui estimaient être sous-payés. Il est à noter que la plupart des psychiatres insatisfaits de leur salaire auraient préféré avoir davantage de temps pour leur vie personnelle. Selon Jiang et al (2018), avoir moins d'heures de travail hebdomadaire était associé à une meilleure satisfaction au travail. Et E Very (2006) retrouvait des scores de satisfaction significativement plus élevés chez les psychiatres exerçant en temps partiel que ceux exerçant à plein temps. Dans une recherche future, il serait intéressant de questionner l'impact du temps travaillé sur la satisfaction au travail.

### La reconnaissance au travail

Environ les trois quarts des psychiatres des deux groupes étaient satisfaits de la reconnaissance pour la qualité de leur travail que leur accordaient leurs patients et un peu moins provenant de leurs proches. En effet, 27% des psychiatres du groupe insatisfait n'étaient pas satisfait de la reconnaissance des proches des patients, contre seulement 6,8% des psychiatres du groupe satisfait, et cela de manière significative ( $P < 0.001$ ). Pourtant lors des entretiens, les psychiatres décrivaient un manque de reconnaissance de la part des patients, et les psychiatres insatisfaits ne semblaient pas mettre en avant un manque de reconnaissance de la part des proches des patients. L'appréciation des patients (P.E. Garfinkel, 2002) et la gratitude et le respect des patients (Koreki et al, 2008) étaient des prédicteurs positifs de la satisfaction au travail. Wolfberg et al (2011) rapportaient que 72,2% des psychiatres interrogés percevaient une reconnaissance au travail de la part des patients, ce qui est en accord avec nos résultats. Par contre nous ne retrouvons pas de données dans la littérature concernant la reconnaissance par les proches des patients.

Un peu plus de 60% des psychiatres des deux groupes étaient satisfaits de la reconnaissance de la part des collègues médecins, et de la part des soignants, et cela de manière indifférente entre les deux groupes. Pourtant la reconnaissance par les pairs était un prédicteur positif de la satisfaction au travail. (P.E. Garfinkel, 2002) et Wolfberg et al (2011) rapportaient que 48,8% des psychiatres interrogés percevaient une reconnaissance au travail de la part de la part de leurs collègues. Lors des entretiens, les psychiatres rapportaient des "encouragements" de la part des

collègues, mais globalement, ils décrivaient que la reconnaissance provenait surtout de leur "propre satisfaction personnelle d'avoir aidé le patient".

Aucun psychiatre du groupe insatisfait était satisfait de la reconnaissance de la part de l'institution hospitalière contre 22,4% des psychiatres du groupe satisfait. Les trois quarts des psychiatres du groupe insatisfait étaient insatisfaits de la reconnaissance de la part de l'institution hospitalière contre 39% des psychiatres de l'autre groupe. Wolfberg et al (2011) rapportaient que seulement 26,8% des psychiatres interrogés percevaient une reconnaissance au travail de la part des directeurs médicaux, ce qui est davantage que dans notre étude. D'ailleurs lors des entretiens, la majorité des psychiatres décrivaient un manque de reconnaissance de la part de l'institution hospitalière.

### **L'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle**

Dans notre étude, 83% des psychiatres du groupe insatisfait n'étaient pas satisfaits de l'équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle, contre 24% des psychiatres du groupe satisfait. Cette différence était significative ( $p < 0.001$ ). Pour la majorité des psychiatres des deux groupes, cet équilibre était très important pour leur satisfaction au travail. En effet, l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle est une variable prédictive significative de la satisfaction au travail (P.E. Garfinkel, 2002). Lors des entretiens, la plupart des psychiatres rapportaient l'importance d'un bon équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle pour leur satisfaction au travail, mais cet équilibre n'était pas satisfaisant pour tout le monde, les réponses étaient assez partagées.

### **La Santé au travail**

Le travail impactait négativement la santé de 91% des psychiatres du groupe insatisfait contre 45.5% des psychiatres du groupe satisfait, et cela de manière significative ( $p < 0.001$ ). L'épuisement professionnel était significativement associé à l'insatisfaction au travail. (Yao et al, 2021 ; S. Kumar, 2007 ; J. Baumgardt, 2015). L'insatisfaction au travail était fortement associée au niveau de stress perçu (Rey et al, 2004 ; Lepnurm et al, 2006) et au degré perçu de charge émotionnelle (P.E. Garfinkel, 2002). A l'inverse, les psychiatres interrogés souffrants d'épuisement professionnel étaient significativement plus susceptibles de déclarer une insatisfaction à l'égard de leur travail (Yao et al, 2021). Lors des entretiens, certains psychiatres ont fait part de leur fatigue psychique quant à la charge de travail importante, le manque de temps, ce qui amenait à un travail de moins bonne qualité et un manque de satisfaction par rapport au travail accompli.

### **Autres domaines à explorer**

Un sujet peu abordé dans les entretiens et le questionnaire était la part du travail universitaire (recherche et enseignement). Ceci était dû au fait que la proportion de répondant ayant des fonctions universitaires était trop faible. Pourtant, cela a été mentionné lors de la question ouverte qui

demandait si un sujet non abordé aurait pu avoir un impact sur la satisfaction au travail. D'autant que dans la littérature, le travail universitaire était un facteur de satisfaction (Lepnurm et al, 2006) et Rostein & Jenkins (2017) alléguaient que les psychiatres exprimaient leur désir de plus de recherche et des travaux universitaires (Rotsein & Jenkins, 2017).

Deux autres domaines non abordés mais mentionnés par les psychiatres dans la question ouverte étaient les valeurs du service public et la réalisation de projets. Des auteurs retrouvaient que la satisfaction au travail était significativement plus élevée quand l'expérience de sens personnel était élevée et qu'il était possible de mettre en pratique les idéaux politico-sociaux au travail et d'apporter de réels changements (G.F. Koerselman, 2011). La croyance en la valeur intrinsèque de soins psychiatriques (P.E. Garfinkel, 2002) et l'intérêt pour le contenu du travail (Koreki et al, 2008) étaient des variables prédictives significatives du niveau de satisfaction professionnelle, et la satisfaction augmentait avec l'accomplissement professionnel (S. Kumar, 2007).

Lors des entretiens, l'exposition à des violences potentielles de la part des patients ne semblait pas prédominante pour la satisfaction au travail, car les psychiatres rapportaient ne pas se sentir en insécurité car ils avaient "des équipes très présentes". Pourtant selon Very et al (2015), 25,7% des psychiatres interrogés avait été confrontés à de l'agressivité ou de la violence de la part de patients, et selon Wolfberg et Moldavsky, 78,6% rapportaient être exposés à la violence au travail. Il serait intéressant questionner ce point dans des recherches futures.

Nous n'avons pas non plus questionné les opportunités de croissance et de développement de carrière ainsi que le temps pour le développement de la carrière professionnelle, car cela n'a pas du tout émergé dans les entretiens avec les psychiatres, mais comme cela étaient associé à une satisfaction au travail plus élevée (Koreki et al, 2008)(P.E. Garfinkel, 2002), il serait également intéressant de le questionner dans des recherches futures.

## **IV. LIMITES DE L'ÉTUDE**

### **4.1) Limites de la phase exploratoire**

#### La collecte des données

Le choix des psychiatres à interroger a été pensé de façon à constituer un échantillon le plus hétérogène possible. Néanmoins, cela s'est fait sur la base du volontariat et suite à des suggestions, ce qui constitue un biais de sélection important. Les éléments qui ressortaient des entretiens étaient ceux que la personne avait à l'esprit au moment de l'entretien, donc il existait un risque important d'omission (biais de déclaration) et une forte dépendance aux événements qui précédaient immédiatement l'entretien (biais attentionnels). La personne pouvait également ne pas aborder volontairement certains aspects durant l'entretien (biais de désirabilité sociale), d'autant plus que du fait de mon statut d'interne en psychiatrie, et de celui de mon directeur de thèse (chef de pôle du secteur rouennais), cela a pu majorer le biais de désirabilité sociale. Nous ne sommes pas arrivés jusqu'à saturation des données par manque de temps, ce qui a pu contribuer à une non exhaustivité du recueil des domaines de satisfaction et d'insatisfaction.

#### L'analyse des données

Nous avons retranscrits tous les entretiens en entiers et de manière rigoureuse. L'analyse des données a été faite manuellement par une personne unique, ce qui a pu créer un biais d'évaluation et d'interprétation des données. Nous avons identifié en amont nos idées préconçues sur le sujet, ainsi que nos attentes vis-à-vis de l'étude afin de limiter le biais de confirmation.

### **4.2) Limites de la phase du questionnaire**

#### La collecte des données

Afin d'interroger la totalité des psychiatres exerçant dans le secteur public de Haute Normandie, nous avons envoyé le questionnaire via les listes de diffusion de chaque pôle. Néanmoins, les chef(e)s de pôle qui ont relayé le questionnaire étaient plus ou moins réactifs, ce qui a pu créer des disparités entre le nombre de psychiatres répondants de chaque pôle. Malheureusement nous n'avons pas de données pour l'affirmer car nous n'avons pas questionné les psychiatres sur leur lieu de travail afin de préserver leur anonymat. De plus, les psychiatres avaient environ 1 mois pour répondre au questionnaire (du 10 février 2023 au le 15 mars 2023) ce qui ne leur laissait que peu de temps pour répondre. Le taux de réponse était plutôt faible (27,8%) ce qui a pu induire un biais de d'auto-sélection (biais du volontariat) et les réponses aux questionnaires ont pu être affectées par le biais de désirabilité sociale.

## L'analyse des données

Nous avons choisi de réaliser un questionnaire original *ad hoc* plutôt qu'un questionnaire validé, ce qui relève davantage du registre de l'enquête que de celui d'une recherche scientifique. De plus, la taille de notre échantillon était insuffisante (N=80), d'autant que nous avons ensuite exclu les 10 répondants neutres afin d'éviter un biais d'évaluation (N=70) avec un des deux groupes composé de seulement 11 participants. Malgré une puissance statistique probablement faible, nous avons décidé de réaliser les tests de comparaison t de Student et celui du chi<sup>2</sup> sur chacune des variables, ce qui a pu induire une inflation du risque alpha. Pour réduire le risque de conclure à une différence à tort, nous avons choisi un risque alpha de 1%.

Il convient donc, compte tenu des faiblesses méthodologiques, de considérer les résultats avec un certain recul.

## V. CONCLUSION

Notre recherche avait comme objectif de décrire le niveau de satisfaction global au travail des psychiatres du secteur public en Haute Normandie ainsi que d'identifier les potentiels facteurs de satisfaction et d'insatisfaction au travail. Notre étude mettait en évidence une satisfaction au travail plutôt élevée car **84,3% des psychiatres étaient satisfaits au travail, en cohérence avec les données de la littérature, mais avec un score global moyen de 70%, ce qui semble légèrement moins élevé que les scores retrouvés dans la littérature.** Nous avons observé que le manque de temps passé avec les patients en hospitalisation complète et en consultation ambulatoire semblait être un prédicteur négatif de la satisfaction au travail. De plus, nous constatons que la manière dont les supérieurs (président(e) de CME et chef(fe) de pôle) et dont le ou la directeur(trice) manageaient les psychiatres de l'hôpital et l'hôpital semblait être liée à l'insatisfaction au travail, cela est actuellement peu documenté dans la littérature. De manière un peu plus surprenante, il semblait que le manque de reconnaissance pour le travail du psychiatre de la part des proches des patients était associé négativement avec la satisfaction au travail. Cela n'est pas étayé par les données de la littérature. Par contre un mauvais équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle semblait être un prédicteur négatif de la satisfaction au travail, et cela était bien documenté dans la littérature. Il en est de même de l'association entre la santé et l'insatisfaction au travail.

Tous ces résultats semblent cohérents avec les données de la littérature, mais nous ne pouvons pas conclure à un lien de corrélation entre les facteurs cités et la satisfaction au travail car notre étude manquait de puissance, (N=80).

Néanmoins, nos résultats peuvent servir de support pour apporter des changements au niveau du travail afin d'améliorer la satisfaction au travail des psychiatres de Haute Normandie. Il est probable qu'un soutien aux psychiatres manquant de temps avec leurs patients serait bénéfique pour leur satisfaction, par exemple en diminuant la charge administrative. On peut également imaginer qu'une meilleure communication entre la direction et les psychiatres, ainsi qu'entre les supérieurs et les psychiatres, permettrait de réduire l'insatisfaction liée à leur management. De plus, veiller au bon équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle de psychiatres, notamment en permettant

aux psychiatres de ne pas faire d'horaires supplémentaires, ou en diminuant leur charge de travail par l'augmentation de l'effectif médical. Afin de préserver la santé des psychiatres, il serait intéressant de mettre en place des supervisions ou bien de faciliter l'accès vers la ou la psychologue du travail.

De futures recherches sur la satisfaction au travail à plus grande échelle permettraient de confirmer ou d'infirmier nos résultats, d'aborder des sujets tels que l'enseignement, la recherche, les valeurs de l'institution et le sens du travail ou encore les conditions matérielles et les temps d'échanges avec les autres collègues, ainsi que de trouver des pistes d'amélioration de la satisfaction au travail des psychiatres.

## VI. ANNEXES

### Annexe 1 : Trame de l'entretien exploratoire

#### I. Facteurs sociodémographiques

- Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre lieu de naissance ?
- Quelles est votre situation familiale ?
- Depuis combien de temps pratiquez-vous en tant que psychiatre ?  
Et dans votre structure ?

#### II. Organisation et relationnel

- Pouvez-vous me décrire l'endroit où nous nous trouvons et ses spécificités ?
- Qui compose votre équipe ?  
Comment ça se passe pour vous de travailler en équipe ?  
Rencontrez-vous des difficultés au travail en équipe ?
- Qui sont vos supérieurs hiérarchiques ?  
Quelles sont vos interactions avec eux ?
- Pouvez-vous me décrire précisément une journée type de travail du réveil au coucher ?

#### III. Fonctions

##### a. pratique clinique

- Quel genre de difficultés rencontrez-vous avec vos patients ?  
Pouvez vous me raconter un exemple d'une situation délicate à gérer ?  
Y aurait-il pu avoir d'autres façons de la gérer ?
- Faites-vous des gardes ? Comment ça se passe pour vous en général ?
- Combien de patients avez-vous à votre charge ?

##### b. administratif

- Vous me parlez tout à l'heure de (citer), l'administratif est-elle une part importante de votre travail ?

##### c.vie institutionnelle

- Participez-vous à la vie institutionnelle de votre établissement ?

##### d. formation

- Comment faites-vous pour vous mettre à jour des avancées de la psychiatrie ?
- Faites-vous de la recherche ?
- Formez-vous des étudiants ? Quel temps cela vous prend-il?

#### IV. Charge de travail et santé

- Combien d'heures travaillez-vous par semaine ? Cela vous convient-il ?
- Avez vous traversé des moments particulièrement difficiles depuis que vous exercez ?
- Est-ce que vous trouvez que votre métier pourrait avoir un impact sur votre santé ?

Et sur votre vie personnelle ?

### III perception de son travail / identité

- Pouvez-vous me raconter comment vous êtes devenu psychiatre ?
- Pourquoi avez-vous choisi ce métier ?
- Vos attentes initiales envers la profession en débutant la psychiatrie ont-elles été atteintes ?
- Comment avez-vous vu évoluer votre travail ?  
Comment voudriez-vous qu'il évolue ?

### IV. Récompenses

- Votre salaire est-il à la hauteur de votre travail ?
- Existe-t-il d'autres formes de récompenses que le salaire ?

### V. Note de satisfaction

- Sur une échelle de 0 à 10 quel est votre niveau de satisfaction au travail ?

### V Conclusion

- Pensez-vous à d'autres choses que j'aurais oublié et qui vous semblent importantes ?
- Est-ce que tu perçois des choses à améliorer dans la santé mentale en France ?
- Avez-vous des pistes d'amélioration ?

## **Annexe 2 : Questionnaire quantitatif**

### Facteurs sociodémographiques

- Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre genre ? (féminin, masculin, autre)
- Quelle est votre situation familiale ? (célibataire, en couple, autre)
- Avez-vous des enfants ? (de 0 à 5 et plus)
- Où viviez-vous avant l'internat de médecine ? (France, Europe, hors Europe)
- Depuis combien de temps avez-vous fini vos études en psychiatrie ?  
(moins d'un an à plus de 50 ans)
- Quelles est la modalité de votre exercice psychiatrique dans le secteur public ? (temps partiel, temps complet, temps hospitalo-universitaire, autres)
- Dans quel(s) domaine(s) exercez-vous ? (adulte, pédiatrie, gériatrie, addictologie, carcéral, légal, autre)
- Dans quels lieux exercez-vous ? (hospitalisation, HDJ, CMP, autres)
- Combien de patients voyez-vous par demi-journées ? (moins de 5 à plus de 30)

### Contenu du travail de psychiatre

- Appréciez-vous la part de votre travail consacrée aux entretiens avec les patients ?  
(tout à fait à pas du tout, pas concerné)
- A quel point cette activité d'entretiens avec les patients est-elle importante pour votre satisfaction au travail ? (très importante à pas du tout importante)
- Appréciez-vous la part de votre travail consacrée aux entretiens avec les proches de vos patients ?

(tout a fait à pas du tout, pas concerné)

- A quel point cette activité d'entretiens avec les proches est importante pour votre satisfaction au travail ? (très importante à pas du tout importante)
- Appréciez-vous la part de votre travail consacrée à la gestion du dossier patient (observations, compte-rendus, mails, etc) ? (tout a fait à pas du tout, pas concerné)
- A quel point cette activité de gestion du dossier patient est importante pour votre satisfaction au travail ? (très importante à pas du tout importante)
- Appréciez-vous la part de votre travail consacrée à la réalisation de certificats (contraintes, chambre d'isolement, saisine au juge, etc) ? (tout a fait à pas du tout, pas concerné)
- A quel point cette activité de réalisation de certificats est importante pour votre satisfaction au travail ? (très importante à pas du tout importante)
- Appréciez-vous la part de votre travail consacrée aux questionnements cliniques, diagnostiques et thérapeutiques concernant vos patients ? (tout a fait à pas du tout, pas concerné)
- A quel point cette activité de questionnements est importante pour votre satisfaction au travail ? (très importante à pas du tout importante)
- Appréciez-vous la part de votre travail consacrée à l'animation des équipes ?
  - Médicales (tout a fait à pas du tout, pas concerné)
  - Paramédicales (tout a fait à pas du tout, pas concerné)
- A quel point cette activité d'animation est importante pour votre satisfaction au travail ? (très importante à pas du tout importante)
- Appréciez-vous la part de votre travail consacrée à la vie institutionnelle de l'hôpital ? (CME, revue de morbidité, groupes de travail, élaboration de projets d'établissement,...) (tout a fait à pas du tout, je n'en fais pas et je souhaite en faire, je n'en fais pas et je ne souhaite pas en faire)
- A quel point cette activité consacrée à la vie institutionnelle est importante pour votre satisfaction au travail ? (très importante à pas du tout importante)
- Est ce que la crainte de commettre une faute professionnelle impacte votre satisfaction au travail ? (Tout à fait à pas du tout)

### Conditions de travail du psychiatre

- Êtes-vous satisfait du temps dont vous disposez pour vos entretiens avec vos patients ? (tout a fait satisfait à très insatisfait, pas concerné)
- Êtes-vous satisfait du temps dont vous disposez pour vos entretiens avec les proches de vos patients ? (tout a fait satisfait à très insatisfait, pas concerné)
- Êtes-vous satisfait du temps dont vous disposez pour la réalisation du dossier patient ? (tout a fait satisfait à très insatisfait, pas concerné)
- Êtes-vous satisfait du temps dont vous disposez pour la réalisation des certificats ? (tout a fait satisfait à très insatisfait, pas concerné)
- Êtes-vous satisfait du temps dont vous disposez pour participer à la vie institutionnelle ? (CME, Revue de morbidité, groupes de travail, élaboration de projets d'établissement, ... ) (tout a fait satisfait à très insatisfait, pas concerné)
- Êtes-vous satisfait du temps dont vous disposez pour votre formation professionnelle ? (tout a fait satisfait à très insatisfait, pas concerné)
- Êtes-vous satisfait de l'effectif médical dans vos lieux de travail ? (tout a fait satisfait à très insatisfait, pas concerné)

- Êtes-vous satisfait de l'effectif paramédicale dans vos lieux de travail ?  
(tout a fait satisfait à très insatisfait, pas concerné)
- Êtes-vous satisfait des capacités d'accueil des structures d'hébergement et de soins en aval des hospitalisations (ehpad, foyers, MAS, etc)? (tout a fait satisfait à très insatisfait, pas concerné)
- Êtes-vous satisfait de la gestion du nombre de lits en intrahospitalier?  
(tout a fait satisfait à très insatisfait, pas concerné)
- Êtes-vous satisfait de la fréquence de vos consultations pour vos patients au CMP ?  
(tout a fait satisfait à très insatisfait, pas concerné)

### La permanence des soins

- Quelle type de permanence des soins assurez-vous ? (gardes, astreintes, les deux, aucun des deux)
- Combien prenez-vous de gardes et/ou d'astreintes par mois en moyenne ? (0 à 10 et plus)
- Combien de patients voyez-vous en moyenne lors d'une garde de semaine ? (1 à 20, pas concerné)
- Combien de patients voyez-vous en moyenne lors d'une astreinte de semaine ? (0 à 5 et plus)
- Depuis combien d'années faites-vous des gardes et/ou astreintes en tant que psychiatre ?  
(depuis moins de 5 ans à depuis plus de 50 ans, pas concerné)
- Ressentez-vous de l'appréhension la veille de votre garde et/ou astreinte ?  
(tout à fait à pas du tout, pas concerné)
- Ressentez-vous de l'anxiété pendant votre garde et/ou astreinte ?  
(tout à fait à pas du tout, pas concerné)
- Ressentez-vous de la fatigue le lendemain du repos de votre garde, ou le lendemain de votre astreinte ? (tout à fait à pas du tout, pas concerné)
- La réalisation des gardes et/ou d'astreintes impacte t'elle votre satisfaction au travail  
(2 impact positif, 1, 0 neutre, -1, -2 impact négatif)

### Environnement social au travail

- Êtes-vous satisfait de la qualité du travail en équipe ?  
(tout a fait satisfait à très insatisfait, pas concerné)
- A quel point la qualité du travail en équipe est importante pour votre satisfaction au travail ?  
(très importante à pas du tout importante)
- Êtes-vous satisfait de la relation que vous avez avec :
  - les secrétaires (tout a fait satisfait à très insatisfait, pas concerné)
  - les soignant(e)s (tout a fait satisfait à très insatisfait, pas concerné)
  - les psychologues (tout a fait satisfait à très insatisfait, pas concerné)
  - les cadres de santé (tout a fait satisfait à très insatisfait, pas concerné)
  - les médecins psychiatres (tout a fait satisfait à très insatisfait, pas concerné)
  - les médecins non psychiatres (tout a fait satisfait à très insatisfait, pas concerné)
  - le ou la chef(fe) de service (tout a fait satisfait à très insatisfait, pas concerné)
  - le ou la chef(fe) de pôle (tout a fait satisfait à très insatisfait, pas concerné)
- A quel point la qualité du relationnel est important pour votre satisfaction au travail ?  
(très importante à pas du tout importante)
- Il existe au sein de l'hôpital plusieurs activités (sportives, culturelles, vente de paniers de légumes, crèche, etc). Est-ce que cela contribue à votre satisfaction au travail ? (Tout à fait à pas du tout)

### Relation avec la hiérarchie

- Au long de votre carrière de psychiatre, avez-vous été satisfait de la manière dont vos supérieurs managent les psychiatres de l'hôpital ? (tout à fait satisfait à très insatisfait)
- Au long de votre carrière de psychiatre, avez-vous trouvé qu'ils aient été à l'écoute de vos besoins et de vos demandes ? (Tout à fait à pas du tout)
- Au long de votre carrière de psychiatre, avez-vous été satisfait de la manière dont le/la directeur/trice de l'hôpital manage l'hôpital ? (tout à fait satisfait à très insatisfait)
- Au long de votre carrière de psychiatre, avez-vous trouvé qu'ils aient été à l'écoute de vos besoins et de vos demandes ? (Tout à fait à pas du tout)

### Salaire et reconnaissance au travail

- Considérez-vous que votre salaire est à la hauteur des efforts fournis pour votre travail ? (Tout à fait à pas du tout)
- Dans quelle tranche de salaires après imposition vous situez-vous ? (moins de 2000 euros à plus de 8000 euros)
- Êtes-vous satisfait de la reconnaissance pour la qualité de votre travail que vous accordent :
  - les patients (tout à fait satisfait à très insatisfait)
  - les familles (tout à fait satisfait à très insatisfait)
  - les collègues médecins (tout à fait satisfait à très insatisfait)
  - les soignants (tout à fait satisfait à très insatisfait)
  - l'institution hospitalière (tout à fait satisfait à très insatisfait)
- Êtes-vous satisfait de la façon dont sont intégrés les médecins psychiatres étrangers (salaire, titularisation, etc) ? (tout à fait satisfait à très insatisfait)

### Environnement personnel

- Etes-vous satisfait de l'équilibre entre votre vie professionnelle et votre vie personnelle ? (tout à fait satisfait à très insatisfait)
- A quel point cet équilibre est important pour votre satisfaction au travail ? (très importante à pas du tout importante)
- Le travail impacte-t-il votre santé ? (2 impact positif, 1, 0 neutre, -1, -2 impact négatif)

### Score de satisfaction

- Quelle est votre niveau global de satisfaction au travail ? (0 pas du tout satisfait à 10 tout à fait satisfait)

### Deux questions ouvertes

- Y aurait-il des choses qui pourraient améliorer votre satisfaction au travail ?
- Y a-t-il des domaines non mentionnés dans ce questionnaire qui participent également à votre satisfaction au travail ?

## **V. BIBLIOGRAPHIE**

- Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. Job performance deficits due to depression. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1569–76.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002; 288(16):1987–93. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>.
- Amagasa T, Nakayama T, Takahashi Y. Karojisatsu in Japan: characteristics of 22 cases of work-related suicide. *J Occup Health*. 2005;47:157–64.
- Amini A, Mortazavi S. The impact of the broadcasting mistake management culture in a healthy organization on the quality of the personnel work life. *J Clin Diagn Res*. 2013;7:507–12.
- Amos J: Stress and the psychiatrist. *Psychiatric Times*, June 1, 2006, pp 1–5
- ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1<sup>er</sup> janvier 2022
- Barbillon E, Moch A, Rioux L. Appropriation de l'espace et satisfaction au travail. Étude auprès du personnel travaillant en institut universitaire de technologie. *Prat Psychol* 2006;12:379–93. <http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2006.06.006>.
- Barling J, Griffiths A. A history of occupational health psychology. In: Quick JC, Tetrick L, editors. *Handbook of occupational health psychology*. Washington: American Psychological Association; 2012. p. 19–45.
- Bertges Yost W, Eshelman A, Raoufi M, Abouljoud MS. A national study of burnout among American transplant surgeons. *Transplant Proc*. 2005;37(2): 1399–401. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2005.01.055>.
- Blegen MA. Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nursing Research* 1993;42(1):36–41.
- Borgen, F.H., Weiss, D.J., Lofquist, L.H., Dawis, R.V., & Tinsley, H.E. (1968). The measurement of occupational reinforcer patterns. *Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation*, 25.
- Borman WC, Motowidlo SJ. Expanding the criterion domain to include elements of contextual performance. *Personnel selection in organizations*. San Francisco: Jossey-Bass; 1993: 71–93.
- Boscarino JA, Adams RE, Figley CR: Secondary trauma issues for psychiatrists. *Psychiatric Times*, Nov 11, 2010, pp 1–6
- Bovier P, Perneger TV. Predictors of work satisfaction among physicians. *Eur J Public Health* (2003) 13(4):299–305. [doi:10.1093/eurpub/13.4.299](https://doi.org/10.1093/eurpub/13.4.299)
- Bowers L, Simpson A, Eyres S, Nijman H, Hall C, Grange A, et al. Serious untoward incidents and their aftermath in acute inpatient psychiatry: the Tompkins Acute Ward study. *Int J Ment Health Nurs*. 2006;15:226–34.

- Brayfield AH, Crockett WH. Employee attitudes and employee performance. *Psychol Bull* 1955;52:396–424.
- Bressi C, Porcellana M, Gambini O, Madia L, Muffatti R, Peirone A, et al. Burnout among psychiatrists in Milan: a multicenter survey. *Psychiatr Serv*. 2009;60(7):985–8. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.7.985>.
- Buchbinder SB, Wilson M, Melick CF, Powe NR. Primary care physician job satisfaction and turnover. *Am J Manag Care* 2001;7:701–13.
- Bundesärztekammer. Ärztestatistik2013. (2014). Available from: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat12Abbildungsteil.pdf>
- Burke RJ: Stress, satisfaction and militancy among Canadian physicians: a longitudinal investigation. *Social Science Medicine* 1996 ; 43:517–524.
- Calliess IT, Finger M, Treichel K, Gerber SI. Junge Psychiater auf der Suche nach der Identität ihres Faches. *Die Psychiatrie* (2009) 6(2):65–8.
- Campbell DA, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among American surgeons. *Surgery*. 2001;130(4):696–702; discussion 702-705. <https://doi.org/10.1067/msy.2001.116676>.
- Castel, D., Durand-Delvigne, A. & Lemoine, C. (2012). Equivalence échelle composite –échelle globale dans la mesure de la satisfaction au travail. *Psychologie du Travail et des Organisations*.
- Carlat D: 45,000 more psychiatrists, anyone? *Psychiatric Times*, Aug 3, 2010, pp1–4
- Chen K-Y, Yang C-M, Lien C-H, Chiou H-Y, Lin M-R, Chang H-R, et al. Burnout, job satisfaction, and medical malpractice among physicians. *Int J Med Sci*. 2013;10(11):1471–8. <https://doi.org/10.7150/ijms.6743>.
- Chiron B, Michinov E, Olivier-Chiron E, et al. Job satisfaction, life satisfaction and burnout in French anaesthetists. *J Health Psychol* 2010;15:948–58. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105309360072>.
- Cnam (2018). Santé mentale. Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2019 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2019
- Contandriopoulos AP. La sante entre les sciences de la vie et les sciences sociales. *Ruptures, revue transdisciplinaire en sante* 1999;6:174 –91.
- Cooper B. British psychiatry and its discontents. *J R Soc Med* (2010) 103(10):397–402. [doi:10.1258/jrsm.2010.100041](https://doi.org/10.1258/jrsm.2010.100041)
- Dalal RS. Job attitudes: cognition and affect. In: Schmitt N, Highhouse S, Weiner IB, editors. *Handbook of industrial and organizational psychology*, 12. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2013.

- Dawkins, J., Depp, F. & Selzer, N. (1984) Occupational stress in a public mental hospital: the psychiatrists' view. *Hospital and Community Psychiatry*, 35(1), 56–60.
- Deary IJ, Agius RM, Sadler A. Personality and stress in consultant psychiatrists. *Int J Soc Psychiatry* 1996;42:112–23.
- DeMello JP, Deshpande SP.:Career satisfaction of psychiatrists. *Psychiatric Services* 62:1013–1018, (2011) 62(9):1013–8.doi:10.1176/ps.62.9.pss6209\_1013
- De Oliveira Jr GS, Chang R, Fitzgerald PC, Almeida MD, Castro-Alves LS, Ahmad S, et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg*. 2013;117:182–93.
- DeVoe J, Fryer GE, Hargraves JL, et al: Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care? *Journal of Family Practice* 51:223–228, 2002
- Dickès P, Tournois J, Flieller A, et al. *La psychométrie : théories et méthodes de la mesure en psychologie*. Paris: Presses universitaires de France; 1994.
- Dörner K. Unser Gesundheitswesen ist eine Gesundheitsvernichtungsmaschine. *Psychologie heute* (2005) 32(1):32–6.
- Dyrbye LN, West CP, Satele D, Sloan JA, Shanafelt TD. Work/home conflict and burnout among academic internal medicine physicians. *Arch Intern Med*. 2011;171(13):1207–9. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.289>.
- Dyrbye LN, Shanafelt TD, Balch CM, Satele D, Sloan J, Freischlag J. Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex. *Arch Surg*. 2011;146(2):211–7. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.310>.
- Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burntout residents: prospective cohort study. *British Medical Journal* (2008) 336(7642):488–91.doi:10.1136/bmj.39469.763218.BE
- Fillion L, Duval S, Dumont S, et al. Impact of a meaning-centered intervention on job satisfaction and on quality of life among palliative care nurses. *Psychooncology* 2009;18:1300–10. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1513>.
- Fischer, J., Kumar, S. & Hatcher, S. (2007) What makes psychiatry such a stressful profession? A qualitative study. *Australasian Psychiatry*, 15, 417–421.
- Fothergill A, Edwards D, Burnard P. Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. *Int J Soc Psychiatry*. 2004;50:54–65.
- Francès R. Quelles motivations au travail ? In: *Société française de psychologie du travail*, editor. *Quelles motivations au travail ?*. Paris: *Entreprise Moderne* D'édition; 1982. p. 73–82.
- Freeborn DK. Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *West J Med*. 2001;174(1):13–8. <https://doi.org/10.1136/ewjm.174.1.13>.

- Gallegos A: Psychiatry facing challenges, shortage of doctors, finances plague industry-including Madison Center. South- Bend Tribune, Apr 19, 2010
- Gandr , C., Prigent, A., Kemel, M. L., Leboyer, M. et Chevreul, K. (2015). "Evolution of public and non-profit funding for mental health research in France between 2007 and 2011." *Eur Neuropsychopharmacol* 25(12)
- Garfinkel, PE, Bagby RM, Schuller DR, Dickens, SE, Schulte FS. Predictors of professional and personal satisfaction with a career in psychiatry. *Can J Psychiatry* 2005;50:333–41.
- Garfinkel PE, Waring EM. Personality, interests, and emotional disturbance in psychiatric residents. *Am J Psychiatry* 1981;138:51–5.
- Garfinkel PE, Bagby RM, Schuller DR, Williams CC, Dickens SE, Dorian B. Predictors of success and satisfaction in the practice of psychiatry: a preliminary follow-up study. *Can J Psychiatry* 2001;46:835–40.
- Gay, E.G., Weiss, D.J., Handel, D.D., Dawis, R.V., & Lofquist, L.H. (1971). Manual for the Minnesota Importance Questionnaire. *Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation*, 54.
- Gigantesco A, Picardi A, Chiaia E, Balbi A, Morosini P. Job satisfaction among mental health professionals in Rome, Italy. *Community Ment Health J* (2003) 39(4):349–55. doi:10.1023/A:1024076209376
- Gillet N, Gagn  M, Sauvag re S, et al. The role of supervisor autonomy support, organizational support, and autonomous and controlled motivation in predicting employees' satisfaction and turnover intentions. *Eur J Work Organ Psychol* 2013;22:450–60. <http://dx.doi.org/10.1080/1359432X.2012.665228>.
- Glass DC, McKnight JD. Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: a review of the evidence. *Psychol Health*. 1996;11:23–48.
- Goldman W. Is there a shortage of psychiatrists? *Psychiatric Services* (2001) 52(11):1587–9. doi:10.1176/appi.ps.52.12.1587
- Gothe H, K ster A, Storz P, Nolting H, H ussler B. Job satisfaction among doctors: are view of international literature. *Dtsch  rztztebl Int* (2007) 104(20):A1394–9.
- Haas JS. Physician discontent: a barometer of change and need for intervention. *Journal of General Internal Medicine* 2001; 16:496–497.
- Hass JS, Cook EF, Puopolo RL, et al: Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *Journal of General Internal Medicine* 15:122–128, 2000
- Hackman JR, Oldham GR. Development of the Job Diagnostic Survey. *J Appl Psychol* 1975;60:159–70. <http://dx.doi.org/10.1037/h0076546>.
- Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, Simkin S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979–1995. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:296–300.

- Hazo, J.-B., Costemalle, V. (2021, mars). Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans. DREES, *Études et Résultats*, 1185.
- Hazo, J.-B., Costemalle, V., Rouquette, A., Bajos, N. (2021, octobre). Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020. Résultats issus de la 2e vague de l'enquête EpiCov. DREES, *Études et Résultats*, 1210.
- Hazo, J. B., Gandré, C., Leboyer, M., Obradors-Tarrago, C., Belli, S., McDaid, D., Park, A. L., Maliandi, M. V., Wahlbeck, K., Wykes, T., van Os, J., Haro, J. M. et Chevreur, K. (2017). "National funding for mental health research in Finland, France, Spain and the United Kingdom." *Eur Neuropsychopharmacol* 27(9)
- Herzberg, F. (1978). *Work and the nature of the work* (4th ed.). London : Staple Press.
- Herzberg F, Mausnes B, Peterson RO, et al. *Job attitudes: review of research and opinion*. Oxford: Psychological service of Pittsburgh; 1957 .
- Hostetler S, Hersberger M, Herren D. *Ärztliches Wohlbefinden steigert die Behandlungsqualität*. *SchweizÄrztztg* (2012) 88(48):655–9.
- Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis S, Kaprinis G. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord*.2003;75:209–21.
- IHME (2018). Global Health Data Exchange. [www.healthdata.org](http://www.healthdata.org)
- Inoue, M., Tsukano, K., Muraoka, M., et al (2006) Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 29–36.
- Ironson, G.H., Smith, P.C., Brannick, M.T., Gibson, W.M. & Paul, K.B. (1989). Construction of a Job in General Scale: A comparison of global, composite and specific measures. *Journal of Applied Psychology*, 74(2), 193–200 .
- Judge TA, Thoresen CJ, Bono JE, et al. The job satisfaction-job performance relationship: a qualitative and quantitative review. *Psychol Bull* 2001;127:376–407.  
<http://dx.doi.org/10.1037//0033-2909.127.3.376>.
- Judge TA, Parker S, Colbert AE, et al. Job satisfaction: a cross-cultural review. In: Anderson N, Ones DS, Sinangil HK, Viswesvaran C, editors. *Handbook of industrial work and organizational psychology*, 2. London: Sage Publications; 2001.
- Judge TA, Kammeyer-Mueller JD. Job attitudes. *Annu Rev Psychol* 2012;63:341–67.  
<http://dx.doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100511>.
- Kawakami N, Tsutsumi A. Editorial Job stress and mental health among workers in Asia and the world. *J Occup Heal*. 2010;52:1–3.
- Kirchner, J.E. & Owen, R.R. (1996) Choosing a career in psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 153(10),1372.

- Konrad TR, Williams ES, Linzer M., McMurray J, Pathman DE, Gerrity M, and others. Measuring physician job satisfaction in a changing workplace and a challenging environment. SGIM Career Satisfaction Study Group. Society of General Internal Medicine. *Med Care* 1999;37;1174–82.
- Korkeila, J. A., Toyry, S., Kumpulainen, K., et al (2003) Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: a national survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 85–91.
- Kravitz RL, Shapiro MF, Linn LS, et al: Risk factors associated with participation in the Ontario, Canada doctors' strike. *American Journal of Public Health* 79: 1227–1233, 1989
- Kuerer HM, Eberlein TJ, Pollock RE, Huschka M, Baile WF, Morrow M, et al. Career satisfaction, practice patterns and burnout among surgical oncologists: report on the quality of life of members of the Society of Surgical Oncology. *Ann Surg Oncol.* 2007;14(11):3043–53. <https://doi.org/10.1245/s10434-007-9579-1>.
- Kumar, S., 2008. Job satisfaction among psychiatrists: an urgent area for research. *Ment Health Rev J.* 13 (3), 16–23. <https://doi.org/10.1108/13619322200800018>.
- Kumar, S., Fischer, J., Robinson, E., Hatcher, S., Bhagat, R.N., 2007. Burnout and job satisfaction in New Zealand psychiatrists: a national study. *Int. J. Soc. Psychiatry* 53 (4), 306–316. <https://doi.org/10.1177/0020764006074534>.
- Kumar S: Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry* 6:186–189, 2007
- Kumar S, Hatcher S, Huggard P. Burnout in psychiatrists: an etiological model. *Int J Psychiatry Med.* 2005;35:405–16.
- Kumar S. Burnout and psychiatrists: what do we know and where to from here. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2011;20(4):295–301. <https://doi.org/10.1017/S204579601100059X>.
- Lambert TW, Davidson JM, Evans J, et al: Doctors' reasons for rejecting initial choices of specialties as long-term careers. *Medical Education* 37:312–318, 2003
- Landon BE, Reschovsky JD, Pham HH, et al: Leaving medicine—the consequences of physician dissatisfaction. *Medical Care* 44:234–242, 2006
- Landon BE, Reschovsky J, Blumenthal, D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians. *JAMA* 2003;289:442–9.
- Landy FJ, Conte JM. *Work in the 21st century. An introduction to industrial and organizational psychology.* Hoboken: Wiley; 2013.
- Langsley, D.L. & Robinowitz, C.B. (1979) Psychiatric manpower: an overview. *Hospital and Community Psychiatry*, 30(11), 749–755.
- Latham GP, Budworth MH. The study of work motivation in the 20th century. In: Koppes LL, editor. *Historical perspectives in industrial and organizational psychology.* Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2007. p. 353–82.

- Larouche, V. (1975). Inventaire de Satisfaction au Travail : validation. *Relations industrielles*, 30(3), 343-473. <http://dx.doi.org/10.7202/028629ar>.
- Laveault D, Grégoire J. Introduction aux théories des tests en sciences humaines. Bruxelles: De Boeck; 2002.
- Lazarus, A. (1994) Opportunities for psychiatrists in managed care organizations. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(12), 1206–1210.
- Leigh JP, Kravitz RL, Schembri M. Physician career satisfaction across specialties. *Arch Intern Med* 2002;162:1577– 84.
- Leka S, Griffiths A, Cox T. Organisation du travail et stress. Approches systémiques du problème à l'intention des employeurs, des cadres dirigeants et des représentants syndicaux. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2004.
- Lemoine, C. (2007). De la question à l'autoquestionnement: questionner, source d'emprise et d'appropriation multiple. *Psychologie du travail et des organisations*, 13(4), 4-25.
- LepnurmR, DobsonR, BackmanA, KeeganD. Factors explaining career satisfaction among psychiatrists and surgeons in Canada. *Can J Psychiatry* (2006) 51(4):243–55.
- Linn LS, Yager J, Cope D, Leake B. Health status, job satisfaction, job stress and life satisfaction among academic and clinical faculty. *JAMA* 1985;254:2775–82.
- Linn LS, Yager J, Cope D, Leake B. Factors associated with life satisfaction among practicing internists. *Med Care* 1986;24:830–7.
- Locke EA. Job satisfaction and job performance: a theoretical analysis. *Organ Behav Hum Perform* 1970;5:484–500. [http://dx.doi.org/10.1016/0030-5073\(70\)90036-X](http://dx.doi.org/10.1016/0030-5073(70)90036-X).
- Locke EA. The nature and causes of job satisfaction. In: Dunnette MD, editor. *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago: Rand McNally; 1976. p. 1297–343.
- Looney JG, Harding RK, Blotcky MJ, Barnhart FD. Psychiatrists' transition from training to career: stress and mastery. *Am J Psychiatry* 1980;137:32–6.
- Lopez, A. et Turan-Pelletier, G. (2017). Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Paris IGAS: 2vol. (93;376 ).
- Lourel M, Mabire C. Le déséquilibre efforts-récompenses et les débordements entre vie au travail, vie privée chez les éleveurs laitiers : leurs effets sur l'épuisement professionnel. *Sante Publique (Paris)* 2008;20:589–98.
- Mayo E. *The human problems of an industrial civilization*. London: Routledge; 1933.
- Mc Nichols CW, Stahl MJ, Manley RT. A validation of Hoppock's job satisfaction measure. *Acad Manag J* 1978;21:737–42.
- Melchior, M.E.W., Bours, G.J.J.W., Schmitz, P., Wittich, Y., 1997. Burnout in psychiatric nursing: a meta-analysis of related variables. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 4 (3), 193–201. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.1997.00057.x>.

- Menon NK, Shanafelt TD, Sinsky CA, Linzer M, Carlasare L, Brady KJS, et al. Association of Physician Burnout with Suicidal Ideation and Medical Errors. *JAMA Netw Open*. 2020;3(12):e2028780–0. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.28780>.
- Milders CFA, Appelo M. Ongepubliceerde enquête, gepresenteerd op het symposium ‘Wat bezielt de psychiatrie?’ te Zeegse van ggz Groningen. Groningen: Lentis; 2002.
- Mogenet JL. Mesure de la satisfaction au travail des personnels encadrés. Tentative de validation d’une traduction française du Job Descriptive Index. Essai de mise sur pied d’un instrument de mesure adapté à une population française d’employés et d’ouvriers. *Rev Psychol Appl* 1988;38:253–71.
- Moos RH, Schaefer JA. Evaluating health care work settings: a holistic framework. *Psychological Health* 1987;1:99–122.
- Nagy MS. Using a single-item approach to measure facet job satisfaction. *J Occup Organ Psychol*. 2002;75(1):77-86.
- Naisberg-Fenning S, Fenning S, Keinan G, Elizur A. Personality characteristics and proneness to burnout: a study among psychiatrists. *Stress Med* 1991;7:201–5.
- Organisation mondiale de la Santé World mental health report: transforming mental health for all. (2022 ) ISBN 978-92-4-005192-8
- Paillé P. Citizenship, commitment, satisfaction and involvement in the workplace. *Eur Rev Appl Psychol* 2008;58:145–53. <http://dx.doi.org/10.1016/j.erap.2007.03.002>.
- Pantenburg B, Luppá M, König H-H, Riedel-Heller SG. Burnout among young physicians and its association with physicians’ wishes to leave: results of a survey in Saxony, Germany *J Occup Med Toxicol*. 2016;11(1):2. <https://doi.org/10.1186/s12995-016-0091-z>.
- Patel RS, Bachu R, Adikey A, Malik M, Shah M. Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behav Sci (Basel)*. 2018;8(11):98.
- Pathman DE, Konrad TR, Williams ES, Scheckler WE, Linzer M, and Douglas J. Physician job satisfaction, dissatisfaction, and turnover. *J Fam Pract* 2002;51:593.
- Parker, S. K. & Wole, T. D. (2001). Work Design: Learning from the Past and Mapping a New Terrain. In N. Anderson, D. S. Ones, H. K. Sinangil & C. Visweravan (Eds.) *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, vol. 1, pp. 90-109.
- Poon W-Y, Leung K, Lee S-Y. The Comparison of Single Item Constructs by Relative Mean and Relative Variance. *Organ Res Methods*. 2002;5(3):275-98.
- Priebe S, Fakhoury WK, Hoffmann K, Powell RA. Morale and job perception of community mental health professionals in Berlin and London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2005) 40(3):223–32. [doi:10.1007/s00127-005-0880-7](https://doi.org/10.1007/s00127-005-0880-7)
- Perry LS. Effects of inequity on job satisfaction and self-evaluation in a national sample of African-American workers. *J Soc Psychol* 1992;133:565–73.

- Prosser D, Johnson S, Kuipers E, Szmukler G, Bebbington P, Thornicroft G. Mental health, “burnout” and job satisfaction among hospital and community-based mental health staff. *British Journal of Psychiatry* 1996;169:334–7.
- Pugno PA, Schmittling GT, McGaha AL, et al: Entry of US medical school graduates into family medicine residencies: 2005–06 and 3-year summary. *Family Medicine* 38:626–636, 2006
- Pullan, S.E. & Lorbergs, K.A. (2001) Recruitment and retention: a successful model in forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39(9), 18–25.
- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*. 1996;347:724–8.
- Robinson GE. Stresses on women physicians: consequences and coping techniques. *Depress Anxiety* 2003;17:180 –9.
- Rhodes L, Eisenberger R. Perceived organizational support: a review of the literature. *J Appl Psychol* 2002;87:698–714.
- Roussel P. Rémunération, motivation et satisfaction au travail. Paris: Éditions Economica; 1996.
- Sackett PR, Larson JR. Research strategies and tactics in industrial and organizational psychology. In: Dunnette MD, Triandis HC, editors. *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago: Rand McNally; 1990. p. 419-89.
- Scanlan JN, Still M: Job satisfaction, burnout and turnover intention in occupational therapists working in mental health [in Chinese]. *Australian Occupational Therapy Journal* 60:310–318, 2013
- Scarpello V, Campbell JP. Job Satisfaction: Are All the Parts There? *Pers Psychol*. 1983;36(3):577-600.
- Scarpello, V. & Campbell, J.P. (1983). Job satisfaction and the fit between individual needs and organizational rewards. *Journal of Occupational Psychology*, 56(4), 315-328.
- Schwab DP, Cummings LL. Theories of performance and satisfaction: A Review. *Ind Relat A J Econ Soc* 1970;9:408–30.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Jahresbericht 2013. *Obsan Bulletin* (2014) 2:18–20.
- Schweizerische Gesundheitsobservatorium. *Gesundheit in der Schweiz: Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Neuchâtel: Kurzfassung (2010).
- Seligman MEP. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In: Snyder CR, Lopez SJ, editors. *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press; 2002. p.3–9.
- Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002;136:358–67.
- Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172(18):1377–85. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>.

- Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg.* 2010; 251(6):995–1000. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3>.
- Shanafelt TD, Oreskovich MR, Dyrbye LN, Satele DV, Hanks JB, Sloan JA, et al. Avoiding burnout: the personal health habits and wellness practices of US surgeons. *Ann Surg.* 2012;255(4):625–33. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31824b2fa0>.
- Shanafelt TD, Raymond M, Kosty M, Satele D, Horn L, Phippen J, et al. Satisfaction with work-life balance and the career and retirement plans of US oncologists. *J Clin Oncol.* 2014;32(11):1127–35. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.53.4560>.
- Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Satele DV, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proc.* 2019;94(9):1681–94. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.10.023>.
- Shimmin S, van Strien PJ. History of the psychology of work and organization. In: Drenth PJD, Thierry H, de Wolff CJ, editors. *Introduction to work and organizational psychology.* Psychology Press; 1998. p. 71–99.
- Shugarman R, Linzer M, Nelson K, Douglas J, Williams R, Konrad R. Pediatric generalists and subspecialties: determinants of career satisfaction. *Pediatrics* 2001;108(3):E40.
- Siegrist M, Orlow P, Giger M. Weiterbildung und Arbeitssituation aus Sicht der Assistenzärzte. *SchweizÄrztztg* (2006) 87(10):379–86.
- Simoens S, Scott A, Sibbald B. Job satisfaction, work-related stress and intentions to quit of Scottish GPs. *Scott Med J* 2002;47(4):80–6.
- Smith PC, Kendall LM, Hulin CL. *The measurement of satisfaction in work and retirement: a strategy for the study of attitudes.* Chicago: McNally; 1969.
- Spear J, Wood L, Chawla S, et al: Job satisfaction and burnout in mental health services for older people. *Australasian Psychiatry* 12:58–61, 2004
- Spector PE. *Industrial and Organizational Psychology: Research and Practice.* Oxford: John Wiley & Sons; 2006. 376 p.
- Spector PE. Measurement of human service staff satisfaction: development of the Job Satisfaction Survey. *Am J Community Psychol* 1985;13:693–713.
- Sporrle M, Bekk M. Meta-Analytic Guidelines for Evaluating Single-Item Reliabilities of Personality Instruments. *Assessment*. 2014;21(3):272-85.
- Strum R. The impact of practice setting and financial incentives on career satisfaction and perceived practice limitations among surgeons. *Am J Surg* 2002;183:222–5.

- S Sturm R. Datapoints: are psychiatrists more dissatisfied with their careers than other physicians? *Psychiatr Serv* 2001;52:581.
- S Summers RF, Gorrindo T, Hwang S, Aggarwal R, Guille C. Well-Being, Burnout, and Depression Among North American Psychiatrists: The State of Our Profession. *Am J Psychiatry*. 2020;177(10):955–64.
- T Tateno M, Jovanović N, Beezhold J, Uehara-Aoyama K, Umene-Nakano W, Nakamae T, et al. Suicidal ideation and burnout among psychiatric trainees in Japan. *Early Interv Psychiatry*. 2018;12(5):935–7. <https://doi.org/10.1111/eip.12466>.
- T Tavani JL, Botella M, Collange J. Quelle validité pour une mesure de la satisfaction au travail en un seul item ? *Prat Psychol* 2014;20:125–42. [http:// dx.doi.org/10.1016/j.prps.2014.03.001](http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2014.03.001).
- T Tavani JL, Caroff X, Lo Monaco G, et al. Comment évaluer la santé psychologique au travail ? Principes psychométriques de bases. *Arch Des Mal Prof Environ* 2014;75:496–508. <http://dx.doi.org/10.1016/j.admp.2014.06.001>.
- T Taylor FW. *The principles of scientific management*. New York: Harper; 1911.
- T Thomsen S, Soares J, Nolan P, Dallender J, Arnetz B. Feelings of professional fulfilment and exhaustion in mental health personnel: the importance of organizational and individual factors. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1999; 68:157–164.
- T Thomsen, S., Soares, J., Nolan, P., Dallender, J. & Arnetz, B. (1999) Feelings of professional fulfilment and exhaustion in mental health personnel: the importance of organisational and individual factors. *Psychotherapy Psychosomatics*, 68(3), 157–164.
- T Truchot D, Laurent E. Comparative symptomatology of burnout and depression. *J Health Psychol*. 2013;18:782–7.
- V Visser MR, Smets EM, Oort FJ, De Haes HC. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ* 2003;168:271–5.
- W Wall TD, Bolden RI, Borrill CS, Carter AJ, Golya DA, Hardy GE, et al. Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: occupational and gender differences. *Br J Psychiatry*. 1997;171:519–23
- W Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009; 374:1714–21. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61424-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0).
- W Wanous JP, Reichers AE, Hudy MJ. Overall Job Satisfaction: How Good Are Single-Item Measures? *J Appl Psychol*. 1997;82(2):247-52.
- W Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *J Occup Psychol*. 1979 Jun 17;52(2):129-48.
- W West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*. 2018;283(6):516–29. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>.

- West CP, Shanafelt TD, Kolars JC. Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *JAMA*. 2011; 306(9):952–60. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1247>.
- Wetterneck TB, Linzer M, McMurray JE, Douglas J, Schwartz MD, Bigby J, and others. Worklife and satisfaction of general internists. *Arch Intern Med* 2002;162:649–56.
- Whalley D, Bojke C, Gravelle H, Sibbald B. GP job satisfaction in view of contract reform: a national survey. *Br J Gen Pract*. 2006;56:87–92.
- Will M. Burn-out-Prävention: Die psychophysischen Abwehrkräfte stärken. *Dtsch Arztebl Int* (2014) 111(13):2.
- Williams E, Konrad T, Linzer M, McMurray J, Pathman D, Gerrity M, and others. Physician, practice, and patient characteristics related to primary care physician physical and mental health: results from the physician worklife study. *Health Services Research* 2002;37:121–43.
- Witt LA, Nye LG. Gender and the relationship between perceived fairness of pay or promotion and job satisfaction. *J Appl Psychol* 1992;77:910–7.