

Nicoleta Lesueur

Jean-François Gehanno

Angélique Lefebvre

François Michelot

Ariane Leroyer

Laetitia Rollin

Facteurs de risques psychosociaux et état de santé du personnel hospitalier : Une étude comparative dans un centre hospitalier universitaire français

Psychosocial risk factors and health status of hospital staff: A comparative study in a French university hospital center

RÉSUMÉ

L'objectif de cet article vise à décrire les risques psychosociaux (RPS) et la santé psychique des différentes catégories du personnel hospitalier et à étudier les liens entre les troubles neuropsychiques et ces facteurs de risque psychosociaux. La population d'étude était un échantillon aléatoire des personnels d'un centre hospitalier universitaire français déterminé par leur mois de naissance : les 322 salariés nés en octobre d'une année paire. Le questionnaire de l'observatoire EVREST (EVolutions et RELations en Santé au Travail) version 2014 était administré lors des entretiens réalisés par une infirmière diplômée en santé au travail ou un médecin du travail, entre mi-

juin et fin octobre 2014, après qu'une information individuelle ait été faite à chaque participant à l'étude. Les résultats ont été comparés aux résultats nationaux des travailleurs français à l'aide de l'observatoire national EVREST. L'analyse a porté sur 260 travailleurs, soit un taux de participation de 81%. Les personnels hospitaliers déclarent des contraintes psychosociales plus importantes par rapport aux autres travailleurs, en particulier le personnel médical et le personnel non médical soignant. La proportion de troubles neuropsychiques définis par la présence au cours des sept derniers jours à la fois d'une fatigue, d'une anxiété ou nervosité et de troubles du sommeil déclarés par le salarié, était plus importante chez le personnel hospitalier de façon générale par comparaison aux résultats nationaux (22% versus 7%), sans différence significative selon le groupe professionnel. Les facteurs associés significativement à la présence de troubles neuropsychiques étaient la pression temporelle, l'absence de possibilité d'entraide et la peur de perdre son emploi. L'état de santé neuropsychique des salariés hospitaliers semble plus altéré que chez les autres travailleurs français. Cela est associé à une exposition importante aux facteurs de risques psychosociaux.

MOTS-CLÉS

Personnel hospitalier ; Facteurs de risques psychosociaux ; Observatoire national EVREST ; Troubles neuropsychiques.

ABSTRACT

To describe psychosocial constraints and mental health in different categories of hospital workers and to study links between mental health and psychosocial constraints. The population was a random sample of workers of a French University hospital: 322 workers born in October of a pair year. The 2014 Evrest (Evolutions and Relations between Health and Work) questionnaire was administered during a medical occupational interview performed by a nurse trained in occupational health between 2014 June and 2014 October. Psychosocial constraints and mental health were compared with all French workers group using data of the Evrest national observatory. A total of 260 interviews were carried out (response rate: 81%). Hospital workers declared more psychosocial constraints than other French workers, especially caregivers and medical workers. Prevalence of psychological distress defined by the association of fatigue, anxiety/nervousness and sleeping disorders was significantly higher for hospital workers than for French workers (22% vs 7%), without significant difference between categories of hospital workers. The factors significantly associated with the presence of psychological distress among caregivers were high time pressure, lack of help possibilities and fear of losing his job. Mental health of hospital workers seems to be worse than other French workers. This is associated with high level of psychosocial constraints.

KEYWORDS

Healthcare workers; Caregivers; Occupational stressors; Evrest national observatory; Mental health.

1. INTRODUCTION

Les hôpitaux publics, en France et ailleurs dans le monde, traversent une période de réforme culturelle et de réorganisation fonctionnelle afin de réduire les coûts et les déficits budgétaires (Burke et al., 2011), susceptible de générer des risques psychosociaux (RPS) (Greenglass & Burke 2000 ; Brown et al., 2006). En dehors de ces nombreuses modifications, qui ont eu un impact sur les conditions de travail des agents hospitaliers, susceptibles de générer des RPS (Duffield et al., 2007), d'autres facteurs peuvent être à l'origine de l'émergence des RPS dans le monde hospitalier : les disparités géographiques, la féminisation du monde médical influençant sur la durée du travail, l'explosion des savoirs médicaux, les transformations techniques (informatisation) dans le milieu hospitalier, le vieillissement de la population soignante ou encore l'organisation du travail en général (Kervasdoué, 2003). La conséquence majeure des restructurations des hôpitaux publics est la réduction des effectifs (Brown et al., 2006 ; Burke et al., 2011). De nombreuses études montrent qu'il existe un lien entre les restructurations des hôpitaux et l'épuisement professionnel. Cela est probablement dû à l'augmentation des contraintes et de la charge de travail liée à cette réduction des effectifs qui accompagne les changements organisationnels (Aiken et al., 2002 ; Lu et al., 2005 ; Duffield et al., 2007).

Les professionnels hospitaliers sont exposés à une variété de facteurs de stress professionnels qui peuvent entraîner une détresse psychologique et somatique. De nombreuses études ont montré parmi ceux-ci un niveau élevé de troubles neuropsychologiques, mais aussi des troubles mentaux comme l'épuisement professionnel, l'état de stress post-traumatique, l'anxiété et la dépression (Weinberg & Creed, 2000), ainsi que des troubles musculo-squelettiques (Herin & al., 2011 ; Hoe et al., 2012 ; Jaworek et al., 2010 ; Smith, et al., 2004 ; Wadman & Kjellberg, 2007). Les conséquences pour les médecins, les infirmières et d'autres professionnels de santé sont, par exemple, les arrêts maladie de longue durée, le turnover, les conflits, les erreurs médicales dans leur pratique quotidienne, tout ceci ayant un impact économique certain (Fiabane et al., 2013 ; Fileni et al., 2007 ; Ketelaar et al., 2014 ; Patel et al., 2011).

Certaines études ont étudié l'exposition des différentes catégories des professionnels de santé à des facteurs de RPS. Le Collège d'experts sur le suivi statistique des RPS au travail, réuni en 2009-2010 à la demande du ministre chargé du travail les définit comme : « risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental » (Gollac & Bodier, 2011, p. 13). Cette approche souligne l'importance d'une prise en compte globale qui associe les différentes dimensions du travail, en considérant les axes suivants : intensité

et temps de travail, exigences émotionnelles, manque d'autonomie, rapports sociaux au travail dégradés, conflit de valeurs, insécurité de la situation de travail (tableau 1). Néanmoins, les études portant sur les relations entre l'exposition et les effets sur la santé, comparant les professionnels de santé entre eux ou à d'autres professions sont peu nombreuses.

Par conséquent, nous avons mené une étude transversale pour décrire, d'une part, les facteurs de risques psychosociaux et la santé psychique des différentes catégories du personnel hospitalier, et d'autre part, d'étudier les liens entre les troubles neuropsychiques et ces facteurs de risques psychosociaux en comparant ces données à l'ensemble de la population française.

2. MÉTHODE ET MATÉRIELS

2.1 Contexte et population

L'étude a été réalisée au sein d'un centre hospitalo-universitaire (CHU) français qui comprend environ 2500 lits répartis sur cinq sites, Environ 450 000 consultations et 140 000 hospitalisations y sont réalisées chaque année pour 250 000 patients. Il emploie environ 1400 personnels médicaux, 5400 personnels soignants, 2 400 personnels non soignants, ainsi que 630 étudiants. En 2014, le taux d'absentéisme était de près de 10%.

La population visée par l'enquête était un échantillon aléatoire des personnels du CHU (à l'exception des étudiants), déterminé par leur mois de naissance : les 322 salariés nés en octobre d'une année paire.

Tableau 1 : Facteurs de risques psychosociaux –correspondance avec EVREST

Axes définis dans le rapport du Collège d'expertise (avril 2011)	Questions du questionnaire EVREST
Intensité du travail et temps de travail	Difficultés liées à la pression temporelle Dépasser les horaires, sauter ou écourter un repas Interruptions d'activité perturbant le travail Travail de nuit, travail posté
Exigences émotionnelles	Pression psychologique
Manque d'autonomie	Ne pas choisir soi-même la façon de procéder Travail non varié Le travail ne permet pas d'apprendre
Mauvaise qualité des rapports sociaux du travail	Travail non reconnu par l'entourage professionnel Pas de possibilité suffisante d'entraide, de coopération
Souffrance éthique	Faire des choses que l'on désapprouve Ne pas avoir les moyens de faire un travail de bonne qualité Traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soins
Insécurité de la situation de travail	Travailler avec la peur de perdre son emploi

2.2 Recueil des données

Un courrier expliquant la mise en place d'une étude visant à évaluer les risques psychosociaux et l'état de santé des salariés a été envoyé par la direction du CHU à tous les salariés de l'échantillon retenu. Ce courrier proposait une date pour un entretien individuel médico-professionnel de 45 minutes réalisé par le service de santé au travail. En cas de non-présentation à l'entretien, un 2ème et dernier rendez-vous était proposé. Les entretiens étaient réalisés par une infirmière diplômée en santé au travail ou un médecin du travail, entre mi-juin et fin octobre 2014, après qu'une information individuelle ait été faite à chaque participant à l'étude. Les entretiens étaient réalisés dans le respect du secret médical, chaque entretien ayant lieu dans le service de santé au travail du CHU par les personnels habituellement en charge du suivi médico-professionnel de ces salariés.

Lors de chaque entretien, le questionnaire EVREST version 2014 était administré⁹. Il s'agit d'un questionnaire utilisé par l'observatoire EVREST, observatoire national mis en place en France en 2007 à l'initiative de médecins du travail et de chercheurs dans l'objectif d'avoir, pour un échantillon représentatif de salariés, une base de données concernant les conditions de travail et la santé. Ce court questionnaire, standardisé, composé de questions fermées issues des grandes enquêtes sur la santé au travail, est administré par les médecins du travail membres du réseau EVREST¹⁰ lors des entretiens périodiques de santé au travail à tous les salariés nés en octobre d'une année paire (Langevin, et al., 2011 ; Molinié & Leroyer, 2011). Le rapport national présentant les résultats de ces questionnaires est publié chaque année sur le site EVREST. En 2013-2014, 1 049 médecins du travail ont participé au dispositif permettant de recueillir 26 227 questionnaires.

⁹ <http://evrest.istnf.fr/page-14-0-0.html>

¹⁰ <http://evrest.istnf.fr/page-0-0-0.html>

Dans cette étude, la partie du questionnaire relative aux facteurs de risques psychosociaux a été exploitée. Celle-ci explore les contraintes psychosociales selon cinq axes principaux : temps et intensité du travail (Questions 1 à 3, Q1-Q3), autonomie (Q4-Q7), rapports sociaux (Q8-Q9), éthique (Q10-Q12) et insécurité de la situation de travail (Q13). D'autre part, pour évaluer la santé neuropsychique des salariés, les questions présence de fatigue sur les 7 derniers jours (oui/non), présence d'une anxiété ou nervosité sur les 7 derniers jours

(oui/non) et présence de troubles du sommeil sur les 7 derniers jours (oui/non) ont été utilisées. Un indicateur « troubles neuropsychiques » a été créé et représentait les salariés ayant répondu oui à ces 3 questions (tableau 4).

Enfin, lors des entretiens, chaque question du questionnaire était reprise par le médecin ou l'infirmier conduisant l'entretien. L'objectif était de faire préciser le contexte et les éléments conduisant à chaque réponse. Ces informations qualitatives étaient notées dans un cahier par chaque enquêteur.

Tableau 2 : Description de la population étudiée en fonction des groupes professionnels

	PM ^a	PNMS ^b	PNMNS ^c	Total
Effectifs				
Effectifs (n)	28	123	109	260
Effectifs (%)	11	47	42	100
Sexe (%)				
Hommes	50	12	20	20
Femmes	50	88	80	80
Âge (%)				
<30 ans	61	21	20	25
30-39 ans	21	33	28	29
40-49 ans	11	31	30	29
≥50 ans	7	15	22	17
Travail à temps plein (%)	96	79	74	79

^a PM = Personnel médical. Avec 61% d'internes et 39% de médecins.

^b PNMS = Personnel non médical soignant. Avec 39% d'infirmiers, 38% d'aides-soignants, 6% de cadres infirmiers, 5% de sage-femmes, 5% de masseurs kinésithérapeutes et 7% autres (ambulanciers, assistants dentaires, spécialistes de rééducation).

^c PNMNS = Personnel non médical non soignant. Avec 50% de personnels techniques (agent de service hospitalier, ouvriers du bâtiment, ouvriers de la blanchisserie, ouvriers de cuisine), 31% de personnels administratifs, 15% de personnels médico-techniques (techniciens médicaux, techniciens de laboratoires, préparateurs en pharmacie) et 4% de personnels éducatifs et sociaux.

2.3 Analyse des données

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

Les salariés de l'enquête ont été catégorisés en trois groupes : personnel médical (médecins, internes), personnel soignant non médical (aide soignants, infirmiers, cadres infirmiers, sage femmes, masseurs kinésithérapeutes, ambulanciers, assistants dentaires, spécialistes de rééducation) et personnel non soignant non médical (personnels administratifs, éducatifs et sociaux, médico-techniques et techniques). Afin de permettre des comparaisons, les données de l'échantillon national sont présentées dans les tableaux des résultats par catégorie professionnelle (ouvriers, employés, professions intermédiaires et cadres).

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide du logiciel Stata, version 9.0 (Statacorp LP, College Station, TX, USA). Les analyses statistiques comprenaient des calculs de proportions pour chaque contrainte psycho-sociale. Les tests du Chi2 et exact de Fisher ont été utilisés afin d'évaluer les différences selon la catégorie professionnelle. Enfin, les variables associées à la présence de troubles neuropsychiques ont été testées à l'aide des tests du Chi2 et exact de Fisher. Les variables présentant, en bivarié, un degré de significativité inférieur à 0.20, ont été ensuite introduites dans un modèle multivarié (régression logistique) ajusté sur les données sociodémographiques (sexe, âge et groupe socio-professionnel).

Afin d'affiner l'interprétation de nos résultats, un débriefing a été organisé avec les infirmiers et le médecin ayant réalisé les entretiens, dans le but d'enrichir les données par des éléments qualitatifs ayant été relevés au cours des entretiens et d'aider à la compréhension des situations de travail rapportées par les personnels interrogés.

3. RÉSULTATS

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

Le taux de participation était significativement plus élevé pour le personnel non médical non soignant (94%) que pour le personnel soignant non médical (77%) et le personnel médical (67%). Le tableau 2 décrit les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des trois groupes de salariés. Le personnel médical différait significativement des deux autres groupes du point de vue du sexe (plus d'hommes dans le personnel médical), de l'âge (le personnel médical était plus jeune) et du temps de travail (le personnel médical travaillait plus souvent à temps plein).

Tableau 3 : Prévalence des facteurs de RPS des personnels hospitaliers et des travailleurs français selon le profil professionnel (%)

Facteurs de RPS	Personnels hospitaliers					Résultats nationaux ^a					
	PM	PNMS	p ^b	PNMNS	p ^c	Total	C	I	E	O	Total
Q1 : Subir une forte pression temporelle ($\geq 6/10$)	50	49	0.90	41	0.21	46	48	42	36	32	38
Q2 : Dépasser les horaires	75	53	0.03	29	< 0.01	44	68	48	28	26	39
Q3 : Sauter ou écourter un repas	61	48	0.22	13	< 0.01	35	33	27	20	16	23
Q4 : Pas de choix dans la façon de procéder	43	16	< 0.01	12	< 0.01	17	12	21	29	30	25
Q5 : Abandonner une tâche pour une autre non prévue	79	63	0.11	49	< 0.01	58	70	61	48	36	51
Q6 : Le travail n'est pas varié	7	11	0.51	17	0.16	13	6	10	22	24	17
Q7 : Le travail ne permet pas d'apprendre des choses	4	5	0.77	9	0.14	7	7	10	21	27	18
Q8 : Travail non reconnu par l'entourage professionnel	29	20	0.29	17	0.34	19	14	21	24	23	22
Q9 : Pas de possibilités suffisantes d'entraide	21	11	0.16	17	0.35	15	14	13	17	17	16
Q10 : Faire des choses que l'on désapprouve	36	28	0.45	17	0.02	25	16	21	21	23	21
Q11 : Ne pas avoir les moyens de faire un travail de bonne qualité	21	16	0.51	15	0.58	16	14	14	14	12	13
Q12 : Traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soins	36	43	0.47	30	0.03	36	38	30	22	17	25
Q13 : Travailler avec la peur de perdre son emploi	7	6	0.77	8	0.47	7	9	11	13	15	12

Note. PM = Personnel médical, PNMS = Personnel non médical soignant, PNMNS = Personnel non médical non soignant, C = Cadres, I = Professions intermédiaires, E = Employés, O = Ouvriers.

^a Données nationales EVREST : population des travailleurs de l'échantillon national EVREST interrogés sur les années 2013-2014 (<http://evrest.istnf.fr/page-35-0-0.html#menu>)

^b Test Chi2 ou Fisher recherchant une différence de prévalence des RPS entre le personnel médical et soignant non médical

^c Test Chi2 ou Fisher recherchant une différence de prévalence des facteurs de risques psychosociaux entre le personnel médical, soignant non médical et non médical non soignant.

Tableau 4 : Troubles neuropsychiques du personnel hospitalier et des travailleurs français selon le profil professionnel (%)¹

Troubles neuropsychiques	Personnels hospitaliers ^a						Résultats nationaux ^{d,e}				
	PM	PNMS	p ^b	PNMNS	p ^c	Total	C	I	E	O	Total
Fatigue	54	57	0.71	57	0,93	57	21	23	26	19	22
Anxiété, nervosité	53	43	0.31	45	0,60	45	17	19	21	15	18
Troubles du sommeil	21	38	0.10	39	0,20	37	17	18	21	16	18
Association de fatigue et anxiété/nervosité et troubles du sommeil	11	21	0.21	26	0,22	22	6	8	9	5	7

Note. PM = Personnel médical, PNMS = Personnel non médical soignant, PNMNS = Personnel non médical non soignant, C = Cadres, I = Professions intermédiaires, E = Employés, O = Ouvriers.

^a L'âge moyen était de 32 ans pour le personnel médical, 39 ans pour le personnel non médical soignant, 41 ans pour le personnel non médical non soignant et 39 ans pour l'ensemble des personnels hospitaliers.

^b Différence entre personnel médical et soignant non médical

^c Différence entre personnels médicaux, soignants et non soignants

^d Données nationales EVREST : population des travailleurs de l'échantillon national EVREST interrogés sur les années 2013-2014 (<http://evrest.istnf.fr/page-35-0-0.html#menu>).

^e L'âge moyen était de 42 ans pour les cadres, 41 ans pour les professions intermédiaires, 40 ans pour les employés, 41 ans pour les ouvriers et 41 ans pour l'ensemble des travailleurs.

Tableau 5. Facteurs de RPS associés aux troubles neuropsychiques, analyse bivariée et régression logistique ajustées sur les facteurs sociodémographiques

		Analyse bivariée		Analyse multivariée	
		%	p	OR ^a	p
Intensité et temps de travail					
Subir une forte pression temporelle	Non	13	< .01	1.0 [ref]	< .01
	Oui	33		3.5 [1.7-7.6]	
Dépasser les horaires	Non	21	.68		
	Oui	23			
Sauter ou écourter un repas	Non	22	.81		
	Oui	21			
Exigences émotionnelles					
Pression psychologique	Non	17	.02	1.0 [ref]	.25
	Oui	29		1.5 [.7-3.2]	
Autonomie					
Pas le choix dans la façon de procéder	Non	21	.40		
	Oui	27			
Abandonner une tâche pour une autre non prévue	Non	21	.84		
	Oui	22			
Le travail n'est pas varié	Non	19	.01	1.0 [ref]	.21
	Oui	38		1.8 [.7-4.8]	
Le travail ne permet pas d'apprendre des choses	Non	20	.01	1.0 [ref]	.21
	Oui	47		2.2 [.6-7.3]	
Rapports sociaux au travail					
Travail non reconnu par l'entourage professionnel	Non	20	.25		
	Oui	28			
Pas de possibilités suffisantes d'entraide	Non	19	< .01	1.0 [ref]	< .05
	Oui	41		2.3 [1.0-5.3]	
Souffrances éthiques					
Faire des choses que l'on désapprouve	Non	19	.04	1.0 [ref]	.19
	Oui	31		1.7 [.8-3.6]	
Ne pas avoir les moyens de faire un travail de bonne qualité	Non	21	.25	1.0 [ref]	
	Oui	29			
Traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soins	Non	20	.29	1.0 [ref]	
	Oui	26			
Insécurité de la situation de travail					
Travailler avec la peur de perdre son emploi	Non	20	.02	1.0 [ref]	< .01
	Oui	44		5.6 [1.7-19.2]	

^a Les chiffres figurant entre crochets correspondent à l'intervalle de confiance à 95%.

Suite du tableau 5

	Analyse bivariée		Analyse multivariée	
	%	p	OR ^a	p
Variables socio-démographiques				
Sexe				
Féminin	23	.23	1.0 [ref]	.77
Masculin	16		.9 [.3-2.1]	
Âge				
< 30 ans	11	.07	1.0 [ref]	.20
30-39 ans	22		2.8 [1.0-9.4]	
40-49 ans	28		3.3 [1.1-10.8]	
≥ 50 ans	27		3.1 [.9-11.4]	
Groupe professionnel				
Personnel non soignant non médical	26	.22	.3 [.1-1.3]	.24
Personnel soignant non médical	21		.7 [.3-1.4]	
Personnel médical	11		1.0 [ref]	

^a Les chiffres figurant entre crochets correspondent à l'intervalle de confiance à 95%.

Le tableau 3 décrit la proportion des différentes contraintes psychosociales déclarées par les personnels hospitaliers selon le groupe professionnel et indique les résultats nationaux de l'observatoire EVREST pour les catégories cadres, professions intermédiaires, employés, ouvriers et tous travailleurs. Le personnel médical déclarait une forte pression temporelle (Q1 : 50%), avec des interruptions de tâches fréquentes (Q5 : 79%), dans des proportions supérieures à toutes les catégories de salariés français. Toutefois, les personnels médicaux considéraient que leur travail était varié (Q6 : 75% contre 53%) et leur permettait d'apprendre des choses (Q7 : 96%).

Par comparaison avec le personnel soignant non médical, le personnel médical indiquait plus souvent dépasser les horaires (Q2 : 75% contre 53%) et ne pas avoir le choix dans la façon de procéder (Q4 : 43% contre 16%). Le personnel soignant non médical déclarait également une forte pression temporelle (Q1 : 49%)

dans des proportions similaires à celles de la moyenne des cadres français (48%). D'une façon générale, le personnel soignant déclarait plus fréquemment que le personnel non soignant un dépassement des horaires (Q2 : 53% contre 29%), une interruption des tâches (Q5 : 63% contre 49%) et des conflits éthiques (Q10 : 28% contre 17%). Au total, les personnels hospitaliers représentaient une population avec une charge de travail élevée (Q1-Q3), mais avec un travail plutôt varié (Q6) et permettant d'apprendre (Q7) ainsi qu'une peur de perdre son emploi (Q13) très inférieure à la moyenne des salariés français.

Le tableau 4 présente les troubles neuropsychiques selon les catégories de personnel. La proportion de troubles neuropsychiques était plus importante chez le personnel hospitalier de façon générale par comparaison aux résultats nationaux. Les proportions de troubles

neuropsychiques ne différaient pas significativement selon le groupe professionnel.

Les facteurs associés significativement à la présence de troubles neuropsychiques « fatigue et anxiété/nervosité et troubles du sommeil », lors de l'analyse multivariée, étaient la pression temporelle supérieure à 6/10 (Q1), l'absence de possibilité d'entraide (Q9) et la peur de perdre son emploi (Q13) (tableau5).

4. DISCUSSION

L'objectif de ce travail était, d'une part de décrire les RPS et la santé psychique des différentes catégories de personnel hospitalier, et d'autre part d'étudier les liens entre les troubles neuropsychiques et ces facteurs de RPS.

Un des intérêts de notre étude est la possibilité de comparer les résultats avec ceux des salariés français, grâce à l'utilisation du questionnaire EVREST. De plus, l'administration du questionnaire en entretien permettait de recueillir des éléments qualitatifs expliquant les contraintes déclarées. Enfin, la méthodologie de l'étude permettait d'avoir un échantillon représentatif de la population d'étude. Toutefois, le personnel médical représentant dans le CHU étudié 15% du personnel, ceci a conduit à avoir un effectif de seulement 28 personnes dans le groupe du personnel médical. Cet effectif limité réduit les possibilités d'analyse statistiques au sein de ce groupe.

Nous avons montré que les personnels hospitaliers déclaraient des contraintes psychosociales dans des proportions élevées, en particulier en ce qui concerne les personnels soignants médi-

caux et non médicaux. Le personnel médical a déclaré des contraintes dans des proportions proches de celles des cadres français : l'intensité et la charge de travail sont importantes, mais il s'agit d'un travail varié, permettant d'apprendre et où la peur de perdre son emploi est moindre. En revanche, certaines contraintes peu déclarées par les cadres le sont par le personnel médical. Il s'agit de « sauter ou écourter un repas » ce qui s'explique facilement par la nécessité de prise en charge de patients. Il s'agit également de contraintes moins facilement explicables comme l'absence de choix dans la façon de travailler (Q4), l'absence de reconnaissance par l'entourage professionnel (Q8) et le fait de devoir faire des choses que l'on désapprouve (Q10). Le personnel médical de notre étude est composé de 61% d'internes, expliquant probablement ces proportions élevées. Plusieurs études ont, en effet, montré le lien entre ancienneté et niveau de contrainte perçu par les médecins (Bauer & Groneberg, 2013 ; Bellagamba et al., 2015 ; Buddeberg-Fischer et al., 2005 ; Vanagas & Bihari-Axelsson, 2005). Dans notre étude, les éléments qualitatifs rapportés par le personnel médical pour ces questions étaient de deux ordres. D'une part, une autonomie relative faible dans l'organisation du quotidien était rapportée à la fois par les internes et les médecins : gestion des urgences, organisation dépendante des autres professionnels et des moyens matériels (ex : activité organisée en fonction des disponibilités de salles d'opération ou de bureaux de consultation, horaires d'arrivée des patients selon la disponibilité des chambres...). D'autre part, le personnel médical signalait une

autonomie parfois faible dans les décisions médicales : les internes rapportaient des injonctions paradoxales liées à des attitudes thérapeutiques différentes selon le médecin référent et les médecins rapportaient devoir suivre l'avis du collectif médical, parfois en désaccord avec leur décision personnelle.

Ces résultats contrastent avec les résultats d'études précédentes où la latitude décisionnelle évaluée par le questionnaire de Karasek (Karasek et al., 1998) était habituellement élevée chez les médecins (Kerrien et al., 2015 ; Saijo et al., 2014 ; Tripodi et al., 2012). Notons cependant que la latitude décisionnelle du questionnaire de Karasek résulte des contraintes d'absence de choix dans la façon de procéder mais également d'un travail non varié et non apprenant, contraintes au contraire peu déclarées par les personnels médicaux de notre échantillon. Ces résultats pourraient également s'expliquer par le fait que cet aspect dans notre étude n'a été étudié que par une seule question. Une étude complémentaire explorant la question de l'autonomie des personnels médicaux hospitaliers serait donc souhaitable.

Le personnel soignant non médical a déclaré également des contraintes à des niveaux proches de ceux des cadres. Le dépassement des horaires est cependant moindre (Q2), ceci pouvant s'expliquer par le fait de travailler en équipe avec relève. En revanche, le fait de faire des choses que l'on désapprouve (Q10) est plus souvent déclaré par le personnel non médical soignant que chez les cadres.

Lors des entretiens, les éléments qualitatifs les plus souvent cités par les personnels pour justifier leur réponse étaient différents selon les professions.

Pour les infirmières et aides-soignantes, il s'agissait d'effectuer certains gestes de manière trop rapide avec un manque de temps pour écouter les patients. Dans la littérature, cette contrainte a souvent été décrite chez les infirmières (Abbey et al. 2012 ; Freimann & Merisalu, 2015 ; Mallidou et al., 2013) et tendrait à être majorée du fait des politiques actuelles d'efficacité et de réduction des personnels (Ettorre & Greco, 2015 ; Trybou et al., 2014). Pour les cadres de santé, il s'agissait de la difficulté éthique de devoir rappeler des personnels sur leur temps de repos pour remplacer des personnels absents, ce conflit éthique étant peu mentionné dans le cadre des études existantes. Dans la littérature, nous n'avons pas trouvé d'étude relatant ce conflit éthique. Pourtant, ce problème semble en croissance du fait de l'augmentation de l'absentéisme des personnels hospitaliers (Ettorre & Greco, 2015).

Concernant la santé psychique, les proportions de troubles déclarés sont élevées en comparaison avec les résultats nationaux. Pour les personnels soignants non médicaux, les proportions de fatigue, anxiété/nervosité et troubles du sommeil sont environ deux fois plus élevées que dans l'échantillon national de travailleurs. Ceci est en accord avec les résultats de plusieurs études antérieures retrouvant des fréquences non négligeables de burnout, anxiété et dépression chez le personnel soignant non médical (Bakker et al., 2000 ; Gao et al., 2012 ; Noben et al., 2015 ; Pisaniello et al., 2012). À titre d'exemple, Enns et al., (2015) avait constaté, parmi 17 437 infirmières canadiennes la survenue, durant l'année antérieure, d'un épisode dépressif majeur chez 9% d'entre elles, soit une prévalence deux fois supérieure à la

moyenne des femmes canadiennes. Pour le personnel médical, les proportions de fatigue, ou d'anxiété-nervosité sont également élevées et les troubles du sommeil, bien que moins présents, sont non négligeables compte tenu du jeune âge du groupe médical. Ce type de symptôme mérite une attention particulière puisqu'il s'agit d'un élément prédictif de la survenue d'une dépression ultérieurement (Franzen & Buysse, 2008). Ces résultats viennent appuyer les constats faits par Romani et Ashkar (2014) dans leur revue de littérature sur le burnout du personnel médical. Ils observaient qu'un tiers des médecins avait présenté un burnout au cours de leur carrière et écrivaient dans l'introduction de leur article : « L'épuisement professionnel commence à cultiver ses graines au début des études de médecine, se poursuit tout au long de la période d'internat et se développe finalement dans la vie quotidienne des médecins en exercice » (Romani & Ashkar, 2014, p. 235)

Notre étude a montré que les facteurs associés significativement à la présence de troubles neuropsychiques « fatigue et anxiété/nervosité et troubles du sommeil » étaient la pression temporelle ≥ 6 , l'absence de possibilité d'entraide et la peur de perdre son emploi. Dans la littérature, plusieurs études ont mis en évidence une association entre charge de travail importante et anxiété, dépression, burnout chez les personnels soignants (Ding et al., 2014 ; Freimann & Merisalu, 2015 ; Saijo et al., 2014). Le rôle du « social support of coworkers » dans ce domaine a également été souvent décrit (Saijo et al., 2014). La peur de perdre son emploi a, quant à elle, été beaucoup moins souvent rapportée comme déterminant de l'état de santé psychique chez

les personnels de santé alors qu'elle est bien décrite dans d'autres professions (Vander Elst et al., 2014). Cette contrainte, bien que peu fréquente chez les personnels hospitaliers (Lavoie-Tremblay et al., 2008), n'est pas à négliger puisqu'elle semble associée aux troubles neuropsychiques. Lors des entretiens, nous avons pu constater que la peur de perdre son emploi était liée au fait de travailler avec un contrat à durée déterminée, à la crainte de faire des erreurs, et enfin à l'existence de problèmes de santé personnels. Les recherches effectuées dans la littérature à partir de ces hypothèses confirment tout d'abord les liens entre « peur de perdre son emploi » et « peur de faire des erreurs » (Shrestha & Joshi, 2014). Par ailleurs, la crainte de perdre son emploi pour les personnels de santé s'explique par la peur de ne plus être capable de tenir son emploi (Reichert et al., 2015).

5. PERSPECTIVES

Les personnels hospitaliers sont exposés à des RPS et déclarent des troubles neuropsychiques dans des proportions importantes. Des liens ont été mis en évidence entre l'état de santé neuropsychique des personnels et ces contraintes psychosociales. Ce constat a permis de confirmer la nécessité de mettre en place un plan de prévention des risques psychosociaux. En pratique, au sein du CHU étudié, plusieurs groupes de travail ont été mis en place à la suite de ces constats. Pour chacun des groupes, une présentation des résultats de cette étude était effectuée pour alimenter la réflexion. Chaque groupe choisissait ensuite un thème sur lequel travailler. A titre d'exemple, il y a eu un groupe sur la

messagerie électronique, un autre sur la reconnaissance. Une nouvelle évaluation selon la même méthodologie est en cours en 2019 afin de déterminer les évolutions 5 ans après.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient Mesdames F. Anselme, S. Bertrand, M. Brasseur, P. Colombel, A. Commune, C. Davo, M. Duval, M. Fouache, B. Frelet, A. Gommard, F. Guerre, C. Guyon, S. Hafiane, C. Jouisse, A. Kuntz, C. Leclercq, C. Lenoire, I. Lemoing, A.-C. Lesueur, F. Louvet, P. Pouille, I. Rouget Mejjad, C. Sellier, C. Tachon et Messieurs S. Armengol, J.-F. Caillard et G. Lacordais pour leur collaboration à cette étude

CONFLITS D'INTÉRÊT

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

BIBLIOGRAPHIE

Abbey, M., Chaboyer, W., & Mitchell, M. (2012). Understanding the work of intensive care nurses: A time and motion study. *Australian Critical Care*, 25(1), 13-22.

<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2011.08.002>

Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nursing Outlook*, 50(5), 187-194.

<https://doi.org/10.1067/mno.2002.126696>

Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Sixma, H. J., Bosveld, W., & Dierendonck, D.

(2000). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organisational Behavior*, 21(4), 425-441.

[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(200006\)21:4<425::AID-JOB21>3.0.CO;2-%23](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(200006)21:4<425::AID-JOB21>3.0.CO;2-%23)

Bauer, J., & Groneberg, D. A. (2013). Distress among physicians in hospitals - an investigation in Baden-Württemberg, Germany. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 138(47), 2401-2406.

<https://doi.org/10.1055/s-0033-1359859>

Bellagamba, G., Gionta, G., Senergue, J., Bèque, C., & Lehucher-Michel, M. P. (2015). Organizational factors impacting job strain and mental quality of life in emergency and critical care units. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28(2), 357-367.

<https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00121>

Brown, H., Zijlstra, F., & Lyons, E. (2006). The psychological effects of organizational restructuring on nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), 344-357.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03723.x>

Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., & Buddeberg C. (2005). Stress at work and well-being in junior residents. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51(2), 163-78.

<https://doi.org/10.13109/zptm.2005.51.2.163>

Burke, R. J., Ng, E. W. S., & Wolpin, J. (2011). Hospital restructuring and downsizing: Effects on nursing staff well-being and perceived hospital functioning.

[CASP558>3.0.CO:2-Q](#)

Herin, F., Paris, C., Levant, A., Vignaud, M. C., Sobaszek, A., & Soulat, J. M. (2011). Links between nurses' organisational work environment and upper limb musculoskeletal symptoms: Independently of effort-reward imbalance! The ORSOSA study. *Journal of the International Association for the Study of Pain*, 152(9), 2006-2015. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.04.018>

Hoe, V. C., Kelsall, H. L., Urquhart, D. M., & Sim, M. R. (2012). Risk factors for musculoskeletal symptoms of the neck and shoulder alone or neck and shoulder among hospital nurses. *Occupational and Environmental Medicine*, 69(3), 198-204. <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2011-100302>

Jaworek, M., Marek, T., Karwowski, W., Andrzejczak, C., & Genaidy, A. M. (2010). Burnout syndrome as a mediator for the effect of work related factors on musculoskeletal complaints among hospital nurses. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 40(3), 368-375. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2010.01.006>

Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.3.4.322>

Kerrien, M., Pougnet, R., Garlandézec, R., Pougnet, L., Le Galudec, M., Loddé, B., & Dewitte, J. D. (2015). Prevalence of anxiety disorders and depression among

junior doctors and their links with their work. *La Presse Médicale*, 44(4), 84-91. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2014.06.042>

Kervasdoué, J. de. (2003). *La crise des professions de santé*. Dunod.

Ketelaar, S. M., Nieuwenhuijsen, K., Boller, L., Smeets, O., & Sluiter, J. K. (2014). Improving work functioning and mental health of health care employees using an e-mental health approach to workers' health surveillance: Pretest-posttest study. *Safety and Health at Work*, 5(4), 216-221. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2014.08.02>

Langevin, V., François, M., Boini, S., & Riou, A. (2011). Evolutions et relations en santé au travail. *EVREST. Documents pour le médecin du travail*, 127(3), 463-465. <http://www.inrs.fr/dms/inrs/CataloguePapier/DMT/TI-FRPS-9/frps9.pdf>

Lavoie-Tremblay, M., Wright, D., Desforges, N., Gélinas, C., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2008). Creating a healthy workplace for new-generation nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 290-297. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2008.00240.x>

Lu, H., While, A. E., & Barriball, K. L. (2005). Job satisfaction among nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 211-227. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.09.003>

Mallidou, A. A., Cummings, G. G., Schalm, C., & Estabrooks, C. A. (2013). Health care aides use of time in a residential long-term care unit: A time and motion study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9), 1229-1239.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.009>

Molinié, A. F., & Leroyer, A. (2011). Suivre les évolutions du travail et de la santé : EVREST, un dispositif commun pour des usages diversifiés. *Piste*, 13(2), 1-26. <https://doi.org/10.4000/pistes.1852>

Noben, C., Evers, S., Nieuwenhuijsen, K., Ketelaar, S., Gärtner, F., Sluiter, J., & Smit, F. (2015). Protecting and promoting mental health of nurses in the hospital setting: Is it cost-effective from an employer's perspective? *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28(5), 891-900. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00465>

Patel, V., Weiss, H. A., Chowdhary, N., Naik, S., Pednekar, S., Chatterjee, S., Bhat, B., Araya, R., King, M., Simon, G., Verdelli, H., & Kirkwood, B. R. (2011). Lay health worker led intervention for depressive and anxiety disorders in India: Impact on clinical and disability outcomes over 12 months. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 459-466. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.092155>

Pisaniello, S. L., Winefield, H. R., & Delfabbro, P. H. (2012). The influence of emotional labour and emotional work on the occupational health and wellbeing of South Australian hospital nurses. *Journal of Vocational Behavior*, 80(3), 579-591. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2012.01.015>

Reichert, A. R., Augurzky, B., & Tauchmann, H. (2015). Self-perceived job insecurity and the demand for medical rehabilitation: Does fear of unemployment reduce health care utilization? *Health*

Economics, 24(1), 8-25. <https://doi.org/10.1002/hec.2995>

Romani, M., & Ashkar, K. (2014). Burn-out among physicians. *Libyan Journal of Medicine*, 9(1), 235-256. <https://doi.org/10.3402/ljm.v9.23556>

Saijo, Y., Chiba, S., Yoshioka, E., Kawanishi, Y., Nakagi, Y., Itoh, T., Sugioka, Y., Kitaoka-Higashiguchi, K., & Yoshida, T. (2014). Effects of work burden, job strain and support on depressive symptoms and burnout among Japanese physicians. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 27(6), 980-992. <http://dx.doi.org/10.2478/s13382-014-0324-2>

Shrestha, S., & Joshi, S. (2014). Lived experiences of the staff nurses during first six months of their employment in a university hospital, Kavre. *Journal of Nepal Health Research Council*, 12(28), 182-186.

Smith, D. R., Wei, N., Zhao, L. & Wang, R.-S. (2004). Musculoskeletal complaints and psychosocial risk factors among Chinese hospital nurses. *Occupational Medicine*, 54(8), 579-582. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqh117>

Tripodi, D., Roedlich, C., Laheux, M.A., Longuenesse, C., Roquelaure, Y., Lombrail, P., & Geraut, C. (2012). Stress perception among employees in a French University Hospital. *Occupational Medicine*, 62(3), 216-219. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqr196>

Trybou, J., Germonpre, S., Janssens, H., Casini, A., Braeckman, L., Bacquer, D.de., & Clays, E. (2014). Job-related stress and sickness absence among Belgian nurses: A prospective study. *Journal*

of Nursing Scholarship, 46(4), 292-301.
<https://doi.org/10.1111/jnu.12075>

Vanagas, G., & Bihari-Axelsson, S. (2005). The factors associated to psychosocial stress among general practitioners in Lithuania. Cross-sectional study. BMC Health Service Research, 5(45), 1-8.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-5-45>

Vander Elst, T., Cuyper, N.de., Baillien, E., Niesen, W., & Witte, H. de. (2014). Perceived control and psychological contract breach as explanations of the relationships between job insecurity, job strain and coping reactions: Towards a theoretical integration. Stress Health,

32(2), 100-116.
<https://doi.org/10.1002/smi.2584>

Wadman, C., & Kjellberg, A. (2007). The role of the affective stress response as mediator for the effect of psychosocial risk factors on musculoskeletal complaints. International Journal of Industrial Ergonomics, 37(5), 395-403.
<https://doi.org/10.1016/j.ergon.2006.12.001>

Weinberg, A., & Creed, F. (2000). Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. Lancet, 355(9203), 533-537.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)07366-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)07366-3)

PRÉSENTATION DES AUTEURS

Nicoleta Lesueur
Médecin du Travail
Association médico-sociale dieppoise
Contact : n.lesueur@amsd-sante-travail.net

Jean-François Gehanno
Médecin du travail-Professeur des universités-praticien hospitalier-chef de service et de pôle
Service de Médecine du Travail et de pathologies professionnelles et environnementales, CHU de Rouen, LIMICS, France
Ses recherches se structurent autour de la bibliométrie en santé au travail et du risque biologique en milieu de travail.
Contact : jean-francois.gehanno@chu-rouen.fr
Angélique Lefebvre
Statisticienne
Observatoire régional de la Santé et du social, Rouen
Contact : angelique.lefebvre@or2s.com

François Michelot
Statisticien
Observatoire régional de la Santé et du social, Rouen
Contact : francois.michelot@or2s.fr

Ariane Leroyer

Médecin de santé publique-Maitre de conférence des universités-praticien hospitalier
Service de Santé Publique, Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention, CHRU
Lille, U1286 – INFINITE, France

Ses recherches se structurent autour de l'étude des liens entre conditions de travail et santé.

Contact : ariane.leroyer@univ-lille.fr

Laétitia Rollin

Médecin du travail-maitre de conférence des universités-praticien hospitalier
Service de Médecine du Travail et de pathologies professionnelles et environnementales.
CHU de Rouen, LIMICS, France

Ses recherches se structurent autour du retour au travail après cancer, de la bibliométrie en santé au travail et de l'étude des liens entre conditions de travail et santé via l'observatoire Evrest dont elle est la directrice du groupement scientifique.

Contact : laetitia.rollin@chu-rouen.fr

Pour citer cet article :

Lesueur, N., Gehanno, J.-F., Lefebvre, A., Michelot, F., Leroyer, A., & Rollin, L. (2020). Facteurs de risques psychosociaux et état de santé du personnel hospitalier : Une étude comparative dans un centre hospitalier universitaire français. *Sciences & Bonheur*, 4(1), 54-72.

Le bonheur comme objet d'étude

Sciences & Bonheur (ISSN: 2448-244X) est la première revue scientifique et francophone consacrée au bonheur lancée en 2016. La revue est pluridisciplinaire, démocratique et s'intéresse aux questions liées au bonheur. Francophone, elle invite les chercheurs des différentes zones de la francophonie à se positionner sur le sujet. Pluridisciplinaire, elle accueille des spécialistes venant de toute discipline : psychologie, sociologie, management, anthropologie, histoire, géographie, urbanisme, médecine, mathématiques, sciences de l'éducation, philosophie, etc. S'intéressant au bonheur et aux mesures subjectives, la revue s'attache avant tout à la façon dont les individus perçoivent, ressentent et retranscrivent un environnement, une situation ou un rapport social.

Une revue scientifique gratuite et accessible en ligne

En présentant et discutant différents modèles, elle se veut le lieu de débats constructifs et critiques liés aux sciences du bonheur. Elle offre également une tribune aux investigations liées aux expériences variées de la « bonne vie ». Théorique, empirique mais aussi critique, elle accueille la production de savoirs sur le bonheur dans leurs dimensions épistémologiques, conceptuelles, méthodologiques, ou sémantiques. Mais si la revue considère que le bonheur doit être étudié d'un point de vue scientifique, elle souhaite rendre accessible ses développements aux citoyens et estime qu'étant donné le sujet, l'échange et la diffusion avec la société civile sont essentiels. Contrairement à bon nombre de revues, notamment les revues anglo-saxonnes dédiées au même sujet, elle est entièrement gratuite pour les lecteurs et pour les auteurs afin de permettre une diffusion non fondée sur des critères économiques.

Appel à contributions

Sciences & Bonheur accueille toute contribution, qu'il s'agisse d'une revue de questions, d'une étude empirique ou même de la recension d'un ouvrage en lien avec le bonheur. Chaque contribution fait l'objet de deux évaluations indépendantes par un comité d'experts. Un guide est fourni sur le site internet de la revue pour accompagner le processus de rédaction et de soumission. Les contributions peuvent s'insérer dans un numéro thématique ou d'un numéro varia.

Contact et informations complémentaires

Directeur de la publication : Gaël Brulé (redaction@sciences-et-bonheur.org)

Site de la revue : <https://sciences-et-bonheur.org>