

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Faculté de médecine de Marseille

Ecole Doctorale des Sciences de la Vie et de la Santé – ED 62

Laboratoire EA 3279 SPMC – Santé Publique et Maladies Chroniques : Qualité de Vie, Concepts, Usages et Limites, Déterminants

T H È S E

**Présentée et publiquement soutenue devant
LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

Le 20/09/2016

Par Gauthier BELLAGAMBA

Né le 16/02/1987 à Raleigh

**Qualité de vie au travail et environnement organisationnel :
études qualitatives et quantitatives sur les
personnels en établissement de santé**

pour obtenir le grade de DOCTORAT d'AIX-MARSEILLE UNIVERSITÉ

Discipline : Pathologie humaine

Spécialité : Recherche clinique et Santé Publique

Membres du Jury :

Alexis DESCATHA, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, Rapporteur
Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines

Jean-Marc SOULAT, Professeur des Universités-Praticien Rapporteur
Hospitalier, Université de Toulouse

Pascal AUQUIER, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, Président du jury
Aix-Marseille Université

Marie-Pascale LEHUCHER-MICHEL, Professeur des Universités- Directeur de thèse
Praticien Hospitalier, Aix-Marseille Université

Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements aux rapporteurs de ce manuscrit de thèse, Messieurs les Professeurs Alexis DESCATHA et Jean-Marc SOULAT qui m'ont fait l'honneur de lire et de corriger mon travail.

Je remercie sincèrement le Président du jury et Directeur de l'Equipe d'Accueil labélisée 3279, Monsieur le Professeur Pascal AUQUIER, qui m'a accueilli dans son équipe et soutenu durant ces années de thèse.

Je tiens à adresser ma gratitude à mon Directeur de thèse, Madame le Professeur Marie-Pascale LEHUCHER-MICHEL qui m'a encadré et accompagné quotidiennement aux cours des 4 dernières années. Je souhaite lui témoigner toute ma reconnaissance pour son investissement, ses qualités humaines et professionnelles ainsi que pour m'avoir transmis avec passion son expérience.

Je remercie également les Directeurs de l'Ecole Doctorale des Sciences de la Vie et de la Santé, Messieurs les Professeurs Philippe NAQUET et Jean-Louis MEGE, pour leur accueil et la qualité de la formation doctorale qu'ils dispensent.

J'ai également beaucoup de reconnaissance envers Monsieur le Professeur Roland SAMBUC, Madame le Professeur Stéphanie GENTILE et Madame la Directrice Christiane COUTURIER qui m'ont conseillé et soutenu depuis plusieurs années.

J'ai une pensée toute particulière pour mes collègues de travail, Nicole, Brigitte, Christine, Claude, Françoise, Géraldine, Imane, Rafael et Sarah.

Le travail de thèse est un engagement personnel important et n'aurait pas pu naître sans le soutien de ma famille. Je remercie en premier lieu ma compagne, Aurélia, et mon fils, Louca. Je remercie vivement mes parents, Danielle et Patrice ainsi que ma sœur, Manon. Je remercie également mes beaux-parents Claude et Joseph, ainsi que mon beau-frère, Antoine.

J'adresse enfin toute mon amitié à Adrien, Audrey, Clément, Emmanuelle, Erwan, Francois, Jérôme, Marc, Mickaël, Nicolas, Valentin et Xavier.

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	3
LISTE DES ABREVIATIONS	9
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	11
Liste des figures	11
Liste des tableaux	12
INTRODUCTION GENERALE.....	14
PARTIE 1. INTERET PORTE A L’ETUDE DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL EN FRANCE.....	22
CHAPITRE 1.1. EMERGENCE DU CONCEPT DE QUALITE DE VIE AU TRAVAIL EN FRANCE.....	22
<i>Section 1.1.1 Historique de la santé au travail.....</i>	<i>22</i>
Sous-section 1.1.1.1. Origines de la santé au travail.....	22
Sous-section 1.1.1.2. Evolution des principes de la prévention des risques	25
<i>Section 1.1.2. Evolution vers la prise en charge de la santé mentale au travail.....</i>	<i>27</i>
Sous-section 1.1.2.1. Prise en compte de la santé mentale.....	27
Sous-section 1.1.2.2. Organisations de travail et « tournant gestionnaire » : illustration dans l’administration publique hospitalière.....	31
Sous-section 1.1.2.3. Estimation de l’intérêt porté par la population Française aux notions associées à la qualité de vie au travail (QVT).....	33

<i>Section 1.1.3. Approches conceptuelles et méthodologiques de la qualité de vie au travail par les parlementaires et les partenaires sociaux</i>	<i>37</i>
Sous-section 1.1.3.1. Stress au travail	37
Sous-section 1.1.3.2. Harcèlement et violence au travail	40
Sous-section 1.1.3.3. Risques psychosociaux au travail	41
Sous-section 1.1.3.4. Qualité de vie au travail	50

CHAPITRE 1.2. TRANSFORMATION DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL EN FRANCE.....	53
---	-----------

<i>Section 1.2.1. Mutation du marché de l'emploi entre 1970 et 2010.....</i>	<i>53</i>
Sous-section 1.2.1.1. Tertiairisation du marché du travail	54
Sous-section 1.2.1.2. Essor des emplois qualifiés	56
Sous-section 1.2.1.3. Progression des emplois salariés	57
Sous-section 1.2.1.4. Précarisation du contrat de travail	58
Sous-section 1.2.1.5. Augmentation du taux de chômage.....	59
Sous-section 1.2.1.6. Recul du taux d'activité parmi les tranches d'âge extrêmes	60
Sous-section 1.2.1.7. Féminisation de l'emploi.....	62
<i>Section 1.2.2. Evolution des conditions de travail enregistrées depuis 1994</i>	<i>63</i>
Sous-section 1.2.2.1. Contraintes de rythme de travail	64
Sous-section 1.2.2.2. Contraintes mentales au travail.....	68
Sous-section 1.2.2.3. Comportements hostiles.....	70
Sous-section 1.2.2.4. Expositions aux facteurs de pénibilité au travail et au travail sur écran.....	72

PARTIE 2. PRINCIPES D'ETUDE DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES PERSONNELS EN ETABLISSEMENT DE SANTE 76

CHAPITRE 2.1. POSITIONNEMENT DE LA RECHERCHE DANS L'ETUDE DE QUALITE DE VIE AU TRAVAIL..... 76

Section 2.1.1. Controverse sur la notion de qualité de vie au travail 77

Sous-section 2.1.1.1. Emergence de l'expression de « QVT » 77

Sous-section 2.1.1.2. Cadre conceptuel de la QVT difficile à stabiliser 78

Sous-section 2.1.1.3. Plaidoyer pour la recherche d'une définition unique de la
QVT 81

Section 2.1.2. Evaluation de la qualité de vie au travail en milieu de soin : quels concepts utiliser ?..... 82

Sous-section 2.1.2.1. Introduction 83

Sous-section 2.1.2.2. Méthode..... 83

Sous-section 2.1.2.3. Résultats..... 83

Sous-section 2.1.2.4. Discussion..... 85

Sous-section 2.1.2.5. Conclusion 87

Section 2.1.3. Principales conceptions théoriques de la qualité de vie au travail retenues par l'équipe de recherche..... 88

Sous-section 2.1.3.1. Positionnement du concept de QVT 88

Sous-section 2.1.3.2. Principales définitions de la QVT 89

Sous-section 2.1.3.3. Principes théoriques constituant la QVT 92

Sous-section 2.1.3.4. Instruments de mesure étiquetés « QVT » 99

CHAPITRE 2.2. DOMAINES D'INVESTIGATION QUI ONT ETE CHOISIS PAR L'EQUIPE DE RECHERCHE POUR ETUDIER LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES PERSONNELS EN ETABLISSEMENT DE SANTE.....	103
--	-----

<i>Section 2.2.1. Modèle conceptuel de la qualité de vie au travail en établissement de santé.....</i>	<i>104</i>
--	------------

Sous-section 2.2.1.1. Facteurs d'organisation.....	104
--	-----

Sous-section 2.2.1.2. Contraintes/ressources psychosociales et psycho- organisationnelles	108
--	-----

Sous-section 2.2.1.3. Stress au travail	109
---	-----

Sous-section 2.2.1.4. Satisfaction au travail.....	111
--	-----

Sous-section 2.2.1.5. Santé et qualité de vie	113
---	-----

Sous-section 2.2.1.6. Ressources fonctionnelles et facteurs dispositionnels	115
---	-----

Sous-section 2.2.1.7. Vie hors travail et équilibre vie professionnelle-personnelle	117
--	-----

Sous-section 2.2.1.8. Besoin de réalisation, d'estime et d'appartenance	118
---	-----

Sous-section 2.2.1.9. Coping centré sur le problème, la recherche de soutien social et l'émotion	119
---	-----

<i>Section 2.2.2. Principaux instruments de mesure de la qualité de vie au travail.....</i>	<i>120</i>
---	------------

Sous-section 2.2.2.1. Principes de sélection d'un questionnaire en recherche....	120
--	-----

Sous-section 2.2.2.2. Questionnaires de mesure des dimensions de la QVT	123
---	-----

PARTIE 3. RESULTATS DE LA RECHERCHE 142

**CHAPITRE 3.1. IMPACT D'UN TRANSFERT DE SERVICES SUR LES PERSONNELS
HOSPITALIERS 142**

*Section 3.1.1. Etude qualitative auprès de 22 personnels hospitaliers
transférés 142*

Sous-section 3.1.1.1. Introduction 142

Sous-section 3.1.1.2. Méthodes 144

Sous-section 3.1.1.3. Résultats 145

Sous-section 3.1.1.4. Discussion 151

Sous-section 3.1.1.5. Conclusion 155

*Section 3.1.2. Etude quantitative auprès de 180 personnels hospitaliers
transférés et 272 personnels témoins 156*

Sous-section 3.1.2.1. Introduction 156

Sous-section 3.1.2.2. Méthodes 158

Sous-section 3.1.2.3. Résultats 162

Sous-section 3.1.2.4. Discussion 166

Sous-section 3.1.2.5. Conclusion 170

CHAPITRE 3.2. ETUDES ANCILLAIRES 172

*Section 3.2.1. Etude des facteurs d'organisation associés à la tension au
travail et à la qualité de vie mentale auprès de 145 professionnels des
services des urgences et des soins intensifs 172*

Sous-section 3.2.1.1. Introduction 172

Sous-section 3.2.1.2. Méthode 173

Sous-section 3.2.1.3. Résultats 176

Sous-section 3.2.1.4. Discussion 180

Sous-section 3.2.1.5. Conclusion 184

<i>Section 3.2.2. Analyse lexicale de la qualité de vie au travail auprès de 16 psychiatres hospitaliers</i>	<i>185</i>
Sous-section 3.2.2.1. Introduction	185
Sous-section 3.2.2.2. Méthodes	187
Sous-section 3.2.2.3. Résultats.....	190
Sous-section 3.2.2.4. Discussion.....	195
Sous-section 3.2.2.5. Conclusion	200
CONCLUSION GENERALE	202
BIBLIOGRAPHIE.....	209
RESUME DES ETUDES REALISEES.....	246
ARTICLES DANS LEURS VERSIONS ORIGINALES.....	248
ANNEXES	296
A. COPIE DES QUESTIONNAIRES UTILISES	297
B. COPIE DE LA GRILLE D'ENTRETIEN UTILISEE	307
C. AUTRE QUESTIONNAIRE CONSTITUE.....	310
D. INTITULES DES DOCTORATS AMU	323

Liste des abréviations

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

ANI : Accord National Interprofessionnel

APA : American Psychological Association

AT/MP : Accident du travail / Maladie professionnelle

BIT : Bureau International du Travail

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps partiel

CCPP : Centre Consultation de Pathologie Professionnelle

CESE : Conseil Economique, Social et Environnemental

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHS : Comité d'Hygiène et Sécurité

CHS-CT / CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CLASMO : Cellule Locale d'Accompagnement Sociale pour la MODernisation des hôpitaux

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPO : Contrainte Psychologique et Organisationnelle

DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques du Ministère du travail

dB(A) : décibel A

EMCC : European Monitoring Centre on Change

FPH : Fonction Publique Hospitalière

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patient, Santé et

Territoire **IC** : Intervalle de Confiance

IDE : Infirmier

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

JC : Job Control

JCQ : Job Content Questionnaire

JD : Job Demand

JS : Job Strain

MCS : Mental Composite Score

M€ : Millions d'Euros

MQL : Mental Quality of Life

NWI-EO : Nursing Work Index – Extended Organization

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR / ORa : Odds Ratio / Odds Ratio ajusté

OSHA : Occupational Safety and Health Administration

PME : Petites et Moyennes Entreprises

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

Presst-Next : Promouvoir en Europe
santé et satisfaction des soignants au
travail - Nurses'Early Exit Study

QVT : Qualité de Vie au Travail

RGPP : Révision Générale des
Politiques Publiques

RPS : Risques PsychoSociaux

SESMAT : Santé Et Satisfaction
des Médecins Au Travail

SF : Short Form

SPSS : Statistical Package for the Social
Sciences

SUMER : Surveillance Médicale des
Expositions aux Risques professionnels

T2A : Tarification A l'Activité

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

TPE : Très Petites Entreprises

VS : VerSus

Table des illustrations

Liste des figures

FIGURE 1 : EVOLUTION ENTRE 2004 ET 2016 DE LA COTE DE POPULARITE SUR GOOGLE EN FRANCE DE CHACUNE DES 5 NOTIONS ASSOCIEES A LA QVT (EXTRACTION DE GOOGLE TRENDS)	36
FIGURE 2 : CHRONOLOGIE DES PRINCIPALES NEGOCIATIONS COLLECTIVES FRANÇAISES SUR LA THEMATIQUE DE LA PREVENTION DU STRESS AU TRAVAIL, DES RPS ET DE LA QVT	38
FIGURE 3 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES EN ACTIVITE PROFESSIONNELLE ENTRE 1954 ET 2013	54
FIGURE 4 : REPARTITION DES EMPLOIS EN FRANCE PAR SECTEUR D'ACTIVITE ENTRE 1970 ET 2013 ..	55
FIGURE 5 : REPARTITION DE L'EMPLOI PAR CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE ENTRE 1962 ET 2007	57
FIGURE 6 : EVOLUTION DU TAUX DE SALAIRES DANS LA POPULATION ACTIVE ENTRE 1960 ET 2007 ...	58
FIGURE 7 : EVOLUTION DE LA PART DE SALAIRES EN CONTRAT PRECAIRE ENTRE 1982 ET 2013	59
FIGURE 8 : EVOLUTION DU TAUX DE CHOMAGE ENTRE 1975 ET 2013	60
FIGURE 9 : EVOLUTION DU TAUX D'ACTIVITE PARMI LES HOMMES ET LES FEMMES PAR TRANCHE D'AGES ENTRE 1975 ET 2013	61
FIGURE 10 : EVOLUTION DE LA PROPORTION DE FEMMES SUR LE MARCHE DU TRAVAIL ENTRE 1962 ET 2007	62
FIGURE 11 : SCORE DE LATITUDE DECISIONNELLE ET DEMANDE PSYCHOLOGIQUE PAR SECTEUR D'ACTIVITE	69
FIGURE 12 : PROPORTION DE SALAIRES EXPOSES A AU MOINS UN COMPORTEMENT HOSTILE SELON LA DEMANDE PSYCHOLOGIQUE ET LE MANQUE DE LATITUDE DECISIONNELLE TOUS SECTEURS D'ACTIVITE CONFONDUS.....	71
FIGURE 13 : HIERARCHIE DES BESOINS SELON MASLOW (1943, 1954).....	93
FIGURE 14 : STRUCTURE CONCEPTUELLE DE LA QVT SELON ELIZUR ET SHYE (1990) (TRADUITE PAR DELMAS ET AL., 2001).....	95

FIGURE 15 : EXEMPLE DE MODELE TRANSACTIONNEL EN PSYCHOLOGIE DE LA SANTE (BRUCHON-SCHWEITZER & SIKSOU, 2008)	99
FIGURE 16 : MODELE CONCEPTUEL DE LA QVT EN	105
FIGURE 17 : CINQ PRINCIPES GENERAUX DE SELECTION D'UN QUESTIONNAIRE EN RECHERCHE SELON PERNEGER (2004)	121
FIGURE 18 : ILLUSTRATION DES FLUX DE PERSONNELS TRANSFERES DANS L'ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE ETUDIE	158

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : EXTRACTION DU NOMBRE DE REQUETES PORTANT SUR LES 7 CONCEPTS ASSOCIES A LA QVT REALISEES EN MOYENNE CHAQUE MOIS EN 2015 SUR LE MOTEUR DE RECHERCHE GOOGLE EN FRANCE METROPOLITAINE	34
TABLEAU 2 : COMPARAISON DES TEMPS DE TRAVAIL DES SALARIES PAR SECTEUR D'ACTIVITE ENTRE 2003 ET 2010.....	65
TABLEAU 3 : COMPARAISON DES RYTHMES DE TRAVAIL PAR SECTEUR D'ACTIVITE ENTRE 1994 ET 2010	67
TABLEAU 4 : COMPARAISON DES EXPOSITIONS AUX FACTEURS DE RISQUES DE PENIBILITE PAR SECTEUR D'ACTIVITE ENTRE 1994 ET 2010	75
TABLEAU 5 : EVOLUTION DU NOMBRE D'ARTICLES REFERENCES PAR PUBMED ET PSYCINFO PAR DECENNIE POUR CHACUN DES 5 CONCEPTS ASSOCIES A LA QVT LES PLUS ETUDIES DANS LE MILIEU DU SOIN.....	85
TABLEAU 6 : RECENSEMENT DES QUESTIONNAIRES VALIDES POUR LA MESURE DES DIFFERENTES DIMENSIONS CONSTITUANT LE MODELE DE LA QVT PROPOSE PAR L'EQUIPE	125
TABLEAU 7 : CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES DES AGENTS INTERVIEWES LORS DE L'ETUDE QUALITATIVE (N = 22 AGENTS)	146
TABLEAU 8 : PRINCIPAUX THEMES RELEVES AUPRES DES AGENTS SUR LE VECU DU TRANSFERT ET L'ADAPTATION AU NOUVEAU POSTE.....	147
TABLEAU 9 : PERCEPTION PAR LA PSYCHOLOGUE DU VECU DU TRANSFERT DES AGENTS SELON L'AGE, LE SERVICE ET LA FONCTION.....	151
TABLEAU 10 : CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES DE LA POPULATION TRANSFEREE ET DE LA POPULATION TEMOIN	163

TABLEAU 11 : PERCEPTION DES CONDITIONS DE TRAVAIL PAR LA POPULATION TRANSFEREE ET PAR LA POPULATION TEMOIN	164
TABLEAU 12 : COMPARAISON DES CONTRAINTES MENTALES AU TRAVAIL ET DE LA SANTE PERÇUE ENTRE LA POPULATION TRANSFEREE ET LA POPULATION TEMOIN.....	165
TABLEAU 13 : COMPARAISON DES CONTRAINTES PSYCHO-ORGANISATIONNELLES PROFESSIONNELLES ENTRE LA POPULATION TRANSFEREE ET LA POPULATION TEMOIN	166
TABLEAU 14 : CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES DES REpondANTS ET DES NON-REpondANTS DANS LES SERVICES D'URGENCES ET DE SOINS INTENSIFS.....	177
TABLEAU 15 : COMPARAISON DES CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES ENTRE LES TRAVAILLEURS EN SITUATION DE JOB STRAIN ET CEUX QUI NE SONT PAS EN SITUATION DE JOB STRAIN DANS LES SERVICES D'URGENCES ET DE SOINS INTENSIFS.....	177
TABLEAU 16 : PREVALENCE DES SITUATIONS DE « JOB STRAIN » EN FONCTION DES FACTEURS D'ORGANISATION	178
TABLEAU 17 : COMPARAISON DES CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES ET D'HYGIENE DE VIE ENTRE LES TRAVAILLEURS PRESENTANT DES SCORES DE QUALITE DE VIE MENTALE (MCS) FORTS OU FAIBLES DANS LES SERVICES D'URGENCES ET DE SOINS INTENSIFS.....	179
TABLEAU 18 : PREVALENCE DU FAIBLE SCORE DE QUALITE DE VIE MENTALE (MCS) EN FONCTION DES FACTEURS D'ORGANISATION	180
TABLEAU 19 : THEMES ET SOUS-THEMES ISSUS DE L'ANALYSE DU VOCABULAIRE DES ENTRETIENS AVEC LES PSYCHIATRES HOSPITALIERS.....	191
TABLEAU 20 : ILLUSTRATION DU THEME 1 ET DES SOUS-THEMES PAR DES EXTRAITS ISSUS DE L'ANALYSE DES ENTRETIENS	192
TABLEAU 21 : ILLUSTRATION DU THEME 2 ET DES SOUS-THEMES PAR DES EXTRAITS ISSUS DE L'ANALYSE DES ENTRETIENS	193
TABLEAU 22 : ILLUSTRATION DU THEME 3 ET DES SOUS-THEMES PAR DES EXTRAITS ISSUS DE L'ANALYSE DES ENTRETIENS	194
TABLEAU 23 : ILLUSTRATION DU THEME 4 ET DES SOUS-THEMES PAR DES EXTRAITS ISSUS DE L'ANALYSE DES ENTRETIENS	195

Introduction générale

Dans les disciplines des sciences humaines et sociales, l'intérêt porté à la qualité de vie au travail (QVT) a naturellement émergé du souhait des entreprises de mieux appréhender l'adaptation entre le travail et leurs employés (Goode, 1989). Le terme de QVT a été promu pour la première fois lors de la conférence internationale sur « la démocratisation du travail » à New York (États-Unis) en Septembre 1972. La notion de QVT y a été présentée comme agrégeant quatre aspects: intégrité physique, intégrité psychique, développement du dialogue social et équilibre de la vie professionnelle - vie hors travail (Davis & Cherns, 1975). Depuis, des auteurs ont récemment établi que la QVT correspondrait, en substance, à la perception qu'a un individu de sa position et de sa capacité d'action dans les sphères culturelles, organisationnelles et relationnelles de l'entreprise (Dupuis et al., 2009).

Depuis 2014, il existe une démocratisation de la notion de QVT. Chaque mois, 26 560 requêtes sur la thématique de la QVT (1,2 requêtes sur 100 000) ont été saisies sur le moteur de recherche Google (voir sous-section 1.1.2.3. « Estimation de l'intérêt porté par la population Française aux notions associées à la qualité de vie au travail (QVT) », page 33). Ainsi, un travailleur sur 1 000 réalise une requête Google sur la thématique de la QVT chaque mois (estimation réalisée à l'aide de Google AdWords).

La réduction de la QVT est à l'origine de dépenses financières et d'un manque à gagner économique élevés (Lassagne et al., 2012). Le coût social correspond à la somme des coûts directs et indirects consécutifs à la survenue d'une pathologie. Des études ont permis d'estimer le coût social de l'exposition à certain facteurs de risques psychosociaux.

Les études indiquent que 3,47% des pathologies cardiovasculaires, 13,7% des dépressions et 5,54% des troubles musculo-squelettiques sont attribuables à une exposition à la tension au travail (i.e. job strain). En terme de résultats financiers, le coût des soins associés correspondrait à un montant de respectivement 67,7 millions d'euro (M€), 125,3 M€ et 175,8 M€ chaque année en France (Lassagne et al., 2012).

Par ailleurs, les salariés exposés aux facteurs de risques psychosociaux déclarent plus souvent des absences pour maladie (Memmi et al., 2016). Le risque de déclarer trois arrêts de travail dans l'année est plus que doublé pour les hommes et les femmes qui subissent des tensions au travail (OR moyen 2,16). Ce risque est multiplié par 3 pour les

femmes et par 4 pour les hommes qui déclarent manquer de reconnaissance. Pour une entreprise, la « facture de l'absentéisme » liée aux problèmes de santé mentale totalise 17% de la masse salariale selon une étude du cabinet Watson Wyatt Worldwide (2001). Au final, pour la société le coût de l'absentéisme lié à une pathologie cardiovasculaire (1749,2 M€), une dépression (1136,1 M€) et à un TMS (105,5 M€) s'élève à 2990,8 M€ par an en France (Lassagne et al., 2012).

Par ailleurs, si le coût du turn-over n'est pas estimé, l'Institut américain du stress signale néanmoins que 40% du turn-over est directement lié au stress (Brun et al., 2006).

En 2010, 7% des hommes et 4% des femmes ont déclaré un accident du travail dans les 12 derniers mois. La fraction attribuable des accidents du travail au stress coûte chaque année près de 30 milliards d'euros dans l'Europe des 15 (Milczarek et al., 2009 ; Gervais et al., 2009). La probabilité d'avoir connu un accident du travail est plus élevée parmi les salariés exposés à la tension au travail (Odds Ratio (OR) 1,57) ou à un manque de reconnaissance (OR 1,67) (Memmi et al., 2016). De nombreux travaux confirment le lien entre l'intensité du travail et mauvaises conditions de travail (Wichert, 2002 ; Cartron et al., 2009). Les études sur le présentéisme (i.e réduction de performance d'un employé en raison d'un problème de santé) mettent en évidence que 40% des présents ont des signes de détresse psychologique élevée.

Enfin, des études réalisées au Québec montrent que le nombre moyen de journées d'incapacité de travail pour des problèmes de santé mentale a plus que triplé entre 1992 et 1998, passant de 7,4 à 24,6 jours pour 100 personnes (Vézina & Bourbonnais, 2001). En France, la perte de productivité lors des cessations anticipées d'emploi en lien avec une exposition à la tension au travail est associée à un coût social de 1 234,9 M€ par an (Lassagne et al., 2012). En supplément, le coût des décès prématurés liés à la tension au travail est estimé à 279,4 M€ par an.

Qualité de vie au travail (QVT) et modifications organisationnelles dans la fonction publique hospitalière (FPH)

Au cours des 10 dernières années, la notion de QVT s'est particulièrement manifestée dans le paysage des établissements de santé. Depuis 2006, 10 722 articles référencés dans les bases de données bibliographiques scientifiques Pubmed et PsycInfo s'intéressent au

domaine de la QVT dans le secteur de la santé. Ces articles représentent plus d'un tiers des articles publiés s'intéressant aux professionnels de la santé (Bellagamba et al., 2016, soumis).

Cet engouement pour l'étude du concept de QVT en établissement de santé serait principalement expliqué par la dégradation des conditions de travail dans les hôpitaux (Pelletier, 2015). En 2010, dans le secteur public, 62% des agents hospitaliers travaillent le dimanche et les jours fériés (contre 31% en population générale), 38% déclarent ne pas avoir les mêmes horaires chaque semaine (contre 22%) et 65% des agents déclarent travailler de manière morcelée (contre 57%) (Arnaudo et al., 2013). Les expositions aux facteurs de risques psychosociaux (RPS) sont plus prégnantes dans la fonction publique hospitalière (FPH) que les autres secteurs d'activité. Les agents publics hospitaliers sont particulièrement exposés à la tension au travail (30% contre 23% en population générale) (Memmi et al., 2016). Ce phénomène est notamment lié à l'intensification du travail qui s'est significativement accrue au cours des 30 dernières années (Cartron et al., 2009). Pour exemple, en 8 ans 75% des infirmiers et sages-femmes présentent une augmentation de la charge de travail contre 49% en population générale (Davie, 2014 ; Alavaga et al., 2014). Enfin, la prévalence des agressions verbales est nettement plus importante dans le secteur public hospitalier qu'en population générale (39% contre 18%) (Davie, 2014).

Selon Gheorghiu & Moatty (2014), cette dégradation des conditions de travail en défaveur des agents publics peut s'expliquer par des modifications organisationnelles majeures dans la FPH au cours des 10 dernières années. D'ailleurs, le plan national « Santé au travail » 2010-2014 reconnaît que « les évolutions de l'organisation du travail et les restructurations d'entreprises font peser sur les collectifs de travail et sur les individus des contraintes croissantes. Ces risques peuvent provoquer de graves atteintes à la santé physique et mentale et entraîner à terme des altérations irréversibles. »

Dans le cadre de la gouvernance des hôpitaux, 5 réformes mises en place au cours des 15 dernières années augmentent les contraintes qui pèsent sur les personnels (Evin, 2009). Deux textes visant à réguler l'offre de soins (ordonnance de 2003 sur l'organisation et le fonctionnement du système de santé ; réforme de 2007 sur la tarification à l'activité) incitent les établissements à accroître chaque année leurs activités et à réduire leurs investissements. Deux textes établis pour optimiser la gouvernance hospitalière (ordonnance de 2005 sur le régime juridique des établissements de santé ; loi 2009 pour la modernisation des établissements de santé) poussent les structures à rationaliser leurs

modalités de fonctionnement et à mutualiser leurs ressources. Enfin, la série de modifications de la procédure de certification des établissements de santé conduite depuis 2004 accroît fortement les contraintes de traçabilité de la qualité du service rendu.

Du point de vue macro-économique, les efforts de réduction de l'importante dette des 598 hôpitaux publics influencent fortement l'activité hospitalière. De 2006 à 2011, le montant du déficit annuel croît de 5% chaque année pour atteindre 513 millions d'euro (M€) en 2011 (Cour des comptes, 2013). En parallèle, la capacité d'autofinancement qui mesure la capacité des hôpitaux à rembourser leur dette et financer leurs amortissements, reste faible (5,5% en moyenne depuis 2008). Ainsi, depuis 2009, de nombreux efforts sont réalisés pour réduire ce déficit. Ces efforts, particulièrement réalisés au sein des 32 centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) qui à eux seuls comptabilisent plus de la moitié du montant du déficit, ont permis de ramener le résultat net financier à -209 M€ en 2015 (Hospimédia, 2016) et d'augmenter la capacité d'autofinancement des CHRU de 4% en 2008 à plus de 5,6% en 2013 (Cour des comptes, 2013).

En lien avec ces contraintes organisationnelles et financières, le secteur hospitalier public présente un manque particulièrement important d'attractivité et de fidélisation de ses personnels. Les besoins en personnel ont fortement augmenté avec la mise en place de la réforme des 35h. Avant les années 2000 la croissance naturelle de la population non médicale était d'un à deux pour cent par an. Depuis 2002, le besoin en croissance a augmenté à 3,4% par an. De ce fait, parmi les professions de santé, un poste sur dix était vacant en moyenne en 2005. Ce taux est très élevé parmi les puéricultrices (27%), les infirmières de bloc opératoire (21%) et les médecins (24%) (DRASS - ARHIF, 2008 ; FHF, 2013).

Par ailleurs, les statistiques sociales montrent que le taux d'absentéisme dans la FPH est en moyenne 1,7 fois plus élevé que dans le secteur privé. Ainsi, ce taux y est de 6,6% soit 24 jours d'absence par agent chaque année.

La vacance des postes et l'absentéisme accrus en établissement de santé causent de nombreuses perturbations dans le fonctionnement des organisations et rendent complexe l'ajustement des ressources à l'activité (Brami et al., 2014).

En 2014 dans la fonction publique, 11% des dossiers de demande de reconnaissance de l'imputabilité au service d'un accident concernent le champ « psychosocial » alors qu'auparavant ces demandes étaient anecdotiques (Marc Rollet, médecin expert auprès

d'une commission de réforme). Par ailleurs, depuis 2013 les troubles psychosociaux et les troubles du comportement sont les premières causes (20,6%) de consultation dans les centres de consultations de pathologies professionnelles (CCPP), suivis par les troubles musculo-squelettiques (TMS) (14,9%) et les pathologies cancéreuses (14,6%) (Anses, 2015).

Dans ses aspects les plus graves, la littérature met en évidence que la réduction de la QVT pourrait être associée à un risque de suicide accru parmi les professions soignantes. Chez les médecins le taux de mortalité par suicide est 1,41 plus élevé chez les hommes et 2,27 plus élevé chez les femmes qu'en population générale (Schernhammer & Colditz, 2004). Une revue de la littérature permet d'estimer que la prévalence du suicide plus élevée parmi les médecins que dans la population générale est associée à la dégradation de certaines dimensions de la QVT (Tyssen, 2007). Pour exemple, l'idéation suicidaire chez les médecins est associée à une recrudescence du présentisme (OR 2,83), du désengagement (dimension du burnout) (OR 2,96) et plus modestement du stress au travail (OR 1,03) (Wall et al., 2014 ; Tyssen, 2001).

Néanmoins, la QVT doit également être envisagée sur ses aspects positifs. D'un point de vue collectif, la satisfaction professionnelle et la réduction du stress des individus sont significativement liées à une meilleure relation soignant-patient et à une meilleure qualité de prise en charge soignante (Quinn et al., 2009 ; Williams et al., 2007).

Approche préventive des risques pour l'amélioration de l'organisation du travail

Comme l'indiquent Hamon-Cholet (2002), pour intervenir efficacement sur la santé mentale au travail, il est essentiel de considérer que « même s'il ne fait aucun doute que des facteurs individuels et personnels interviennent dans toutes les questions de santé et de sécurité du travail, les causes d'accident au travail résident souvent dans l'organisation du travail, l'environnement de travail et la structure organisationnelle ».

Selon l'analyse des données des enquêtes nationales SUMER (Surveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels), les salariés exposés à au moins trois contraintes de rythme de travail (OR 2,03), ceux qui ne disposent pas des informations suffisantes pour faire leur travail (OR 2,02), ceux qui ne disposent pas de moyens matériels suffisants (OR 1,74), ceux qui travaillent au-delà des horaires officiels (OR 1,32) et ceux qui sont exposés à des facteurs de pénibilité physiques (OR 1,12) sont davantage

soumis au risque de tension au travail (Memmi et al., 2016). L'organisation du travail a également un impact sur le sentiment de ne pas être reconnu dans son travail. Il s'agit des salariés qui ne disposent pas d'informations suffisantes pour faire leur travail (OR 2,18), qui doivent se dépêcher (OR 1,46) ou qui sont contraints dans leur rythme de travail (OR 1,22) (Dares, 2016). Le risque de tension au travail et de manque de reconnaissance sont plus élevés pour les salariés qui ont des objectifs chiffrés précis à atteindre (OR 1,23 et 1,16). A l'inverse, la conduite s'évaluations individuelles périodique à l'aide de critères précis et mesurables réduit le risque de manque de reconnaissance (OR 0,78).

Pour maîtriser ces facteurs d'organisation des mesures de prévention doivent être employées (George & Brief, 1992). Cependant il existe une pluralité d'approches disciplinaires. Les approches physiologique, psychologiques et ergonomiques tendent tendent soit à individualiser l'approche des expositions soit à employer une vision restrictive de ce phénomène, en le limitant notamment à une relation directe, de cause à effet, entre les expositions et un sujet. En France, il s'agit en pratique de démarches intitulées « prévention des risques psychosociaux » (RPS). Les approches épidémiologiques, psychodynamiques et sociologiques tendent à appréhender les expositions selon une vision élargie dans sa dimension collective et organisationnelle. Les deux familles d'approche sont complémentaires. En prévention des risques, 3 niveaux d'intervention sont promues. Le niveau primaire regroupe les actions portant sur l'organisation du travail et les conditions de travail dans une logique préventive et d'action en amont. Le niveau secondaire comporte les actions portant sur l'individu, dans une logique corrective et d'adaptation à la situation de travail. Le niveau tertiaire regroupe les actions curatives individuelles visant à traiter et soigner les victimes d'un accident ou d'une maladie (Quick & Quick, 1984 ; Cooper & Cartwright, 1997).

Cependant, les énergies investies dans la prévention jusqu'à présent ne semblent pas produire les résultats escomptés (Chaire de gestion de la santé et de la sécurité du travail, 2014). En effet, la maturité des démarches de prévention des risques pour les professionnels est encore limitée dans le secteur de la santé. Une enquête menée auprès de 157 responsables d'activités dans le secteur sanitaire français a mis en évidence les éléments suivants (Brian, 2015). Selon 86% des participants, la contrainte réglementaire est la principale source qui influence leurs décisions en termes de prévention alors que pour 26% il s'agit des enjeux sociétaux. Seuls 36% des répondants estiment que dans leur établissement l'obligation réglementaire d'évaluation des risques professionnels est conforme aux exigences. Parmi les sources de danger les plus problématiques, les risques

liés à l'ergonomie, les risques d'origine chimique et les risques liés aux ambiances de travail ne sont pas maîtrisés dans respectivement 52%, 40% et 34% des cas. Les principales difficultés rencontrées par les gestionnaires sont l'application des instruments de mesure (49%), le manque de communication des informations (47%) et l'appropriation des outils par les professionnels (41%). Face à ces difficultés, la moitié des gestionnaires estime ne pas encore s'être attelé à améliorer ses activités de prévention des risques professionnels.

Dans une logique d'amélioration continue des conditions de travail, l'objectif est d'atteindre à chaque itération un niveau supérieur. Or, les préoccupations de la santé au travail ont dépassé le stade de la simple prévention des accidents du travail et les maladies professionnelles (AT/MP). La préoccupation de son bien-être qui auparavant faisait davantage partie de la sphère privée, devient une source d'attention dans le milieu professionnel (Joulin & Martin, 2013).

L'emploi d'un modèle unique de prévention des risques pour l'amélioration de l'organisation du travail n'est pas suffisant. Structurellement, les outils de la prévention n'ont pas été dimensionnés pour atteindre l'objectif d'accroître le bien-être global des travailleurs. Comme l'affirment Biron et al. (2006), la principale lacune rencontrée en matière de santé mentale au travail est l'absence d'une méthodologie qui permette d'évaluer, d'analyser et de gérer les risques comme il en existe pour préserver l'intégrité physique des travailleurs. Actuellement, les organisations qui aspirent à une prise en charge du bien-être au travail ne disposent que de peu de solutions dont l'efficacité a été démontrée (Brun et al., 2002).

Il est ainsi nécessaire de changer d'approche et de disposer de solutions qui permettent d'étudier la porosité entre la santé physique, mentale, sociale, la sécurité, la prévention des risques et l'organisation du travail.

Intérêt de l'équipe de recherche pour la qualité de vie au travail (QVT), objectifs et enjeux des recherches conduites

Intérêt : Comme le souligne de nombreux auteurs, la notion de QVT ne fait l'objet d'aucun réel consensus dans la sphère scientifique (Denvir et al., 2008). Ce phénomène regroupe des concepts « poreux », pouvant à la fois désigner des causes d'origine professionnelle et des effets sur la santé. Le manque de délimitation conceptuelle de ce

phénomène repose également sur le fait qu'ils tend à se situer au croisement des sphères professionnelle et privée, accentuant leur complexité d'appréhension.

Cependant, en France, l'intérêt porté par la société et les partenaires sociaux (représentants nationaux des salariés et du patronat) à la notion de QVT, nous pousse à inscrire nos investigations dans le champs de la QVT. Depuis 2008, en effet, 5 accords entre les partenaires sociaux, 7 rapports ministériels et parlementaires, ainsi que deux textes législatifs s'intéressant initialement au stress au travail et aux RPS aboutissent au regroupement de ces concepts autour d'une approche systémique de la QVT.

Objectif : Les activités de recherche présentées dans le présent manuscrit de thèse ont pour objectif d'identifier les facteurs d'organisation liés à la dégradation ou à l'amélioration de la QVT parmi les professionnels en établissement de santé.

Enjeux : L'enjeu opérationnel de ces travaux est d'aider les établissements ayant participé aux études à élaborer une politique d'amélioration de la QVT. L'enjeu didactique est de clarifier le concept de QVT et de proposer un modèle conceptuel pour l'étude de la QVT en établissement de santé.

Ce manuscrit de thèse est développé en trois partie.

La première s'intéresse à l'usage du concept de QVT dans la société Française. Le premier chapitre commence par présenter le contexte dans lequel la notion de QVT a peu à peu émergé à partir des problématiques de santé au travail. Puis il vise à circonscrire l'approche employée par les parlementaires et les partenaires sociaux pour aborder l'évaluation de la QVT. Le second chapitre expose l'évolution du marché de l'emploi et les modifications des conditions de travail par lesquelles l'approche de la QVT s'est ancrée.

La seconde partie développe le cadre conceptuel à employer selon l'avis des chercheurs en sciences biomédicales et en psychologie pour investiguer dans le champ de la QVT. Le premier chapitre expose l'état des connaissances en terme d'utilisation du concept de QVT. Le second chapitre décrit le modèle conceptuel de la QVT choisi dans les présents travaux et les instruments de mesure pouvant être employés.

La troisième partie présente les résultats d'études quantitatives et qualitatives conduites sur la QVT des professionnels en établissements de santé. Le premier chapitre retranscrit deux articles scientifiques portant sur l'évaluation de certains aspects de la QVT dans le cadre d'un processus de transfert de services. Le second chapitre retranscrit deux articles portant sur certains aspects de la QVT des personnels en service d'urgence/soins intensifs d'une part et de psychiatrie d'autre part.

Partie 1. Intérêt porté à l'étude de la qualité de vie au travail en France

Bien que l'intérêt porté par la société au concept de QVT soit très récent, sa notable imbrication dans une majorité des négociations sociales pousse à s'interroger sur les origines du concept ainsi que sur le moteur de sa montée en charge.

Cette première partie du manuscrit retrace la genèse sociale du concept de QVT puis établit un état des lieux des conditions d'emploi dans lequel ce concept a naturellement pris son sens.

Chapitre 1.1. Emergence du concept de qualité de vie au travail en France

L'apparition de la QVT dans le paysage Français semble liée à un long processus de maturation des approches de la santé au travail. Si le passage de la protection de santé uniquement sur son volet physique à la protection de la santé globale est très récent, c'est dans une dynamique d'accompagnement de l'individu dans son environnement psychosociale qu'apparait la nécessité d'une approche de QVT.

Section 1.1.1 Historique de la santé au travail

Sous-section 1.1.1.1. Origines de la santé au travail

Les origines des préoccupations autour de la santé au travail sont difficiles à déterminer. Cependant, certains auteurs estiment que d'aussi loin qu'une activité humaine a été mise en œuvre, l'espèce humaine a naturellement mis en place des

techniques pour se protéger des lésions potentielles issues de cette activité (Boisselier, 2004). D'ailleurs, les témoignages sur la mise en place de démarches structurées de la préservation de la santé sont très anciens. Michel Valentin (1978) indique que dès l'Égypte pharaonique (2 500 ans avant J-C) des médecins étaient désignés pour veiller à l'état de santé des ouvriers et des esclaves travaillant sur les grands chantiers.

Au cours du deuxième millénaire après J-C, nombre de scientifiques se sont intéressés aux effets des expositions à des facteurs physiques sur la santé des travailleurs. Pour exemple, Arnaud de Villeneuve, médecin catalan, s'est penché dans les années 1300 sur le lien entre les problèmes de santé des artisans et les « facteurs nuisibles » (chaleur, humidité, poussières, poisons). Cependant, la paternité de la médecine du travail et de l'ergonomie moderne est principalement attribuée à Bernardino Ramazzini, médecin Italien et à Philibert Patisserie, médecin Français (Boisselier, 2004). Le premier publie en 1700 un ouvrage qui rapporte les principales causes de maladie au sein de 52 professions. Le second complète en 1822 les travaux de Ramazzini en s'intéressant également au cas des accidents du travail et aux moyens de les prévenir.

Ainsi, jusqu'au 19ème siècle la préoccupation principale de la santé au travail était la santé du corps.

Suite à l'essor industriel, en 1830, les pouvoirs publics français observent que plus des deux tiers des jeunes ouvriers sont déclarés inaptes au service armé. Cette problématique a été aisément expliquée par une surexploitation du monde ouvrier et notamment des enfants, population fragile, qui étaient contraints aux mêmes tâches que les adultes. Dans ce cadre Louis-René Villermé, chirurgien militaire, économiste et démographe, est chargé par l'Académie des sciences morales et politiques d'enquêter sur l'état physique ainsi que moral des ouvriers (Boisselier, 2004). En plus d'objectiver pour la première fois les contraintes mentales qui pèsent sur les ouvriers, le rapport de Villermé publié en 1840 est à l'origine de la première loi sociale du 22 mars 1841 qui réduit les possibilités de recours à la jeune main-d'œuvre et institue la création d'un véritable corps d'inspecteurs du travail. L'application effective de cette loi dû attendre la ratification d'une nouvelle loi en 1874.

Par la suite, entre 1893 et 1982 une série de lois et de décrets n'a cessé de faire évoluer les obligations en termes de protection des travailleurs et notamment de développer les principes de protection de la santé (Boisselier et Larger, 1988).

En précurseur, la loi du 12 juin 1893 établit une section « Hygiène et sécurité » qui s'applique à l'ensemble des professions réglementées, c'est-à-dire à tous les établissements industriels. Ce texte intègre des principes concernant la propreté des locaux, l'aération, l'éclairage, la préservation du personnel contre les odeurs, les émanations malsaines, les poussières et les gaz nocifs (Boisselier, 2004). Cette section a ensuite été intégrée dès sa création en 1912 dans le code du travail.

Cinq ans plus tard, la loi du 9 avril 1898 vient révolutionner la prise en charge et la réparation des accidents du travail. Dans le secteur privé, elle supprime l'obligation pour l'employé d'apporter la preuve du lien entre la survenue d'un accident et le cadre du travail. Deux principes fondamentaux émergent. Le principe de présomption d'imputabilité, il appartient dès lors à l'employeur de démontrer l'absence de lien entre l'accident et le travail. Le principe de la faute inexcusable qui consistait à l'époque en « une imprudence ou une négligence grossière » et qui au fil du temps a évolué pour devenir en 2002 « l'obligation de sécurité de résultats ». A noter qu'associée à cette évolution, la loi du 5 juillet 1972 a considérablement durci les sanctions vis-à-vis des manquements aux règles d'hygiène et sécurité qui notamment deviennent des délits passibles du tribunal correctionnel. La loi du 23 décembre 1982 a permis aux salariés exposés à un danger « grave et imminent » de faire valoir un « droit de retrait » de leur poste de travail.

Aux côtés de divers textes spécifiques à certaines professions, des textes généraux, comme le décret du 10 juillet 1913 pour application de la loi de 1893, sont venus préciser un grand nombre d'aspects techniques (mode de travail, matériels) et humains (formation) de la prévention. A noter que bon nombre de mesures générales de protection issues du texte de 1913 sont encore en vigueur.

En 1940, Pierre Caloni, chargé de mission auprès du cabinet du ministre du travail, transmet une note à l'origine du décret du 4 août 1941 qui rend obligatoire dans les grandes entreprises l'institution de comités de sécurité. Caloni recommande également la création d'un comité d'hygiène dans toutes les entreprises qui par décret du 1er août 1947 sera fusionné avec le comité de sécurité (CHS).

Les obligations de compensation des accidents du travail instituées par la loi de 1898, ont amené les compagnies d'assurance à recourir aux services de médecins. A partir de ce besoin, les universités ont créé en 1930 une chaire de sécurité au travail du Conservatoire national des arts et métiers ainsi qu'un Institut Universitaire de Médecine du Travail au

sein de la faculté de médecine de Lyon. En 1933 la faculté de médecine de Paris suit le mouvement avec l'ouverture d'un institut d'hygiène industrielle et de médecine du travail. Ces institutions préfiguraient les « services médicaux du travail » qui ont été rendus obligatoires par la loi du 28 juillet 1942 et la loi du 1er juin 1946. En 1948, un arrêté du conseil d'Etat est venu préciser que les missions des médecins du travail étaient exclusivement préventives.

Ainsi jusqu'en 1940, les préoccupations relatives à la santé restaient centrées sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, la responsabilité et la réparation des atteintes à la santé du corps. La mise en place des CHS et de la médecine du travail est venue favoriser l'approche préventive de la santé au travail et ouvrir petit à petit un nouveau champ, celui de l'amélioration des conditions de travail.

Sous-section 1.1.1.2. Evolution des principes de la prévention des risques

Portée par les organismes de protection sociale (CNAMTS, Carsat, Inrs), suite au transfert de l'assurance des accidents de travail en 1946 des organismes d'assurance privés vers l'organisme public de la sécurité sociale, la loi du 30 octobre 1946 insiste sur la nécessité de ne plus uniquement réparer mais également de prévenir l'accident ou la maladie. A partir de ce principe, les organismes de protection sociale ont largement contribué à l'évolution de la prévention en France. Ainsi, dans les années 1950 l'objectif premier est d'éviter qu'un accident ne se reproduise. Dans les années 1960-70, les experts de la prévention développent des méthodes pour identifier les multiples causes des accidents. Dans les années 1980, suite à la réalisation de nombreuses analyses d'accidents, apparaît la nécessité de faire collaborer diverses disciplines (sciences de l'ingénieur, sciences appliquées, sciences humaines, sciences sociales). Cependant en France, il faudra attendre les années 1990, pour que les experts publics de la prévention introduisent la notion de maîtrise des risques avant la survenue d'un accident.

Un quart de siècle après la création des CHS, en vue de favoriser la participation des travailleurs dans l'amélioration de leurs conditions de travail, les commissions d'amélioration des conditions de travail sont promulguées par la loi du 27 décembre 1973. La loi du 23 décembre 1982 viendra fusionner les deux comités pour créer les CHS-CT tels qu'ils sont nommés aujourd'hui.

Duvigneaux (1974) précise que les conditions de travail sont constituées de la sécurité, de l'hygiène, de l'ergonomie, de la physiologie, de la psychologie et de la psychosociologie. Ainsi, les démarches d'amélioration des conditions de travail visent à satisfaire les trois niveaux d'exigences humaines que sont la sécurité (ne pas perdre son intégrité physique), le confort (ne pas être soumis à des ambiances nuisibles) et l'agrément (disposer d'un environnement agréable) incluant à la fois les aspects physique et psychologique du travail.

Si le système de médecine du travail français a été pendant près de 40 ans un modèle pour les autres pays, en 1986 les pays du Nord de l'Europe développent un nouveau modèle de médecine du travail, avec notamment l'intégration de la pluridisciplinarité. La pluridisciplinarité correspond à la mise à disposition dans une même structure de diverses compétences pour appréhender de façon collective et transversale les risques pour la santé des travailleurs. Il a fallu attendre le début des années 2000 pour que ce modèle pénètre en France. Dans cette optique, la loi du 17 janvier 2002 est venue transformer les services de médecine du travail en service de santé au travail. Il fallut encore 10 ans pour que l'organisation de la pluridisciplinarité soit légiférée par la loi du 20 juillet 2011.

Finalement, près de 90% des règles de « santé et sécurité au travail » aujourd'hui applicables sont issues de la loi du 31 décembre 1991. Cette loi a transposé en droit français sept directives sociales européennes dont la plus connue est la directive-cadre 83/189/CEE de 1989. L'apport le plus remarquable est la formalisation des 9 principes généraux de la prévention qui peuvent être résumés comme suit. Dans l'objectif de rendre la prise de risque acceptable, trois catégories de mesures de prévention doivent être mises en place. Les mesures d'ordre technique doivent en priorité éviter les expositions aux dangers. Les mesures organisationnelles doivent favoriser l'adaptation du travail à l'homme. Les mesures dites humaines doivent favoriser la transmission des instructions appropriées aux travailleurs.

Section 1.1.2. Evolution vers la prise en charge de la santé mentale au travail

Sous-section 1.1.2.1. Prise en compte de la santé mentale

Cependant et jusqu'alors, les préoccupations de la santé au travail occultent l'aspect mental de la santé, malgré que depuis 1946 l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». C'est dans les années 1980, près d'un siècle et demi après le rapport de Villermé, que la question sur l'état moral des travailleurs est à nouveau posée.

Il est évident que de nombreuses sources d'expositions professionnelles sont liées à une dégradation de la santé physique des travailleurs. Niedhammer et al. (2008) précisent que les expositions élevées à des dangers d'origine physique (bruit, ambiance thermique, rayonnement électromagnétique) sont des facteurs favorisant la survenue d'accidents de travail (OR 1,37) et d'arrêts maladie (OR 1,32) chez les femmes ainsi que d'arrêts maladie (OR 1,20) chez les hommes. Les expositions élevées aux produits chimiques ont d'avantage été associées au risque d'accidents de travail (OR 1,28) ou de longues maladies (OR 1,16) chez les hommes et uniquement d'accidents de travail (OR 1,38) chez les femmes. Les expositions professionnelles aux agents infectieux ont été associées à une survenue accrue d'accidents de travail chez les femmes (OR 1,71) et chez les hommes (OR 1,39). Les expositions aux contraintes ergonomiques (manutention manuelle, contraintes posturales et articulaires, mouvements répétitifs, vibrations) ne seraient qu'un facteur de risque de survenue d'un accident de travail (OR 1,39) chez les hommes. Parmi les types d'horaires de travail atypiques, le travail posté a d'avantage été associé aux longues absences pour maladie (OR 1,26) chez les hommes et le travail de nuit aux accidents du travail (OR 2,26) chez les femmes.

Par ailleurs, les hommes en contrat de travail précaire ont un risque réduit d'être en maladie (OR 0,54). Le travail temporaire a été associé à une prévalence plus faible de se déclarer en mauvaise santé (OR moyen 0,56) parmi les deux genres. Cependant, le statut de stagiaire serait associé à un risque supérieur d'accident de travail (OR 2,72) chez les hommes et de se sentir en mauvaise santé (OR 1,94) chez les femmes (Niedhammer et al., 2008).

Aux cotés de ces expositions, les études mettent de plus en plus en exergue une augmentation de la prévalence des facteurs de stress qui sont également des facteurs de risques pour la santé à la fois mentale et physique. Les études suggèrent que les facteurs de stress seraient autant corrélés (OR similaires) au risque de survenue d'un accident ou d'être en arrêt maladie que les autres sources d'expositions d'origine physique, chimique ou aux horaires atypiques. Cependant, la problématique serait d'autant plus importante que chaque facteur de stress pourrait de manière indépendante atteindre à la fois la sphère physique et la sphère mentale de la santé.

Selon Niedhammer et al. (2008), le faible niveau d'autonomie au travail ainsi que le faible soutien des collègues sont des facteurs de risque de mauvaise santé perçue (OR moyen 1,47) et de longue de maladie (OR 1,32) parmi les deux genres. Une charge de travail élevée est associée à une fréquence de survenue d'accidents de travail (OR moyen 1,26), d'arrêts longues maladies (OR moyen 1,23) et une mauvaise santé perçue (OR moyen 1,63) accrue. L'intimidation au travail est associée à la mauvaise santé perçue (OR moyen 1,91), à la longue maladie (OR moyen 1,34) et à la survenue d'un accident de travail (OR 1,27 ; uniquement chez les hommes). La violence verbale du public est également associée à la mauvaise santé perçue (OR 1,22 ; uniquement chez les femmes), à la longue maladie (OR moyen 1,37) et à la survenue d'un accident de travail (OR moyen 1,47).

Les facteurs de stress sont également des déterminants de la survenue de maladies psychiques (Nieuwenhuijsen et al., 2010). Pour exemple, Bonde (2008) dans une revue de la littérature a montré que la plupart des études mettent en évidence un risque élevé de développer des symptômes dépressifs parmi les employés occupant des emplois à forte demande psychologique (OR moyen 1,31) sans différence entre les hommes et les femmes. Des résultats semblables ont été trouvés pour le manque d'autonomie (OR moyen 1,20) et le faible soutien social (OR moyen 1,44).

Bien que les résultats soient encore controversés, une revue de la littérature a montré que les études épidémiologiques sont en faveur d'une association significative entre le stress au travail et le risque de maladies cardiovasculaires tant chez les hommes que les femmes (Eller, 2009). En effet, la plupart des études signalent que les sujets exposés à un stress élevé au travail ont une pression artérielle et une fréquence cardiaque plus élevées. Cependant, les mécanismes par lesquels le stress agit sur l'appareil CV ne sont pas complètement élucidés (Ferris, 2005). Nombre d'études ont suggéré que les facteurs de

stress au travail contribuent indépendamment aux différents facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (Hwang et Hong, 2012). Ainsi, Niedhammer et al. (1998) ont montré, malgré les différences entre les deux genres, des associations positives entre la charge de travail et l'hyperlipidémie (OR 1,13 chez les hommes), le surpoids (OR 1,27 chez les femmes) et le statut tabagique (OR 1,32 chez les femmes). Des associations ont été mises en évidence entre le manque d'autonomie et l'hypertension (OR 1,21), l'hyperlipidémie (OR 0,87 chez les hommes, OR 1,42 chez les femmes), le surpoids (OR 0,88 chez les hommes) et le statut tabagique (OR 0,80 chez les femmes). Le faible soutien social a été associé au surpoids (OR 0,83 chez les hommes) et à la consommation d'alcool (OR 1,20 chez les femmes). L'effet protecteur du manque d'autonomie et du faible soutien social envers certains facteurs de risques cardiovasculaires est en partie expliqué par les possibilités offertes par la réduction des contraintes et de la multiplications des interactions sociales (Niedhammer et al., 1998).

Par ailleurs, parmi les sources d'accidents du travail et de maladies professionnelles les plus importantes, les recherches épidémiologiques ont lié l'apparition de troubles musculosquelettiques (TMS) avec diverses activités physiques en milieu de travail (Lötters et al., 2003 ; Palmer et al., 2007). Toutefois ces troubles ne seraient pas une simple conséquence des expositions physiques nocives. Les TMS sont également associés à des facteurs psychologiques de risque tels que la mauvaise humeur, la somatisation, l'insatisfaction au travail et le stress au travail (Sauter & Swanson, 1996; Linton, 2000 ; Palmer et al., 2005 ; MacFarlane et al., 2000). Bonzoni et al. (2015) suggèrent que l'association entre le stress au travail et la douleur musculo-squelettique n'est que partiellement expliquée par un effet du stress. Ainsi les auteurs mettent en évidence un lien entre le manque de récompenses au regard des efforts et les lombalgies (OR 1,2) ainsi que les TMS du cou et des épaules (OR 1,2). Il apparaîtrait également que les travailleurs qui signalent des douleurs musculo-squelettiques sont plus susceptibles de développer des perceptions de stress. Ainsi les auteurs mettent aussi en évidence un lien entre les lombalgies (OR 2,1), les TMS du cou et des épaules (OR 2,3) et le manque de récompense au regard des efforts. La douleur pourrait ainsi soit rendre les individus moins tolérants aux exigences du travail, soit favoriser la conscience qu'ils ont de leurs symptômes.

Ces constats étant posés, la mise en place d'actions de réduction de ces risques s'est avérée indispensable. Le législateur a ainsi ajouté dans la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 le principe « qu'aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de

travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel ». Ce principe de protection de la santé qui associe à la fois les composantes physique et mentale de la santé avec les conditions de travail a été rapidement intégré dans le code du travail. Dès lors, en vertu de l'article L 230-2 du code du travail remplacé en 2008 par l'article L 4121-1, « l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs ».

En complément de ce principe, la jurisprudence s'est intéressée aux liens entre les expositions aux facteurs de risques pour la santé mentale, l'obligation de sécurité de l'employeur et la reconnaissance d'un événement au titre d'accident du travail.

Pour exemple, dans une série d'arrêts du 24.06.2009, la cour de cassation avait reconnu la faute de l'employeur hors de tout harcèlement moral, du fait de la dégradation des conditions de travail. Elle rejette ainsi les conclusions de refus de la prise en charge au titre des accidents du travail en s'appuyant sur les résultats d'analyse de la consultation de pathologie professionnelle à laquelle s'était rendu le salarié.

La chambre sociale de la cour de cassation du 17.02.2010 estime qu'un employeur avait manqué à son obligation de sécurité lorsque l'altération de la santé d'une salariée ayant conduit à son inaptitude résultait de la dégradation de ses conditions de travail et des pressions imposées par la restructuration de son entreprise.

La cour de cassation du 17.10.2012 a jugé qu'un employeur qui laisse subsister une situation de conflit entre salariés sans lui apporter de solution commet un manquement grave à ses obligations justifiant la prise d'acte de la rupture par le salarié victime. Dans la même affaire, la cour de cassation du 08.11.2012 a reconnu la faute inexcusable de l'employeur en raison du stress au travail subi par les salariés.

La cour d'appel de Toulouse a rappelé le 21.09.2001 que conformément à l'article L 411-1 du code de la sécurité sociale, un entretien d'évaluation professionnelle qui se déroulerait par objet ou par effet dans des conditions de nature à « traumatiser » le salarié constitue le fait générateur contraignant l'entreprise à déclarer cet événement en accident du travail.

Le 28.03.2014, la cour d'appel de Toulouse estime que l'existence d'un choc émotionnel confirmé par un certificat médical survenu à la suite de propos tenus par un salarié aux temps et lieu du travail, inutilement humiliant et inadapté est suffisant pour établir le bénéfice de la présomption d'imputabilité au travail de l'accident.

Sous-section 1.1.2.2. Organisations de travail et « tournant gestionnaire » : illustration dans l'administration publique hospitalière

Depuis les années 1980, une importante inflation des pathologies mentales au travail est apparue comme le symptôme révélateur d'une transformation de l'organisation du travail.

Dans les établissements de santé, de multiples transformations de l'organisation du travail ont été entreprises depuis près de 15 ans (Detchessahar & Grevin, 2009).

Parmi les réformes les plus remarquables, l'Ordonnance du 4 septembre 2003 qui institue une régulation de l'offre de soins selon un schéma imbriqué intégrant à la fois la région, les territoires de santé et les établissements de soins. Ce schéma favorise l'insertion des CHU dans le tissu sanitaire régional ou inter-régional en soutenant ses missions de proximité, de recours, de référence mais en accroissant par corolaire leurs obligations en matière de permanence et de continuité des soins.

La nouvelle procédure de certification V2 des établissements de santé, impulsée par la loi du 13 août 2004, porte un accent particulier sur l'évaluation du service médical rendu au patient, de la politique de management et des pratiques professionnelles.

L'Ordonnance du 2 mai 2005 organise la Gouvernance intra-hospitalière et fait du Pôle d'Activité Médicale (rassemblement des services de spécialités semblables) la structure déconcentrée associant médecins, soignants et administratifs autour d'un projet et d'un contrat de Pôle fondés sur la responsabilisation et la délégation de gestion.

En 2007, la Tarification à l'activité (T2A) met un terme au financement par le budget global en induisant une nouvelle logique d'ajustement des ressources à partir d'un volume d'activité prévisionnelle dont la traçabilité est gérée par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

La Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) du 22 juillet 2009 repense dans ses fondements structurels les missions, le statut, la Gouvernance interne des établissements de santé en favorisant de nouvelles modalités de coopération entre eux.

Ces sources de restructuration de l'organisation hospitalière influencent directement les organisations internes de chaque structure. Pour exemple, certains auteurs estiment que la mise en œuvre des réformes sus-citées suppose principalement l'évolution des modes de gestion des ressources humaines, de prise en charge managériale ainsi que des pratiques professionnelles. Du point de vue de la gestion des ressources humaines, la mise

en œuvre de la T2A introduit une gestion du personnel en masse salariale qui rend cruciales les variations à la fois des effectifs et du volume des activités (Evin, 2009).

Ces réorganisations visent à apporter un avantage stratégique ou une meilleure performance d'une organisation. Cependant, elles peuvent avoir des conséquences négatives sur la santé des employés (Brown et al., 2006; Geuskens et al., 2012; Groupe d'experts HIREs, 2009; Lavoie-Tremblay et al., 2010; Woodward et al., 1999).

L'identification des caractéristiques de ces transformations, nécessaire à la prévention des risques, a été confrontée à des difficultés d'ordre méthodologique (Uhalde, 2005). En fonction du point de vue de chaque discipline scientifique (économie, sociologie, sciences de l'ingénieur, disciplines cliniques) les caractéristiques de ces changements étaient différentes. Par exemple, au sein des diverses disciplines cliniques, pour certains « ce qui est nouveau au travail, c'est le harcèlement lié aux transformations des organisations », alors que pour d'autres le harcèlement est « tout sauf nouveau à l'image de l'esclavage, le servage de l'ancien régime ou du mauvais traitement des travailleurs sur les chaînes de montage », à l'origine des revendications ouvrières de 1968 (Dejours, 2009).

Un consensus a cependant été trouvé sur la définition de l'organisation du travail. L'organisation du travail est composée de la division technique des tâches sur le modèle de la direction scientifique du travail de Taylor. Elle contient également l'organisation humaine pour contrôler la bonne exécution des tâches prescrites, b.a.-ba des modalités de direction d'une entreprise (i.e. surveillance, discipline, hiérarchie, commandement).

Pour conduire ces transformations de l'organisation du travail un tournant est opéré comme dans l'ensemble des autres secteurs d'activité. Ce tournant, appelé le « tournant gestionnaire », consiste en un positionnement des gestionnaires à la tête du pilotage des organisations à la place des ingénieurs (d'organisation, de conception, de méthode, de production) (Grevin, 2012).

Dans un premier temps, les gestionnaires mettent en place de nouvelles modalités d'encadrement des activités qui remplacent le contrôle scientifique des modes opératoires. Ils décident d'instituer en amont de la réalisation de l'activité des objectifs et enregistrent en aval des performances. Les modalités de réalisation du travail sont ainsi occultées. Au niveau des rapports hiérarchiques, la dimension d'assistance technique des

équipes et de transmission des savoir-faire disparaît. Cette responsabilité jouait un rôle central dans la construction de la collaboration verticale (Dejours, 2009).

Dans un second temps, le management doit se concentrer sur la fabrication des chiffres censés représenter le travail réel. Ces chiffres sont d'abord construits à partir de sondages ponctuels, les points de contrôle (top-down) ou le reporting (bottom-up). Or, la production de chiffres ne fonctionne que si les modes opératoires sont standardisés. Ce qui est pour de nombreux auteurs un contresens pour les activités de service et notamment dans le secteur du soin (Dumenil, 2011). La seconde source de ces chiffres est l'évaluation individualisée des performances qui mesure le résultat du travail. Cependant, il n'y a pas de proportionnalité entre le travail et le résultat du travail (Dejours, 2010).

Ce mode de gestion qui a pour objet de responsabiliser chaque individu a pour effet de déconstruire les collaborations au travail et de pousser l'encadrement à désertier le terrain de l'activité quotidienne au profit de l'entretien et de l'alimentation de machines de gestion (Girin, 1983). Selon Dejours (2009), ici se tient l'origine de l'explosion des pathologies mentales de surcharge et des pathologies d'isolement au travail.

Sous-section 1.1.2.3. Estimation de l'intérêt porté par la population Française aux notions associées à la qualité de vie au travail (QVT)

Une extraction réalisée à l'aide de l'interface Google AdWords permet de recenser pour un mot clé le nombre de requêtes réalisées par les internautes sur le moteur de recherche Google. Cette interface permet également d'identifier les principales déclinaisons de mots clés (ex : différentes orthographes, mots clés associés...) utilisées. Les extractions suivantes ont été conduites sur l'ensemble de l'année 2015 en France métropolitaine. Les résultats ont été ramenés à la moyenne mensuelle.

A partir des 106 mots clés associés à la thématique de la QVT recensés, 26 560 requêtes en moyenne ont été référencées chaque mois. Pour simplifier la lecture, l'ensemble des mots clés ont été regroupés en 7 notions présentées dans le tableau 1 (page 34).

Ainsi en France en 2015 sur l'ensemble des 7 notions associées à la QVT identifiées, les principaux descripteurs utilisés contiennent les mots clés « risques psychosociaux » (35,4%), « stress au travail » (16,9%), « bien-être au travail » (13,6%) et « motivation au

travail » (12,5%). Ensuite, 10,3% des requêtes utilisent des descripteurs contenant le mot clé « qualité de vie au travail », 9,1% « conditions de travail » et 2,1% « satisfaction au travail ».

Par ailleurs, 2,21 milliard de requêtes sont réalisées sur Google (plus 90% de l'ensemble des requêtes réalisées sur les moteurs de recherche internet) en France chaque mois. Ainsi, les requêtes portant sur la thématique de la QVT représentent 1,2 requêtes sur 100 000. En France, 25,8 millions de personnes en activité sont dénombrées. Ainsi, nous pouvons estimer que chaque mois un travailleur sur 1 000 réalise une requête Google sur la thématique de la QVT.

Tableau 1 : Extraction du nombre de requêtes portant sur les 7 concepts associés à la QVT réalisées en moyenne chaque mois en 2015 sur le moteur de recherche Google en France métropolitaine

Notion	Nombre de déclinaisons lexicales recensées	Nombre de requêtes mensuelles référencées ¹
Risques psychosociaux	27	9 400
Stress au travail	9	4 490
Bien-être au travail	21	3 620
Motivation au travail	17	3 320
Qualité de vie au travail	9	2 740
Conditions de travail	6	2 430
Satisfaction au travail	17	560
TOT	106	26 560

¹ – Résultats automatiquement arrondi à la dizaine

Par ailleurs, une évaluation de la côte de popularité sur Google des 5 principales notions a été conduite sur l'interface Google Trends en France entre avril 2004 et avril 2016. A l'aide de cette interface, un index normalisé sans unité est construit. Cet index permet de comparer l'évolution de la fréquence d'utilisation de l'ensemble de ces notions. L'interface permet également d'identifier les régions dans lesquelles les notions sont les plus requêtées.

Les résultats sont présentés dans la figure 1 (page 36). Les notions de « stress au travail » et de « risques psychosociaux » (RPS) disposent des index de popularité moyens les plus élevés (respectivement index 14 et 9). Les index moyens des notions de « motivation au travail », de « QVT » et de « bien-être au travail » (respectivement index 5, 2 et 2) sont plus faibles.

Avant 2007, l'emploi des notions de stress au travail et de motivation au travail était globalement similaire (index variant entre 8 et 13). L'emploi des notions de RPS, de QVT et de bien-être au travail était limité (index 1). En octobre 2007 la popularité de la notion de stress au travail (index 20) augmente pour atteindre un pic en mars 2008 (index 32) puis redescend en août 2008 (index 18).

En octobre 2009 la notion de stress au travail et la notion de RPS présentent une augmentation de leur popularité (respectivement index 44 et 12). Cette popularité atteint son maximum en février 2010 (respectivement index 100 et 19). Puis en juillet 2011 leur popularité redescend pour se stabiliser à leur niveau actuel (respectivement index 10 et 12). Dès lors la notion de RPS prend légèrement l'ascendant sur la notion de stress au travail.

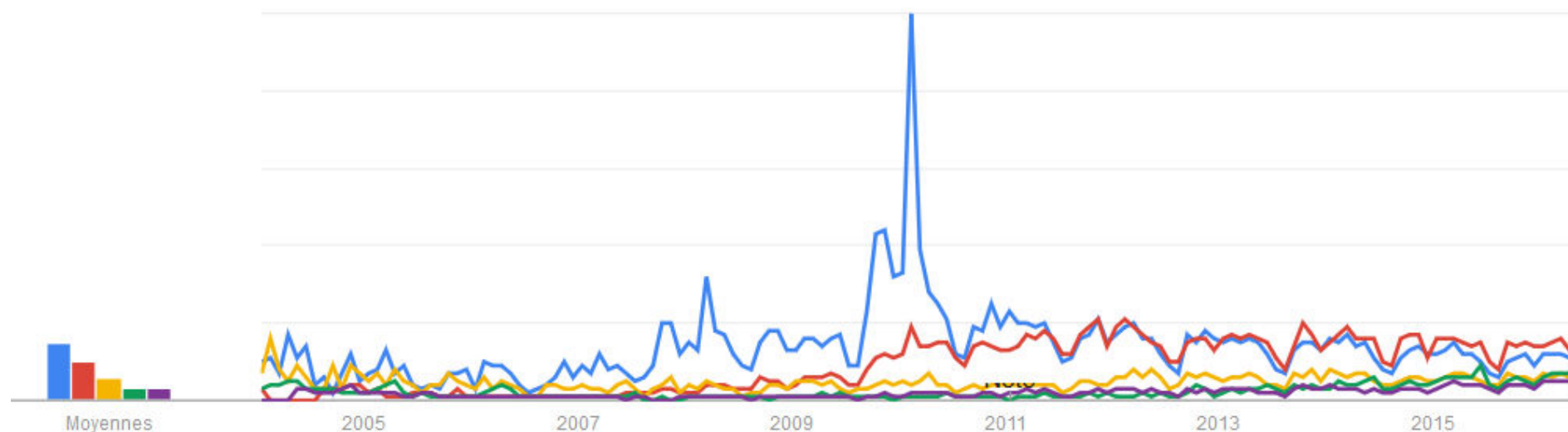
En novembre 2012 les notions de QVT et de bien-être au travail présentent une augmentation de leur index de popularité (index 3 et 3) pour atteindre leur apogée en juin 2015 (respectivement index 9 et 4).

Enfin l'index de motivation au travail présente un parcours très linéaire, oscillant légèrement autour de sa moyenne (index de 2 à 8).

En termes de géographie, la notion de stress au travail est généralement utilisée dans 19 des 22 régions de France métropolitaine (avant l'application de la loi du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions qui réduit le nombre à 13 régions). La notion de RPS est principalement recherchée dans 6 régions. Les 3 dernières notions sont principalement référencées en Île-de-France.

En somme, les notions de RPS et de stress au travail représentent plus de la moitié des requêtes réalisées sur Google. L'évolution de leur emploi dans le temps semble correspondre avec l'émergence et la ratification des négociations sociales sur la thématique (cf section 1.1.3.). D'un autre côté l'emploi des notions de QVT et de bien-être au travail évolue doucement pour cependant présenter une augmentation « significative » au cours des 4 dernières années.

Figure 1 : Evolution entre 2004 et 2016 de la côte de popularité sur Google en France de chacune des 5 notions associées à la QVT (extraction de Google Trends)



Notion	Index moyen de popularité entre 2004-2016	Nombre de régions ayant significativement employées la notion en France métropolitaine*
stress au travail	14	19 (toutes sauf Corse ; Limousin ; Franche-Comté)
risques psychosociaux	9	6 (Île-de-France ; Nord-Pas-de-Calais ; Rhône-Alpes ; Languedoc-Roussillon ; Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Picardie)
motivation au travail	5	1 (Île-de-France)
qualité de vie au travail	2	1 (Île-de-France)
bien-être au travail	2	1 (Île-de-France)

* liste des 22 régions avant l'application de la loi du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions

Section 1.1.3. Approches conceptuelles et méthodologiques de la qualité de vie au travail par les parlementaires et les partenaires sociaux

Pour matérialiser le lien entre travail et santé, deux principes sont posés par les experts de la prévention. La santé physique est directement liée aux conditions de travail dont l'amélioration est l'apanage de l'hygiène industrielle, de la sécurité, de la médecine du travail et de l'ergonomie. Alors que la santé mentale est directement liée à l'organisation du travail (Gibeault et al., 2014).

De ce principe les partenaires sociaux se sont saisis de la problématique afin d'établir un cadre conceptuel et méthodologique pour améliorer la santé des individus (figure 2, page 38).

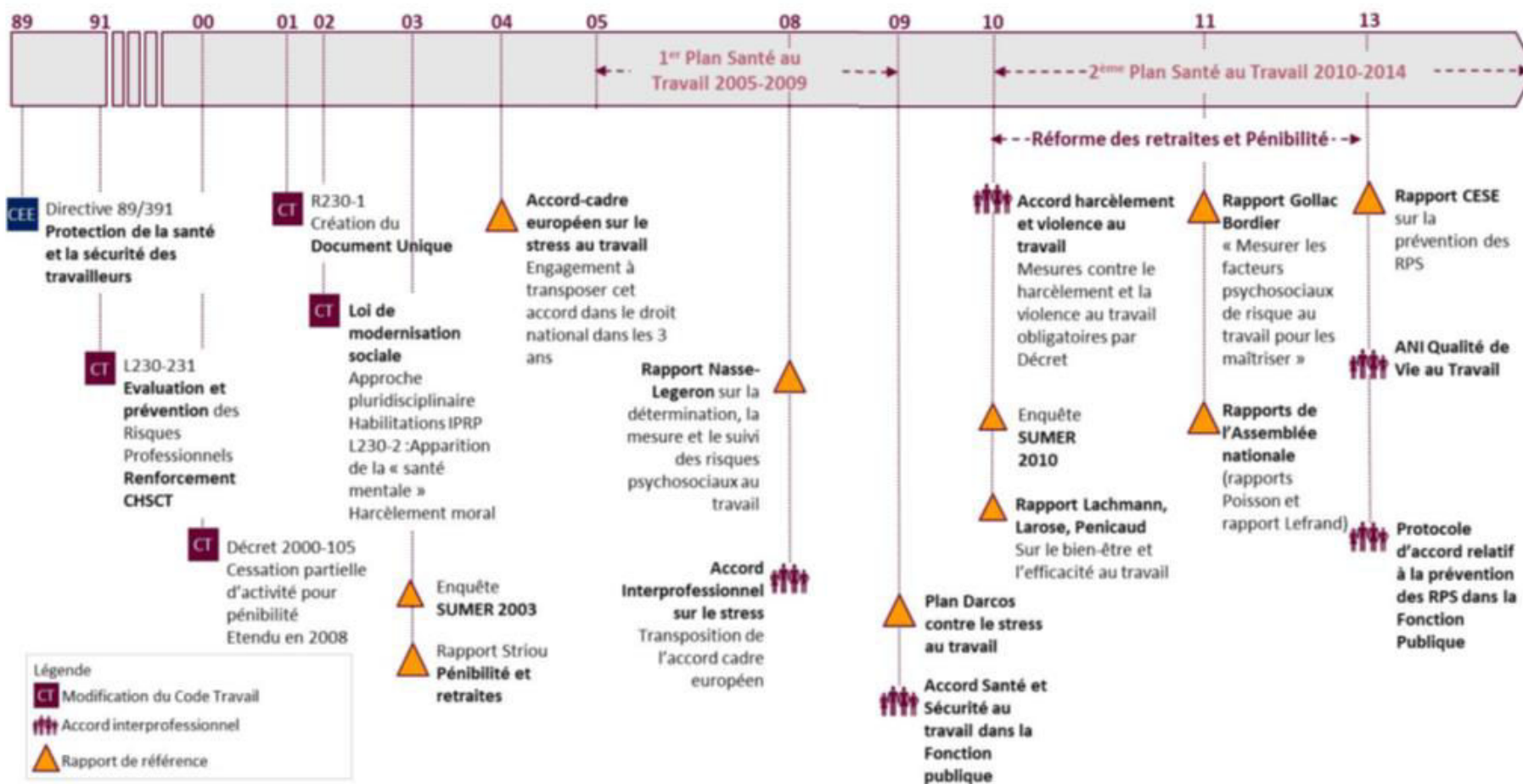
C'est ainsi qu'entre 2008 et 2014 se sont succédés 4 concepts majeurs pour l'évaluation et la prise en charge de la santé au travail. Il s'agit des concepts de stress au travail, de harcèlement et de violence au travail, de risques psychosociaux (RPS) ainsi que de qualité de vie au travail (QVT).

Sous-section 1.1.3.1. Stress au travail

En termes de santé au travail, le stress au travail constitue le premier cheval de bataille des partenaires sociaux. Le 2 juillet 2008, la France transpose par un accord national interprofessionnel (ANIa, 2008) l'accord européen du 8 octobre 2004 sur le stress (ANI rendu obligatoire par un arrêté ministériel du 23 avril 2009). Ces négociations sont le résultat d'un dialogue entre les partenaires sociaux (représentants des syndicats et du patronat) sur les thématiques disposant d'un enjeu social élevé pour les salariés Français.

En introduction, le texte stipule que le stress peut affecter potentiellement tout travailleur mais qu'en pratique tous les travailleurs ne sont pas affectés. L'enjeu de la lutte contre le stress au travail est de « conduire à une plus grande efficacité et une amélioration de la santé et de la sécurité au travail, avec les bénéfices économiques et sociaux qui en découlent ».

Figure 2 : Chronologie des principales négociations collectives françaises sur la thématique de la prévention du stress au travail, des RPS et de la QVT



Pour qualifier le stress au travail, les auteurs proposent la définition suivante : « un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ». « Le stress n'est pas une maladie, mais une exposition prolongée au stress peut réduire l'efficacité au travail et causer des problèmes de santé ».

Pour identifier le stress, l'accord identifie 6 indicateurs de stress : niveau élevé d'absentéisme ; rotation du personnel ; conflits personnels ; taux de fréquence des accidents du travail ; passages à l'acte violent ; visites spontanées au service médical. Cependant, l'identification du problème ne peut pas être limitée au relevé d'indicateurs.

Ainsi, les facteurs de stress au travail suivants doivent être analysés :

- l'organisation et les processus de travail ;
- les conditions et l'environnement de travail ;
- la communication ;
- les facteurs subjectifs tels que la pression émotionnelle et sociale ;
- la perception d'un manque de soutien ;
- la difficulté de conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle.

L'accord souligne que la lutte contre les causes et les conséquences du stress au travail peut être menée dans le cadre d'un processus global d'évaluation des risques tel que stipulé dans la Directive cadre de 1989 sur l'obligation pour l'employeur de prévenir les atteintes à la santé physique et mentale.

Dans la continuité de cet accord, en 2009 dans un « plan d'urgence pour la prévention du stress au travail », le ministre du Travail impose aux 2 500 entreprises de plus de 1 000 salariés de lancer les négociations sur la prévention du stress au travail. Dans les petites et moyennes entreprises (PME) et les très petites entreprises (TPE), le ministre demande la mise en place d'actions concrètes de prévention, comme par exemple des formations pour les cadres dirigeants.

Sous-section 1.1.3.2. Harcèlement et violence au travail

Dans l'ANI de 2008 portant sur le stress au travail, les partenaires sociaux s'engagent également à conduire une négociation spécifique sur le harcèlement et la violence au travail. En effet, dans un accord européen du 26 avril 2007, le harcèlement et la violence au travail y sont présentés comme des facteurs prépondérants de stress au travail. Ainsi, l'ANI sur le harcèlement et la violence au travail est signé le 26 mars 2010 (ANIb, 2010).

En préambule, l'accord condamne fermement toutes les formes de harcèlement et de violence puisqu'elles enfreignent le principe fondamental de respect de la dignité des personnes.

La définition de la violence retenue est celle du Bureau International du Travail (BIT). La violence au travail s'entend de « toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée, ou blessée dans le cadre du travail ou du fait de son travail ».

Ainsi, le harcèlement et la violence au travail sont présentés comme pouvant prendre différentes formes :

- d'être d'ordre physique, psychologique ou sexuel ;
- de consister en incidents ponctuels ou en comportements systématiques ;
- d'être exercés entre collègues, entre supérieurs et subordonnés, ou par des tiers ;
- d'aller de cas mineurs de manque de respect à des agissements plus graves, y compris des délits.

Le texte exige des employeurs qu'ils prennent toutes les mesures nécessaires en vue de prévenir de tels agissements. Ces mesures passent d'abord par l'information des salariés. Elles comprennent également des mesures de sensibilisation et de formation des responsables hiérarchiques, des mesures visant à améliorer l'organisation, les processus, les conditions et l'environnement de travail ainsi qu'à donner à tous les acteurs de l'entreprise des possibilités d'échanger à propos de leur travail.

Sous-section 1.1.3.3. Risques psychosociaux au travail

Dans le cadre des négociations sociales, deux rapports transmis au Ministre du travail, deux rapports établis pour l'Assemblée nationale, un rapport rédigé par les représentants sociaux et deux accords collectifs cadrent les démarches de prévention des RPS en France.

Rapport de Nasse et Légeron

Suite à la conférence sur les conditions de travail d'octobre 2007, le rapport de mars 2008 à l'initiative du Ministre du travail remis par Nasse & Légeron (2008) sur « la détermination, la mesure et le suivi des RPS au travail » est le premier rapport notable à proposer à la fois un cadre conceptuel et méthodologique de traitement des RPS en France. A cette fin, les auteurs analysent les méthodes utilisées par d'autres pays pour appréhender les RPS.

Sur le plan conceptuel, le rapport révèle que « les RPS font référence à de nombreuses situations : stress, harcèlement moral, violence, souffrance, suicide, dépression, troubles musculo-squelettiques, etc ». La grande variété des thèmes, source de confusion, « tient non seulement à la diversité de ces risques mais aussi à la complexité des liens qui les unissent ». Ainsi les auteurs proposent d'employer le stress comme le pivot de l'évaluation des RPS. En effet, le caractère spécifique de chaque RPS suggère qu'un traitement particulier adapté à cette spécificité est nécessaire. Ainsi, il n'y a pas de méthodologie unique qui conviendrait pour évaluer l'ensemble de ces risques. D'autre part le stress est à la charnière des causes et des conséquences. « Le gain de bien être au travail qu'il serait possible d'obtenir par une réduction du stress a une chance sérieuse de réduire aussi les autres catégories de troubles ». Enfin, selon les auteurs, de nombreuses études internationales font apparaître le stress comme le plus fréquent des RPS. Ainsi, « cibler le stress est une façon simple de détecter ces risques à divers stades des enchaînements des causes et des effets qui leurs sont propres ».

Cependant, il existe une variété d'approche du stress au travail. Cinq modèles prépondérants sont listés dans le rapport et impliquent que les sources de stress au travail peuvent être : les exigences, le contrôle, le soutien, les relations, le rôle, les changements, l'implication, la motivation au travail, le déséquilibre entre la vie professionnelle et la vie

personnelle. La compréhension de toutes ces causes de stress serait nécessaire pour réaliser une analyse correcte et complète de la problématique de stress d'un individu.

Sur le plan méthodologique, les RPS (et en particulier le stress) doivent être abordés en tenant compte à la fois des aspects organisationnels du travail (i.e. démarche ergonomique d'amélioration des conditions de travail) et de l'individu en adoptant une démarche médicale (i.e. approche de la santé mentale au travail). Pour ce faire, les chercheurs ont développé de nombreux outils pour tenter d'évaluer certains aspects du stress au travail. Très souvent, ils ont cherché à construire des outils au service d'un modèle particulier, sans rechercher une vision complète et globale de la problématique du stress au travail. Il en résulte que la plupart des questionnaires existants sont de faibles indicateurs globaux de stress.

Pour les auteurs, la solution est de combiner les éléments suivants :

- le choix des questionnaires doit permettre à la fois d'évaluer les aspects environnementaux et les aspects individuels du stress ;
- les questionnaires doivent disposer d'une validité reconnue et consensuelle ;
- une partie des questionnaires doit permettre d'établir un indicateur global et une autre partie doit s'adapter aux spécificités de chaque population ;
- l'enquête doit utiliser des questionnaires auto-administrés pour limiter les risques d'interférence entre enquêteur et enquêté ;
- l'enquête doit être réalisée à périodicité définie et être menée sur un échantillon représentatif des salariés d'une taille suffisante pour permettre son exploitation ;
- l'enquête doit prioritairement être confiée sur le terrain à la « médecine du travail ».

Accord santé et sécurité au travail dans la Fonction publique

L'accord du 20 novembre 2009 (DGAFP, 2009) sur la santé et la sécurité au travail dans la Fonction publique (prévoit 15 actions regroupées autour de 3 axes prioritaires. L'axe 2 « Objectifs et outils de prévention des risques professionnels » intègre l'action 7 « Evaluation et prévention des problèmes de santé liés aux RPS ». Cette action transpose dans la Fonction publique française la position commune sur le stress signée le 19 décembre 2008 par le réseau européen des administrations publiques et les

représentants des syndicats européens de la Fonction publique. Cette partie de l'accord est pour la Fonction publique en correspondance avec l'accord national interprofessionnel (ANI) du 2 juillet 2008 applicable dans les entreprises privés.

L'action 7 relative aux RPS comprend 4 propositions :

- Proposer des méthodes et des outils d'objectivation et de prévention des RPS ;
- Mettre à la disposition des employeurs des instruments permettant de prévenir ces risques ;
- Définir un plan d'action national de lutte contre ces risques et le décliner localement pour assurer un dialogue social sur ces questions ;
- Développer le dialogue et la connaissance sur ces questions auprès des agents.

Rapport Gollac, Bodier

Dans leur rapport Nasse et Légeron (2008) indiquent que prendre en charge les RPS au moment où ils provoquent stress, anxiété ou dépression constitue une solution de second rang. Ainsi en 2011, à l'initiative du Ministre du travail, le « Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail » présidé par Gollac remet un rapport de 223 pages qui fixe les différentes dimensions des RPS et établit un revue des outils pour les mesurer (Gollac & Bodier, 2011).

Dans un premier temps, le rapport présente une définition opérationnelle des RPS qui vise à correspondre aux multiples principes d'étude portés à la fois par l'épidémiologie, l'ergonomie, la psychologie, la médecine du travail, la sociologie et le droit. Ainsi les auteurs établissent que « les RPS seront définis comme les 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 ».

Concernant les éléments à investiguer, les auteurs estiment que la perception des « facteurs de RPS », de l' « environnement organisationnel », de l' « état de santé », de l' « état des dispositifs de prévention des risques » et les « caractéristiques individuelles » sont à étudier conjointement. Cependant, le Collège ne recommande pas la prise en compte du stress auto-évalué puisque une mesure du stress est d'un faible intérêt dès lors qu'on dispose de mesures plus riches et plus précises de la pression psychosociale.

A partir d'une revue de la littérature scientifique, le Collège d'expertise a identifié 6 familles de facteurs de RPS.

- 1) L' « intensité du travail et temps de travail » : exigence psychologique du travail, effort réalisé par un individu, contraintes de rythme, existence d'objectifs inadaptés, interruptions d'activité, polyvalence des tâches, responsabilités ;
- 2) Les « exigences émotionnelles » : travail en relation avec le public, contact avec la souffrance, nécessité de cacher ses émotions, peur de l'accident ou de la violence ;
- 3) L' « autonomie » : autonomie dans les tâches, prévisibilité du travail, utilisation/développement des compétences ;
- 4) Les « rapports sociaux au travail » : reconnaissance au travail (ex : récompenses, justice organisationnelle), relations avec les collègues et la hiérarchie (ex : soutien social, soutien technique, leadership), de la violence interne (dont le harcèlement) ;
- 5) Les « conflits de valeurs » : conflits éthiques, qualité empêchée, le travail inutile ;
- 6) L' « insécurité de la situation de travail » : pénibilité du travail, sécurité de l'emploi, changements organisationnels.

Selon les auteurs, l' « environnement organisationnel » est au cœur de la problématique des RPS au travail puisqu'il en est à l'origine. Un large spectre d'exemples de variables à recueillir est proposé dans le rapport. Les variables suivantes sont notamment énumérées : le statut de l'entreprise ; les restructurations conduites ; les horaires de travail mis en place ; les résultats des certifications qualité ; les éventuelles difficultés de recrutement ; l'état du climat social. Le choix des variables organisationnelles est à adapter par les investigateurs. Cependant, les auteurs insistent sur le fait qu'un suivi descriptif de ces caractéristiques ne peut dispenser de chercher à tester leur caractère dangereux pour la santé.

En raison de l'interaction de la situation sociale avec le fonctionnement mental, les caractéristiques individuelles influent sur la probabilité et sur le niveau des dommages associés à l'exposition aux facteurs psychosociaux. Ainsi, outre les variables attenantes au statut socioprofessionnel (genre, âge, origine sociale, niveau scolaire...), le Collège identifie 3 familles de caractéristiques individuelles à investiguer.

- Le « passé en termes de risques psychosociaux » doit être au mieux étudié de manière prospective. Le cas échéant, les auteurs estiment que les interrogations retrospectives peuvent se focaliser sur les changements intervenus en terme de charge de travail, de marges de manoeuvre et de compétences requises.

- Les « ressources et contraintes extraprofessionnelles » peuvent soit aggraver la situation soit apporter une aide face aux contraintes de la vie professionnelle. Par exemple, l'aide technique et le soutien émotionnel reçus de la famille ou des amis est une ressource pour affronter les difficultés du travail. A l'inverse, les charges familiales peuvent rendre moins supportables les exigences du travail. La mesure de ces facteurs étant délicate, le Collège propose de recueillir à minima la composition du ménage, les ressources économiques et les caractéristiques sociales de chaque travailleur.
- La « trajectoire sociale » composée de l'origine sociale, du niveau de formation, de l'expérience du chômage est de nature à augmenter notablement la probabilité de percevoir certaines situations de travail comme menaçantes. Pour exemple, l'origine sociale ou la carrière passée peuvent influencer sur les attentes en terme de position professionnelle et de salaire. L'expérience du licenciement et du chômage produit un sentiment de vulnérabilité qui s'avère durable et persiste même si le salarié retrouve du travail.

L' « état de santé » peut être évalué à l'aide de questions dissociant l'aspect physique, mental et social de la santé. Des thèmes plus précis sur les troubles psychologiques tel l'état anxieux, les troubles de panique ou la phobie sociale sont également proposés. Cependant, le Collège estime que si une mesure de la santé est clairement favorable dans le cas d'un suivi prospectif, pour une étude transversale, l'intérêt est plus mitigé.

L' « existence de dispositifs de prévention » contribue directement au niveau des risques pour la santé d'origine psychosociale. L'état des dispositifs de prévention des risques peut être évalué par un ensemble de questions tel que : l'implication de la direction ; l'existence d'un plan de prévention ; la consultation des salariés sur le traitement des risques ; l'information des salariés sur les expositions professionnelles.

Concernant l'évaluation des facteurs énoncés ci-dessus, le Collège favorise l'approche épidémiologique quantitative par questionnaires. Cependant, cette approche manque d'exhaustivité puisqu'elle capte uniquement des variables choisies au préalable. Ainsi des variables pertinentes sont nécessairement omises. De plus, l'impact de ces variables potentiellement pertinentes est susceptible d'évoluer dans le temps, de sorte que des omissions peu gênantes à un moment donné peuvent conduire à terme à des représentations fortement biaisées.

Les auteurs indiquent donc que les approches qualitatives par entretiens sont complémentaires puisqu'elles produisent à petite échelle des résultats qui permettent d'accéder à une compréhension fine de certains phénomènes. A grande échelle, elles ne permettent pas de donner une vue d'ensemble ni, le plus souvent, de discriminer l'importance relative des phénomènes mis en évidence.

Rapport Poisson et Rapport Lefrand

En 2009, la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a décidé d'étudier la question des RPS. Cette initiative est notamment liée à l'affrontement des réflexions portées par les députés de la majorité et de l'opposition. Tandis que la commission de réflexion sur la « souffrance au travail » portée par des députés UMP rendait des conclusions en décembre 2009 (Poisson & Jardé, 2009), le groupe socialiste publiait dans le même temps cinq propositions en la matière. Au Sénat, un groupe de travail de la commission des affaires sociales sur « le mal-être au travail » a fait aussi des propositions pour améliorer la prévention et la prise en charge des risques psychosociaux (Dériot, 2010).

En février 2011, Jean-Frédéric Poisson, rapporteur nommé par la Commission des affaires sociales, devait présenter son rapport sur « les risques psychosociaux au travail » (Poisson, 2011). Celui-ci n'ayant pu présenter officiellement son rapport, ses réflexions ont été rendues dans un manuscrit personnel. Conformément aux souhaits de l'opposition, un nouveau rapporteur, Guy Lefrand, a lui pu présenter un autre rapport (Lefrand, 2011).

Ces deux rapports visent à étudier le problème de la prévention des RPS, à tenter de préciser l'état des lieux puis à formuler quelques propositions. Dans leur contenu ces rapports sont en concordance puisque plus de la moitié des propositions convergent.

Globalement, les auteurs rapportent que les RPS ont un impact humain et économique important sur la société. Les RPS seraient d'autant plus croissants que les 4 facteurs de risques suivants sont actuellement prédominants. 1) L'organisation du travail est de plus en plus délétère du fait de l'intensification du travail, de l'avènement de l'évaluation de la performance individuelle et de l'accélération de l'emploi des nouvelles technologies. 2) Le rôle déterminant des managers est entaillé par une dégradation des rapports sociaux (notamment en lien avec l'individualisation) et le manque de formation des managers

quant à la santé au travail. 3) Les indicateurs nationaux mettent en évidence une augmentation des conflits de valeurs et une perte du sens du travail. 4) La crise économique favorise l'accroissement de ces contraintes sur les entreprises et leurs équipes.

Les auteurs estiment que l'« arsenal juridique » dont l'obligation de sécurité de l'employeur, le droit d'alerte et de retrait des salariés, les dispositions contre le harcèlement moral est suffisant pour lutter contre les RPS. Cependant, ils estiment qu'un effort intense doit être réalisé pour améliorer la reconnaissance des « troubles psychosociaux » au titre de maladie professionnelle incluant ainsi la prise en charge des victimes.

Les auteurs proposent également de mieux faire connaître et de mieux coordonner les actions du réseau des acteurs de la prévention tant au niveau national qu'à chaque niveau déconcentré.

Les auteurs proposent enfin d'agir sur les carences du management par une formation initiale à la santé au travail, par l'adaptation des indicateurs d'activité aux modalités de fonctionnement du travail réel et en améliorant la détection des salariés en situation de détresse.

Rapport CESE

En mai 2013, 5 ans après la signature de l'accord sur la prévention du stress au travail, le Conseil économique, social et environnemental (Brunet, 2013) publie un rapport sur l'évolution des RPS en France.

L'état des lieux indique que malgré la mobilisation des pouvoirs publics et des partenaires sociaux (ex : RPS intégrés au plan national santé au travail, signature de plus de 600 accords interprofessionnels), les RPS restent des risques pour les professionnels mal identifiés. Les études et suivis statistiques sont encore approximatifs et ne s'intéressent pas expressément aux RPS. Ainsi les résultats en termes de prévention sont limités. Un sondage de l'institut IPSOS révèle que 62% des travailleurs affirment ressentir un niveau de stress élevé. Une enquête Eurogip révèle que 11 000 accidents du travail seraient en lien avec les RPS. L'Anact estime que près de 400 suicides par an sont liés au travail.

Les experts du CESE considèrent que les causes des RPS sont à chercher « dans les mutations du monde du travail ». La première cause est l'intensification du travail apparue dans un contexte de concurrence accrue entre les entreprises associé à l'avènement du « lean management ». L'individualisation des méthodes managériales et notamment certaines pratiques d'évaluation individuelle des performances en mode « benchmark » ainsi que la faiblesse du dialogue social et des possibilités d'expression des salariés sur leurs conditions de travail sont également une cause importante de la dégradation des conditions de travail. Par ailleurs, l'insatisfaction au travail se nourrit du fait que les salariés ont le sentiment de ne pas avoir les moyens de « bien faire leur travail ». La multiplication des restructurations et l'essor des outils numériques contribuant ainsi à la rationalisation des organisations et à leur complexification sont générateurs d'un sentiment omniprésent de stress. Enfin, le CESE estime que « la recherche d'une QVT est indissociable de la qualité des lieux du travail au sens large, à savoir les ambiances de travail mais aussi la conception et l'aménagement de l'espace de travail ».

Ces problématiques sont d'autant plus prégnantes dans la fonction publique. En effet, la mise en œuvre de la Révision générale des politiques publiques (RGPP) s'est accompagnée d'une réduction des effectifs et par voie de conséquence d'une intensification du travail des fonctionnaires et de nombreuses réorganisations. Le déploiement de méthodes de gestion (contrôle, culture du chiffre, démarches de certification etc.), qui mettent l'accent sur les résultats a également été générateur de stress lorsque les agents ont le sentiment que ces procédures entrent en conflit avec les valeurs du service public.

Ces transformations s'ajoutent à certaines contraintes propres au secteur hospitalier (travail de nuit, violence au travail...) et incitent la Direction générale de l'offre de soin (DGOS) à promouvoir un effort particulier en terme de prévention des RPS.

Le CESE rapporte que malgré l'importance des obligations juridiques des employeurs en terme de santé au travail, l'absence d'une définition claire et d'un cadre juridique spécifique des RPS (absence propre à tous les risques émergents selon Hervé Lanouzière, ancien conseiller technique à la direction générale du travail) est source de confusion quant aux modalités d'évaluation des risques, d'intégration dans le document unique et sur les limites du recours à la notion de danger grave et imminent.

A l'issue de cet état des lieux, le CESE propose 6 axes de réflexions :

- Prévenir les RPS en s'appuyant sur des principes d'action clairement affichés ;
- Améliorer la connaissance et l'évaluation des RPS ;
- Stabiliser et clarifier le cadre juridique de la santé au travail ;
- Mobiliser davantage les différents acteurs de la prévention ;
- Veiller à la mise en œuvre de l'accord de 2009 et prolonger les actions engagées dans la Fonction publique ;
- Améliorer la détection et la prise en charge des victimes.

Protocole d'accord relatif à la prévention des RPS dans la fonction publique

Le 22 octobre 2013, un protocole d'accord pour la prévention des RPS dans la fonction publique est signé (DGAFP, 2013). Ce protocole applicable à la FPH (Instruction DGOS du 20 novembre 2014 relative à la mise œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord) vise à intégrer durablement la prise en compte des RPS au même titre que les autres risques professionnels dans les politiques de prévention. Ainsi, il propose en trois axes des objectifs à poursuivre et des moyens à employer. Il prévoit la mise en place d'un plan national d'action de prévention des RPS dans la fonction publique qui se traduira par l'élaboration par chaque employeur public d'un plan d'évaluation et de prévention des RPS. Ces plans devront s'appuyer sur une première phase de diagnostic et être intégrés dans le document unique d'évaluation des risques professionnels. Le protocole insiste sur le caractère primordial des points suivants :

- la participation des agents à chaque étape du processus de mise en place des plans de prévention ;
- le rôle et la place de l'encadrement dans la formation initiale comme continue, à la prévention des RPS ;
- le rôle indispensable des CHSCT dont les membres bénéficieront d'une formation dédiée.

Cependant, l'intérêt de ce texte est également dans le fait qu'il positionne la prévention des RPS comme une démarche qui « s'inscrit nécessairement dans une réflexion plus globale sur la QVT ». Ainsi, « la phase de diagnostic devra analyser les situations de travail en fonction des dimensions de risques à caractère psychosocial [...] de sorte que les préconisations de ces plans [...] puissent utilement nourrir les démarches ultérieures en

matière d'amélioration de la QVT. [...] À terme, les plans de prévention des RPS devront être complétés par des plans visant à l'amélioration des conditions de travail, de la QVT ». Cet accord constitue donc la première étape d'une réflexion plus large portant sur l'amélioration des conditions et de la QVT dans la fonction publique.

Sous-section 1.1.3.4. Qualité de vie au travail

Rapport Lachmann, Larose, Penicaud

En février 2010, suite à la demande du Premier ministre de proposer des mesures pour « améliorer les conditions de santé psychologique au travail », Lachmann, Larose et Penicaud présentent un rapport intitulé « Bien-être et efficacité au travail - 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail » (Lachmann et al., 2010).

Les auteurs indiquent qu'il est « indispensable de repenser des modes de management, d'organisation et de vie sociale dans l'entreprise » du fait de l'accélération des modifications des conditions dans lesquelles les salariés exercent leur activité. Ils observent notamment :

- une fréquence accrue des réorganisations, restructurations et changements de périmètre des entreprises ;
- une augmentation des exigences des clients dans une économie fortement tertiaisée ;
- une utilisation parfois à mauvais escient des nouvelles technologies qui fragilise la frontière entre vie privée et vie professionnelle, dépersonnalise la relation de travail et accélère le rapport au temps de travail ;
- une standardisation des tâches et des relations dans le domaine tertiaire ;
- une intériorisation par le management de la financiarisation qui positionne la performance financière comme la seule échelle de valeur dans les comportements managériaux et dans la mesure de la performance ;
- un développement des organisations matricielles et du reporting permanent qui implique un sentiment de perte d'autonomie, d'efficacité et d'utilité des équipes ;
- une augmentation des attentes des salariés en matière de lien social vis-à-vis des entreprises.

Pour faire face à ces nouvelles contraintes, les auteurs estiment qu'il faut :

1. Que l'évaluation de la performance intègre la santé des salariés ;
2. Que les managers de proximité soient les premiers acteurs de santé ;
3. Restaurer des espaces de discussion et d'autonomie dans le travail ;
4. Impliquer les partenaires sociaux dans la construction des conditions de santé ;
5. Mesurer les conditions de santé et sécurité au travail pour développer le bien-être en entreprise ;
6. Affirmer la responsabilité du manager vis-à-vis des équipes ;
7. Valoriser la performance collective pour rendre les organisations de travail plus motivantes et plus efficaces ;
8. Anticiper et prendre en compte l'impact humain des changements ;
9. Que la santé au travail ne se limite pas aux frontières de l'entreprise ;
10. Accompagner les salariés en difficulté.

Ces réflexions ont nourri le dialogue social et aboutissent en 2013 à la ratification d'un accord sur la QVT rendu obligatoire par un arrêté du 15 avril 2014 et une loi du 17 août 2015.

Accord national interprofessionnel (ANI) sur la QVT du 19 juin 2013

En 2013 les principaux partenaires sociaux Français s'accordent sur le principe que l'empilement des textes, le cloisonnement des thèmes, les obligations de négocier qui ne coïncident pas avec la dynamique des partenaires sociaux n'ont pas permis de s'approprier pleinement les questions relatives à la QVT (ANIC, 2013). Ils invitent les employeurs et le législateur à s'affranchir des approches segmentées en promouvant une approche systémique de la QVT.

Dans ce texte les signataires proposent de concevoir la QVT comme « le sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué ». Ainsi, « les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la QVT qui en résulte ».

La promotion de la QVT doit permettre :

- d'aboutir à de bonnes relations sociales et de travail ;
- d'écarter tout impact pathogène des modes d'aménagement du travail ;
- d'encourager le bien-être au travail, le développement des compétences et l'évolution professionnelle ;
- que le travail participe à l'épanouissement physique, psychique et intellectuel des individus ;
- que chacun trouve sa place au travail parmi les autres activités humaines.

En pratique pour évaluer et agir sur la QVT, dans la continuité du rapport Lachmann, Larose, Penicaud, les signataires proposent 9 axes de promotion de la QVT :

1. Qualité de l'engagement à tous les niveaux de l'entreprise ;
2. Qualité de l'information partagée au sein de l'entreprise ;
3. Qualité des relations de travail ;
4. Qualité du contenu du travail ;
5. Qualité de l'environnement physique ;
6. Qualité de l'organisation du travail ;
7. Possibilité de réalisation et de développement personnel ;
8. Possibilité de concilier vie professionnelle et vie personnelle ;
9. Respect de l'égalité professionnelle.

Chapitre 1.2. Transformation de l'organisation du travail en France

En 2007, l'Agence européenne de santé et de sécurité au travail averti les décideurs que « les importants changements survenus au cours des dernières décennies dans le monde du travail [en Europe] ont entraîné l'émergence de risques nouveaux dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail » (EU-OSHA, 2007).

En France entre 1970 et 2010, les observateurs ont constaté que le marché de l'emploi et les conditions de travail, présentés ci-après, ont évolué selon une dynamique très proche

Section 1.2.1. Mutation du marché de l'emploi entre 1970 et 2010

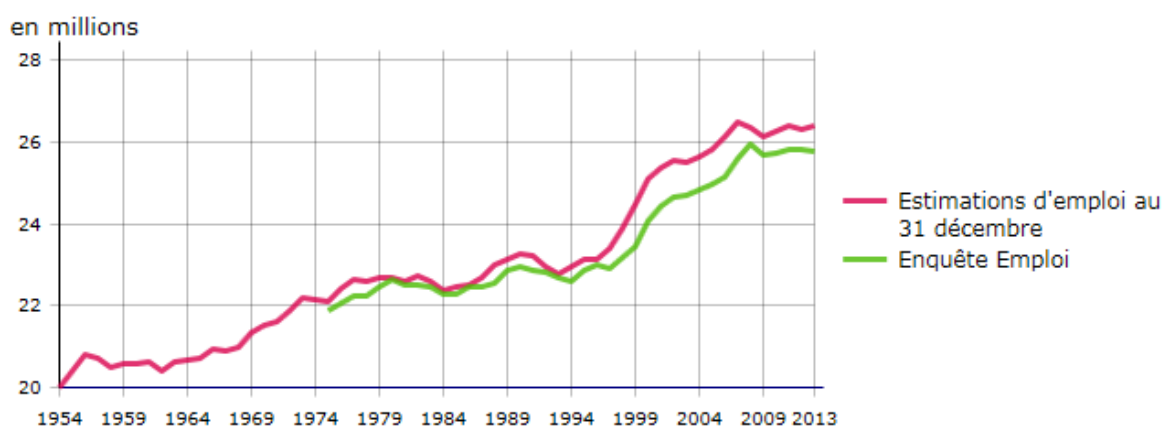
En l'espace de quarante ans, entre 1970 et 2013, le nombre de personnes en activité professionnelle a augmenté de 21,5 millions à 25,8 millions de personnes en France (Dayan, 2008), soit une croissance de 1,67 pour 1000 actifs. Cette tendance générale à la hausse, tout secteur d'activité confondu, a été rythmée par des périodes de fortes créations d'emplois (fin des années 1980 et fin des années 1990) alternant avec des phases de diminution du niveau d'emploi (début des années 1990 et depuis 2008) (figure 3, page 54) (Dayan, 2008).

Malgré l'augmentation du nombre d'emploi, la croissance de la population française a connu une dynamique supérieure. Sur la même période 1970-2013, la population en France métropolitaine a augmenté de 51,9 millions à 66 millions d'habitants (Dayan, 2008), soit une croissance de 2,13 pour 1000 habitants.

Ainsi la population active représentait 49,7% de la population française en 1970 alors qu'en 2013 elle représente 39,1% de la population.

Cet écart important entre la dynamique démographique et celle de l'emploi est accompagné de profondes modifications du marché du travail.

Figure 3 : Evolution du nombre de personnes en activité professionnelle entre 1954 et 2013



Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, estimations d'emploi au 31 décembre (sources administratives) et enquête Emploi en moyenne annuelle.

En l'occurrence, en 1970, l'emploi était principalement masculin (65%). L'industrie (26%), l'agriculture (12%) et la construction (9%) représentaient près de la moitié des emplois et plus d'une personne sur cinq ayant un emploi exerçait une activité non salariée (21%). En 2013, l'emploi est essentiellement salarié (90%), tertiaire (79%) et proche de la parité (48% de femmes) (Marchand, 2010).

Les évolutions du marché de l'emploi les plus prégnantes sont présentées ci-après.

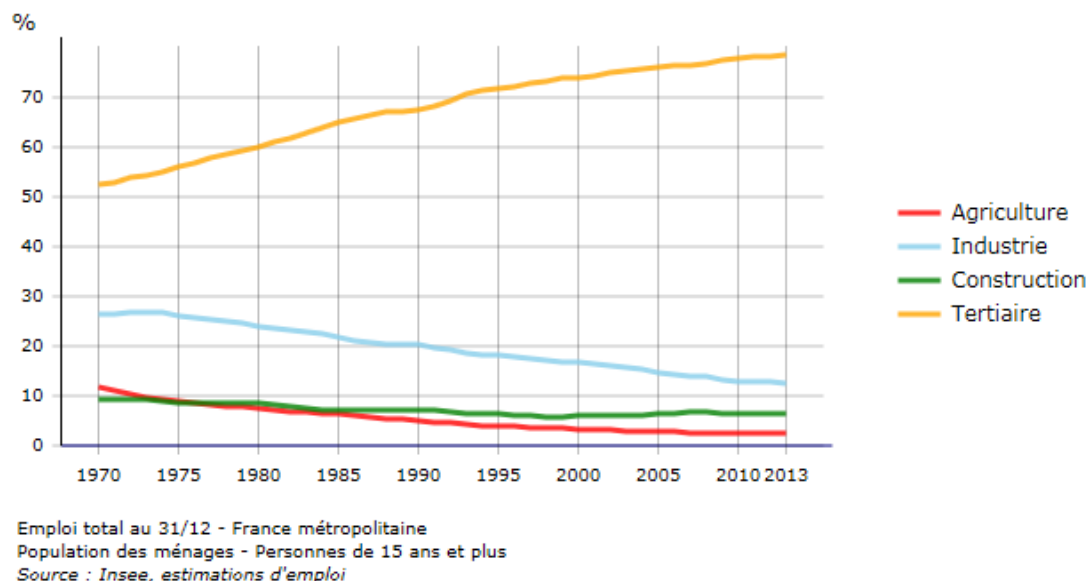
Sous-section 1.2.1.1. Tertiairisation du marché du travail

Le secteur tertiaire recouvre un vaste champ d'activités qui va du commerce à l'administration, en passant par les transports, les activités financières et immobilières, les services aux entreprises et services aux particuliers, l'éducation, la santé et l'action sociale (définition de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)).

Depuis 1978 en France, 150 000 postes sont créés en moyenne chaque année dans les services marchands, alors que 60 000 sont supprimés dans l'industrie. Ce phénomène de tertiarisation touche tous les pays développés et l'importance du secteur dans l'économie est considérée comme un signe de modernité. En effet, le poids du secteur tertiaire a tendance à croître avec l'élévation du niveau de vie puisque la part du budget consacrée aux dépenses de première nécessité s'amointrit au profit de dépenses dites « secondaires » comme les loisirs ou la santé (Schreiber & Vicard, 2011).

En 1970, la moitié (53%) des personnes actives travaillaient dans les entreprises du secteur tertiaire. En 2010, le secteur tertiaire s'impose comme le plus important secteur d'activité en termes d'emploi (figure 4, page 55). Trois personnes occupées sur quatre (79%) travaillent dans ce secteur.

Figure 4 : Répartition des emplois en France par secteur d'activité entre 1970 et 2013



Cette évolution s'est donc faite en défaveur de l'industrie qui passe d'une représentation de 26% à 13% de la population active en 40 ans. Une grande partie du transfert de l'industrie vers le secteur tertiaire est expliquée par l'externalisation de fonctions de services précédemment assurées au sein d'entreprises industrielles (Schreiber & Vicard, 2011).

Le secteur agricole recule également en matière d'emploi passant de 12% à 3% de la population. Cette régression de l'emploi est principalement liée à l'hyperspécialisation

des domaines agricoles et à la diffusion du machinisme dans l'ensemble des entreprises agricoles, même de petite taille (Marchand, 2010).

A noter que dans le secteur tertiaire, près de 30% des emplois sont concentrés dans le secteur de l'administration publique, de l'enseignement, de la santé humaine et de l'action sociale (TEF, 2011).

Sous-section 1.2.1.2. Essor des emplois qualifiés

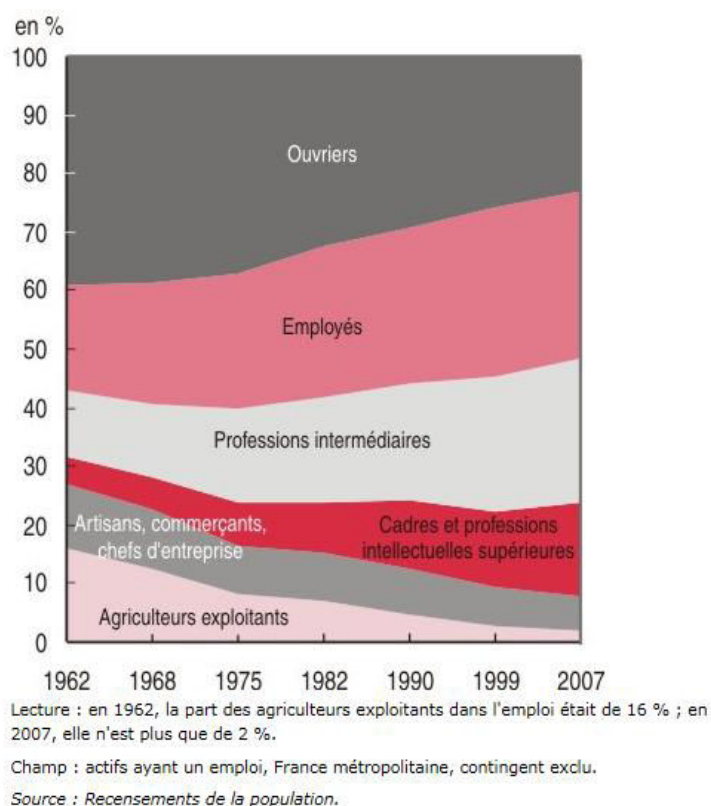
Depuis le début des années 1960, les professions salariées non ouvrières ont progressé de façon continue. La part des employés s'accroît de 18% en 1962 à 29% en 2007. Le poids des professions intermédiaires progresse de près de 11% à 25% et celui des cadres de plus de 5% à 16% au cours de la même période (figure 5, page 57) (Marchand, 2010).

En revanche la population ouvrière qui représentait 39% de la population en 1962, représente en 2007 moins d'un emploi sur quatre (24%). Cette observation est évidemment associée au recul de l'industrie dans l'économie Française (Schreiber & Vicard, 2011).

Les principales explications à ce développement des compétences sont la montée en puissance des nouvelles technologies de l'information et de la communication, le souci d'une gestion plus rationnelle des ressources humaines et le renforcement des fonctions technico-commerciales dans l'entreprise. Ce phénomène s'explique également par l'investissement de la société dans l'éducation, la santé et l'action sociale ainsi que dans la recherche.

Cette amélioration de la qualification des emplois est permise par l'élévation du niveau de formation de la population. La proportion de personnes en emploi ayant un diplôme de niveau supérieur ou égal au bac est passée de 9% à 51% entre 1962 et 2007 (Marchand, 2010).

Figure 5 : Répartition de l'emploi par catégorie socioprofessionnelle entre 1962 et 2007

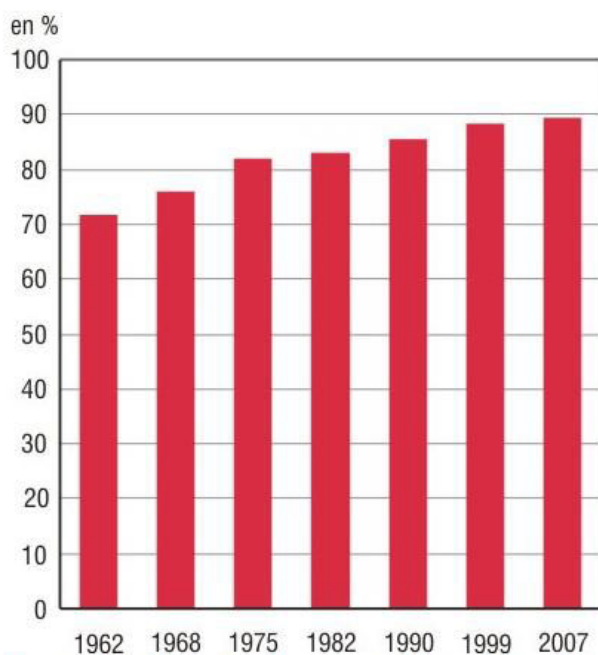


Sous-section 1.2.1.3. Progression des emplois salariés

Si l'emploi indépendant résiste dans les secteurs des services marchands ou du bâtiment, l'emploi salarié a fortement augmenté depuis 1962. En 1962, 71% des actifs étaient salariés alors qu'en 2007, 89% des emplois sont occupés par des salariés (figure 6, page 58).

Cependant, la multiplication des statuts, le développement de la précarité et du chômage tendent aujourd'hui à fragiliser une partie du monde salarial. Post 2007, le regain des indépendants est souvent un signe d'adaptation à la crise, le travail non salarié pouvant être la seule solution pour échapper au chômage (Marchand, 2010).

Figure 6 : Evolution du taux de salariés dans la population active entre 1960 et 2007



Champ : actifs ayant un emploi, France métropolitaine, contingent exclu.

Source : Recensements de la population.

Sous-section 1.2.1.4. Précarisation du contrat de travail

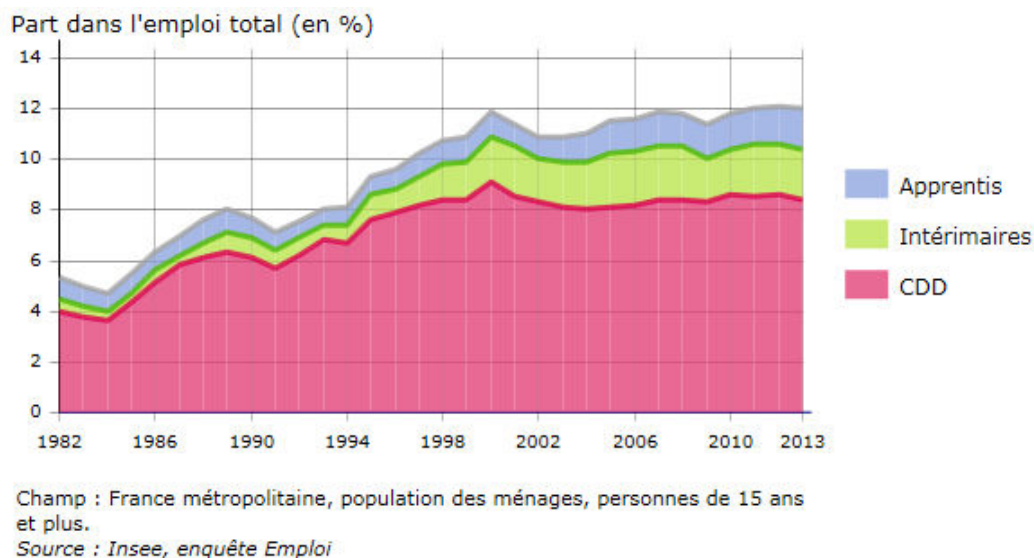
Concernant les formes d'emploi, les années 1980-1990 sont associées à une tendance générale à la hausse des formes dites particulières d'emploi (i.e. contrats à durée déterminée, intérim, contrats aidés et apprentissage).

De 1982 à 2013, la part des formes particulières d'emploi a plus que doublé, passant de 5 % à 12 % de l'emploi total (figure 7, page 59). Cet accroissement est d'autant plus prégnant chez les plus jeunes de moins de 25 ans (52% en 2013 contre 17% en 1982) (Biesse & Cabannes, 2015).

Autre différence importante, la montée du travail à temps partiel. Jusqu'au début des 80, le temps partiel prenait le plus souvent des formes traditionnelles : aides familiales dans l'agriculture, l'artisanat ou le commerce, services domestiques. De 1990 à 2007, la proportion de salariés qui travaillent à temps partiel est passée de 12% à 18%, même si elle semble plafonner après le passage aux 35 heures (Biesse & Chabannes, 2015).

Ces formes d'emploi sont aujourd'hui couramment utilisées par les entreprises pour ajuster leur volume d'emplois aux variations de l'activité. Mais, de façon plus structurelle, ces emplois constituent un mode de recrutement de plus en plus souvent retenu par les entreprises dans leur gestion des ressources humaines.

Figure 7 : Evolution de la part de salariés en contrat précaire entre 1982 et 2013



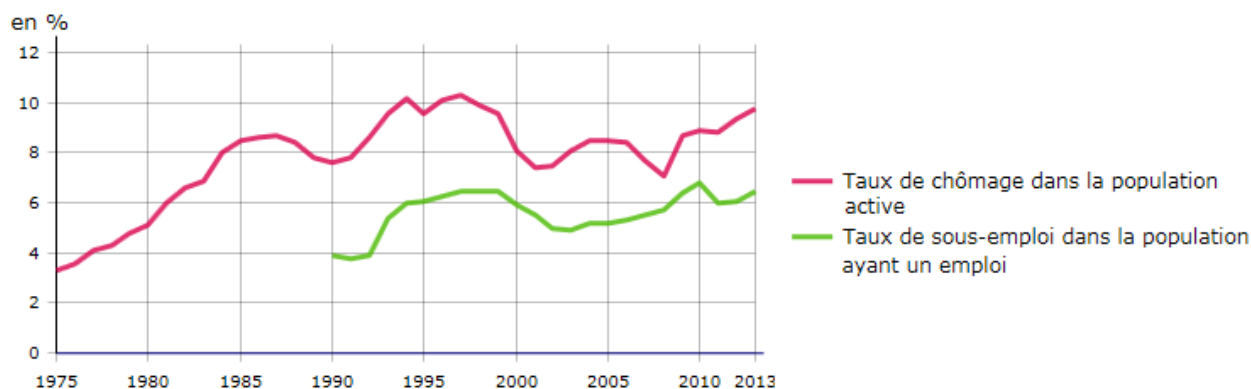
Sous-section 1.2.1.5. Augmentation du taux de chômage

Une différence essentielle entre les années 1970 et les années 2000 est la forte poussée du chômage. Moins de 2% de la population active était au chômage à la fin des années 60. Après une progression au cours des années 1970 et 1980, le taux de chômage se maintient aujourd'hui entre 8% et 10% de la population active (Institut national de la statistique et des études économiques, 2016). La progression continue du chômage suit cependant de légers cycles conjoncturels, avec des baisses caractéristiques (-3 points entre 1997 et 2001) et des hausses (+2,6 points entre 1990 et 1994, +2,7 points entre 2008 et 2013) (figure 8, page 59) (Biesse & Chabannes, 2015).

Le rapport salarial se trouve modifié par ces bouleversements de l'offre et de la demande de travail. La génération du baby-boom pouvait entrer sans difficulté sur le

marché du travail alors que les générations suivantes connaissent de grandes difficultés pour accéder à l'emploi stable.

Figure 8 : Evolution du taux de chômage entre 1975 et 2013



Champ : France métropolitaine, population des ménages, personnes de 15 ans et plus.

Source : Insee, enquête Emploi

Sous-section 1.2.1.6. Recul du taux d'activité parmi les tranches d'âge extrêmes

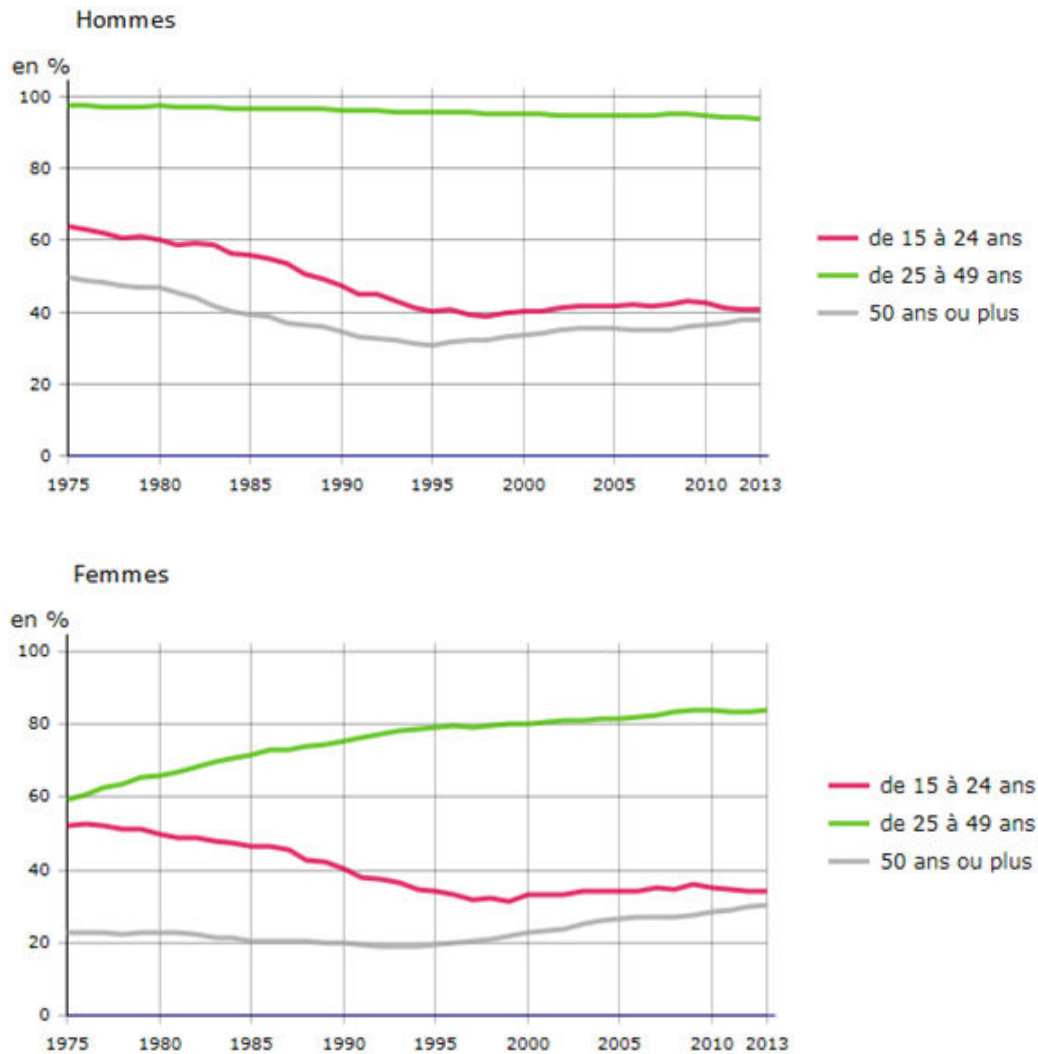
Chez les hommes, le taux d'activité sur la période 1975-2013 est resté très élevé (94%) parmi les travailleurs d'âge intermédiaire. Cependant depuis 1980, ce taux a fortement diminué aux deux extrêmes de la vie active (~40%) (figure 9, page 61) (Biesse & Chabannes, 2015).

Chez les femmes de 25 à 49 ans, le taux d'activité passe de 59% en 1975 à 84% en 2013. Parmi les plus de 50 ans, l'augmentation de la participation féminine au marché du travail compense la baisse de l'activité des seniors. La diminution des taux d'activité aux âges extrêmes est contrebalancée par la hausse de l'activité féminine qui croît à chaque génération. Chez les jeunes femmes, la participation au marché du travail a diminué d'un tiers entre 1975 et 2013 (figure 9, page 61).

Ces variations du taux d'activité sont dûes aux changements dans la structure des emplois, notamment suite aux disparitions de certains métiers de l'artisanat ou de l'agriculture. Chez les plus âgés, le recul de l'activité est surtout dû à la mise en place de

dispositifs favorisant la retraite. Pour les jeunes, elle résulte de la forte augmentation de la scolarisation.

Figure 9 : Evolution du taux d'activité parmi les hommes et les femmes par tranche d'âges entre 1975 et 2013



Champ : France métropolitaine, population des ménages, personnes de 15 ans et plus.
 Source : Insee, enquête Emploi

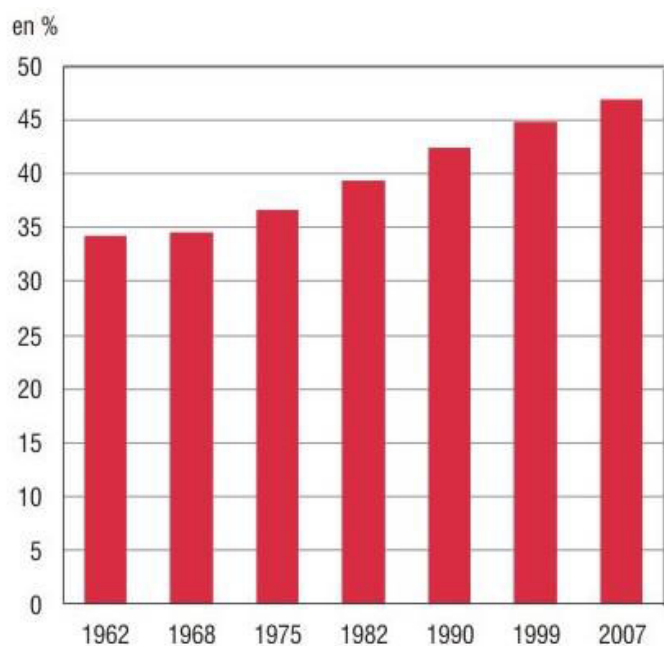
Sous-section 1.2.1.7. Féminisation de l'emploi

La féminisation de l'emploi est associée au changement de structure sociale. Dans un contexte d'augmentation du salariat, alors que plus de quatre ouvriers sur cinq étaient des hommes, près de quatre employés sur cinq sont aujourd'hui des femmes (Marchand, 2010).

Par ce biais, la répartition de l'emploi entre les sexes progresse vers la parité. En 1962, 34% de la population active était composée de femmes. En 2007, 47% des emplois sont occupés par des femmes (figure 10, page 62).

Cependant, il persiste une grande variabilité de conditions d'emploi entre les femmes elles-mêmes. D'un côté, les femmes accèdent plus souvent qu'auparavant à des postes d'encadrement et bénéficient d'une carrière intéressante, bien rémunérée. De l'autre côté, une part importante de femmes connaît la précarité de l'emploi, le temps partiel contraint, les bas salaires et ne peut se faire aider dans la sphère domestique (Marchand, 2010).

Figure 10 : Evolution de la proportion de femmes sur le marché du travail entre 1962 et 2007



Champ : actifs ayant un emploi, France métropolitaine, contingent exclu.

Source : Recensements de la population.

Section 1.2.2. Evolution des conditions de travail enregistrées depuis 1994

La mutation du marché de l'emploi, présentée ci-dessus, est suivie d'une évolution des conditions de travail qui a pu être enregistrée depuis 1994. Le moteur de cette évolution des conditions de travail semble être l'imbrication entre la rationalité industrielle et la logique marchande (Eymard-Duvernay, 1987)

En l'occurrence, alors qu'en 1984 les contraintes industrielles et les contraintes marchandes étaient indépendantes, leur cumul est devenu rapidement nécessaire dans l'ensemble des secteurs. Cette imbrication se matérialise par la prise en compte à la fois des exigences de qualité des services rendus et des exigences quantitatives de rentabilité socio-économique (Cartron et al., 2009).

Ces contraintes, associées à la croissance de compétitivité qui poussent les entreprises à modifier sans cesse les produits et les services, favorisent la densification des tâches, l'augmentation de leur technicité, une plus grande polyvalence du salarié, l'émergence de nouvelles organisations bureaucratiques et la raréfaction des ressources financières (Gollac, 2000 ; De Coninck, 2006 ; Lombrail, 2010).

Pour s'adapter à ces exigences, les activités professionnelles au préalable pilotées dans la continuité du déroulement du processus doivent dorénavant être conduites par objectif. Le management supérieur détermine les objectifs à atteindre et dispense les normes de qualité. Il appartient ensuite au management de proximité et aux opérateurs d'inventer les façons de faire pour que le travail réalisé convienne aux normes et soit le moins coûteux en temps (Clot, 2010).

Ce mode de fonctionnement pourrait permettre aux salariés de s'impliquer davantage et de plus communiquer. Néanmoins, il faut disposer d'une latitude suffisante pour pouvoir prendre du recul, assimiler des informations, mobiliser des coopérations et prendre le temps de s'organiser. Or, la pression subie par les salariés quant à l'atteinte des objectifs réduit le temps qu'il est possible d'affecter à ces tâches préparatoires. Un cercle vicieux tend à se former (Gollac & Volkoff, 2000). Ce phénomène est d'autant plus prégnant lorsque le travail est en prise directe avec la demande comme dans le secteur tertiaire (Valeyre, 2003).

Finalement, les opérateurs et leurs encadrements de proximité sont confrontés à des injonctions paradoxales qui les obligent à arbitrer eux-mêmes les objectifs pour produire un résultat acceptable. Cette intensification des contraintes réduit les ressources dont chacun pouvait disposer (Estryn-Béhar, 2008 ; Davezies, 2008) et serait à l'origine de l'évolution des conditions de travail reportée par les salariés (Bonnetterre, 2010 ; Kovess-Masféty, 2010) et présentée ci-après.

Les résultats présentés ci-après sont principalement issus des enquêtes nationales de « Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels » (SUMER) conduites en 1994, 2003 et 2010.

Sous-section 1.2.2.1. Contraintes de rythme de travail

Temps de travail hebdomadaire réduit mais horaires atypiques en progression

En 1994, 29% des salariés travaillaient plus de 40 heures par semaine. En 2010, dix ans après l'instauration des 35 heures, 18% des salariés travaillent plus de 40 heures chaque semaine. Cette réduction est semblable dans l'ensemble des secteurs d'activité. Cependant, près de la moitié des cadres effectuent toujours des semaines de plus de 40 heures (Arnaudo et al., 2012).

Si le temps de travail hebdomadaire s'est significativement réduit, l'organisation des temps de travail s'est singulièrement diversifiée.

En 2010, les horaires atypiques sont en très légère progression par rapport à 2003 (tableau 2, page 65). Près de 31% (+1pt) des salariés affiliés aux contrats de droit privé travaillent le dimanche et les jours fériés. Cette croissance est prégnante dans le secteur agricole (+2,5pts) et le secteur tertiaire (+1,5pts). Près de 14% (+2pts) des salariés travaillent en équipes alternantes, tendance principalement influencée par le secteur industriel (31%). Les horaires variables d'un jour sur l'autre concernent 22% (+2,5pts) des salariés. Cette croissance atteint l'ensemble des secteurs sauf l'agriculture (-5pts). Les astreintes concernent près de 9% (+3pts) des salariés avec une forte croissance dans le secteur agricole (+12pts).

Dans la fonction publique hospitalière (FPH) ces contraintes horaires sont majorées. En 2010, 62% des agents publics hospitaliers travaillent le dimanche et les jours fériés (contre 31% tous secteurs confondus), 21% ne bénéficient pas d'un repos hebdomadaire d'au moins 48 heures consécutives (contre 15% tous secteurs confondus) et 38% déclarent ne pas avoir les mêmes horaires tous les jours (contre 22% tous secteurs confondus). Dans le secteur public hospitalier, les agents travaillent nettement plus fréquemment la nuit (27%) et en équipes alternantes (44%) que les salariés de l'industrie traditionnellement plus concernés (Arnaudo et al., 2013 ; Amira & Ast, 2014).

Tableau 2 : Comparaison des temps de travail des salariés par secteur d'activité entre 2003 et 2010

Variable	Agriculture	Industrie	Construction	Tertiaire	FPH	Ensemble
Travail > 40 heures par semaine (%)						
- 1994	23,5	25,9	32,2	30,6	-	29,1
- 2010	18,9	18,2	18,1	17,8	18,4	17,9
Travail dimanche ou jours fériés (%)						
- 2003	46,7	24,6	11,8	33,9	-	30,2
- 2010	49,4	23,9	11,3	35,2	61,9	31,2
Travail en équipes alternantes (%)						
- 2003	2,5	25,6	2,2	9,0	-	12,5
- 2010	2,9	30,8	3,5	11,1	43,8	14,3
Horaires variables (%)						
- 2003	20,8	15,2	9,0	22,8	-	19,8
- 2010	15,8	18,8	12,9	24,8	38,4	22,4
Astreintes (%)						
- 2003	7,4	4,7	3,2	6,0	-	5,5
- 2010	19,6	8,0	7,3	8,4	12,7	8,5

Sources : DGT-DARES, Enquêtes SUMER 1994, 2003 et 2010

FPH : Fonction Publique Hospitalière

Multiplication des contraintes de rythme

Les enquêtes nationales réalisées entre 1994 et 2010 étudient les rythmes de travail à travers les contraintes suivantes : la demande extérieure obligeant à une réponse immédiate, le respect au cours d'une journée de normes de production ou de délais, les contrôles permanents exercés par la hiérarchie, le suivi informatisé, la dépendance immédiate d'un collègue.

Entre 1994 et 2010, l'association d'au moins trois contraintes de rythmes a nettement augmentée (28% contre 36%) (tableau 3, page 67). Cette observation est prégnante dans l'industrie (+9pts), la construction (+6pts) et le tertiaire (+8pts). Seule l'agriculture connaît une régression de ce taux (-3pts).

La proportion de salariés dont le rythme de travail est imposé par une demande extérieure obligeant à une réponse immédiate était de 57% en 2010 contre près de 50% en 1994. Cette tendance est très marquée dans l'industrie (+43pts) et la construction (+13pts) alors que la proportion est stable mais élevée (62%) dans le tertiaire. Une enquête antérieure de l'INSEE, marque que la proportion de salariés déclarant que leur rythme de travail dépendait d'une demande extérieure à satisfaire immédiatement était déjà passée de 28% en 1984 à 54% en 1998.

Entre 1994 et 2010, l'ensemble des secteurs d'activité connaît une augmentation (+4pts) de la proportion de salariés devant respecter des normes de production ou des délais en une journée (41%). Alors que les cadres et les employés sont concernés de façon croissante par les normes, les ouvriers y sont moins confrontés.

Le contrôle permanent exercé par la hiérarchie a régressé entre 1994 et 2010 dans l'agriculture (-12pts) et la construction (-7,5pts), alors qu'il est stable dans le tertiaire (27%). Seules les employés des commerces et des services ont connu une augmentation (+6pts) de ce contrôle entre 2003 et 2010.

La pratique du suivi informatisé s'est fortement répandue dans les secteurs de l'industrie (+19pts) et du tertiaire (+16pts). Toutes les catégories professionnelles sont concernées (31%).

Les contraintes liées à la dépendance immédiate d'un collègue ont peu varié au cours des quinze dernières années (26%).

Tableau 3 : Comparaison des rythmes de travail par secteur d'activité entre 1994 et 2010

Variable	Agriculture	Industrie	Construction	Tertiaire	FPH	Ensemble
Au moins 3 contraintes de rythme (%)						
- 1994	20,4	36,9	21,8	26,1	-	28,3
- 2010	16,9	45,6	34,0	34,0	40,9	35,5
Demande extérieure obligeant à une réponse immédiate (%)						
- 1994	21,4	36,0	29,1	61,0	-	49,8
- 2010	25,7	79,0	42,6	61,6	58,9	56,8
Respect de normes de production ou de délais (%)						
- 1994	30,8	50,8	36,9	32,5	-	37,6
- 2010	34,0	53,9	43,5	37,5	25,4	41,2
Contrôles permanents exercés par la hiérarchie (%)						
- 1994	26,5	31,1	31,0	27,0	-	28,4
- 2010	14,4	28,7	23,5	26,9	-	26,8
Suivi informatisé (%)						
- 1994	6,4	15,6	4,2	16,1	-	14,5
- 2010	8,9	34,1	10,6	31,9	20,9	30,1
Dépendance immédiate d'un collègue (%)						
- 1994	20,4	33,5	29,4	23,2	-	26,3
- 2010	14,5	34,8	30,6	23,7	-	26,4

Sources : DGT-DARES, Enquêtes SUMER 1994, 2003 et 2010

FPH : Fonction Publique Hospitalière

Dans la FPH en 2010, les agents publics déclarent être plus nombreux (41%) à subir au moins 3 contraintes de rythme par rapport aux salariés des secteurs privés (36%). Comparé à l'ensemble des secteurs privés, dans la FPH les sources de ces contraintes sont plus élevées vis-à-vis du respect des normes au cours d'une journée (25%). Elles sont équivalentes pour le rythme imposé par une demande extérieure (57%) et sont inférieures concernant le suivi informatisé des activités (21%).

Le morcellement du travail s'est fortement accru entre 1994 et 2010 (46% contre 56%) et ce notamment dans FPH dont la proportion d'agents déclarant devoir fréquemment interrompre une tâche atteint 65%. Cette contrainte est d'autant plus importante pour les agents hospitaliers que 23% (+10pts par rapport à la moyenne) des agents estiment ne pas pouvoir interrompre momentanément leur travail quand ils le souhaitent et 46% (+9pts par rapport à la moyenne) sont obligé de se dépêcher pour faire leur travail (Arnaudo et al., 2013).

Sous-section 1.2.2.2. Contraintes mentales au travail

Progression de la charge mentale et du manque de moyens

Au sein des enquêtes nationales, le Job Content Questionnaire (JCQ) est l'instrument standardisé de référence (Guignon & Sandret., 2008) pour évaluer auprès de chaque individu la charge mentale qu'engendre l'accomplissement des tâches (i.e. job strain). Cette charge mentale est évaluée par la conjonction d'une charge de travail (i.e. demande psychologique) élevée et d'une marge de manœuvre (i.e. latitude décisionnelle) faible.

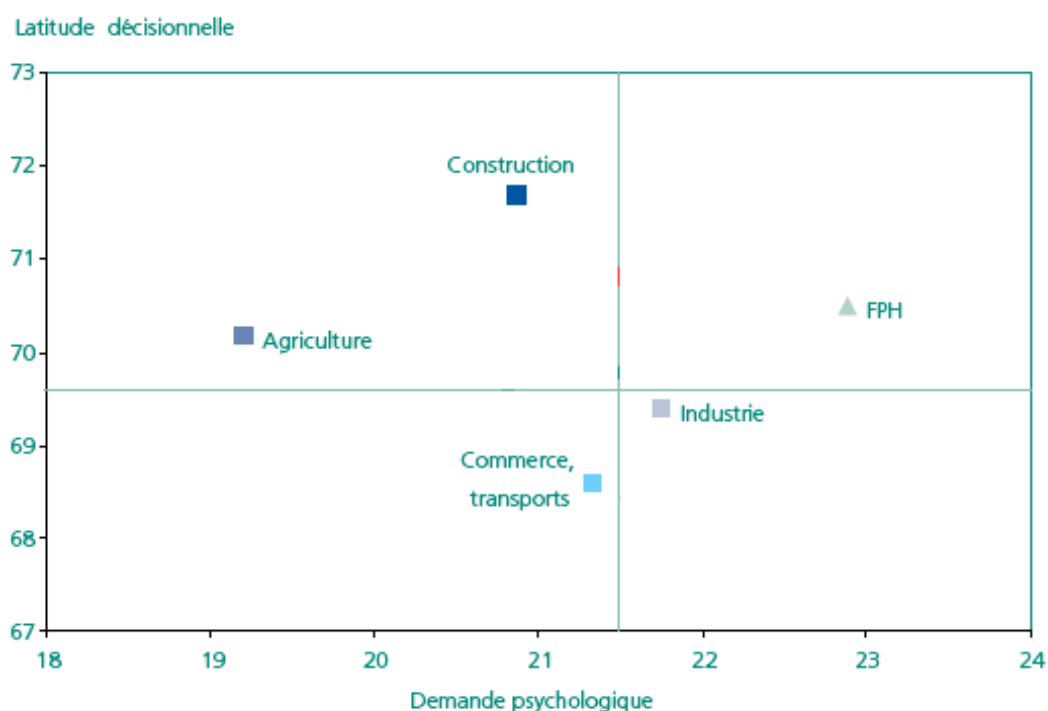
Dans son ensemble, la charge mentale n'a pas évolué depuis 2003 puisque 23% des personnels de tous secteurs confondus sont toujours en situation de job strain. Cependant, une forte disparité en défaveur du secteur publique est observée.

Entre 2003 et 2010, dans le secteur de l'agriculture un recul des situations de job strain est enregistré (18% contre 11%). Dans les secteurs de la construction et de l'industrie l'exposition au job strain reste similaire (16% contre 15% ; 24% contre 23%). Dans la FPH une augmentation significative est enregistrée (26% contre 30%).

Les marges de manœuvre tendent plutôt à se stabiliser entre 2003 et 2010. La proportion de personnels ne disposant pas de suffisamment de « latitude décisionnelle » baisse de 1pt entre 2003 et 2010 (35% tous secteurs confondus). En 2010, les agents de la FPH déclarent être moins nombreux à ne pas pouvoir faire varier les délais (27% contre 35% tous secteurs confondus) et ont plus de facilité à changer l'ordre des tâches (94% contre 87% tous secteurs confondus). Néanmoins, les cadres et les professions intermédiaires connaissent un recul de leurs marges de manœuvre (-3pts) alors qu'elles augmentent légèrement pour les ouvriers (<+1pts) (Arnaudo et al., 2012).

A l'inverse la « demande psychologique » tend à augmenter entre 2003 et 2010 dans tous les secteurs d'activité (+2pts). Cette hausse serait notamment corrélée à la crise économique de 2008-2009 comme le suggèrent Gorgeu & Mathieu (2011). La FPH est le secteur dans lequel la demande psychologique est la plus élevée (figure 11, page 69).

Figure 11 : Score de latitude décisionnelle et demande psychologique par secteur d'activité



Source : DGT-DARES, Enquêtes SUMER 2010

Les salariés sont moins nombreux en 2010 qu'en 2003 à déclarer qu'ils manquent de moyens matériels pour effectuer correctement leur travail (8% contre 13%). En outre, les salariés sont plus nombreux à disposer de moyens pour l'accès aux informations claires et suffisantes (85%), de formation (84%) et de collègues pour travailler (81%). Dans la FPH si les agents estiment disposer des informations suffisantes (86%) et de la formation adaptée (84%), ils déclarent ne pas disposer de suffisamment de moyens matériels (27%) et de collègues (32%) pour travailler.

Sous-section 1.2.2.3. Comportements hostiles

Augmentation des comportements hostiles en interne

Bien que les salariés du secteur privé travaillent de plus en plus souvent en contact direct avec le public de vive voix ou par téléphone (74 % en 2010 contre 63 % en 1994), les salariés signalent de moins en moins souvent vivre en situation de tension avec le public (8 % en 2010 contre 10 % en 2003). Cette augmentation du contact direct avec le public est d'autant plus prégnante dans l'agriculture (+18pts) et la construction (+23pts). Cependant, cette proportion reste nettement inférieure à celle observée dans la FPH, dans laquelle 90% des agents déclarent travailler en contact direct avec le public.

Si les situations de tension avec le public sont moins fréquentes, les expositions aux comportements hostiles ont augmenté depuis 2003 (16% contre 22% en 2010). Cette augmentation s'observe dans tous les secteurs d'activité en dehors de l'agriculture. Dans la FPH, la tension avec le public (17% contre 8% tous secteurs confondu) et les comportements hostiles (26% contre 22% tous secteurs confondu) sont nettement plus fréquents.

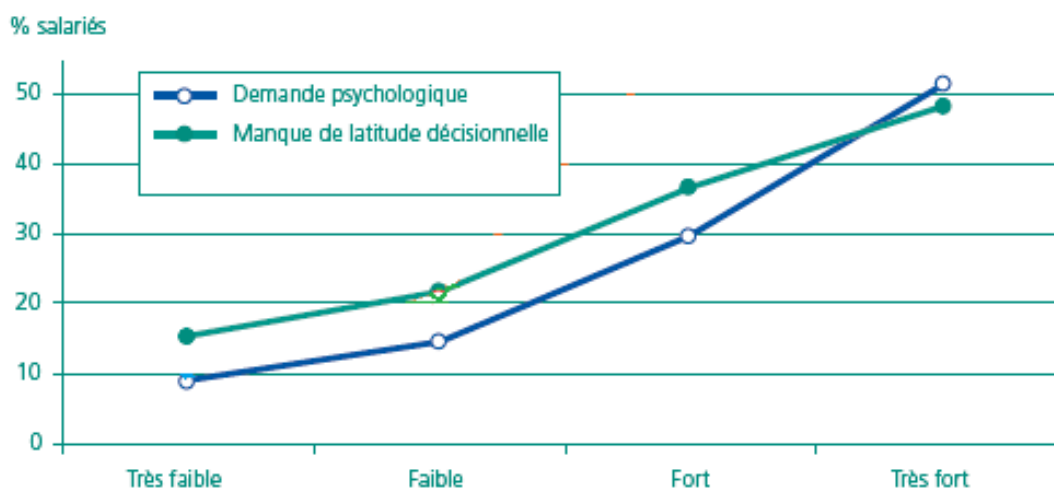
Le déni de reconnaissance et les comportements méprisants sont les principales formes d'hostilité. Ainsi, 12% des salariés déclarent « on m'ignore, on fait comme si je n'étais pas là » et 10% « on critique injustement mon travail ». Ces comportements proviennent principalement (86%) de personnes travaillant dans la même entreprise (Rivalin & Sandret, 2014).

L'augmentation des comportements hostiles et notamment ceux émanant des professionnels ont été corrélés à un état dégradé de l'organisation du travail. La déclaration d'un comportement hostile est fortement associée à celle de subir des

contraintes de rythmes (29% parmi les personnes qui présentent 3 contraintes de rythme contre 15% en cas d'absence de contrainte de rythme - OR 1,42). Les salariés devant se dépêcher (31% contre 17% - OR 1,49) et interrompre leurs tâches (26% contre 18% - OR 1,29) sont plus nombreux à subir des comportements hostiles par rapport aux salariés qui ne sont pas exposés à une contraintes de rythme. Le manque de moyens pour « faire correctement son travail » sont les premiers paramètres associés aux comportements hostiles, qu'il s'agisse d'un manque d'information (43% contre 19% parmi les salariés non exposés - OR 2,03), de formation (36% contre 19% - OR 1,41), de moyens matériels (35% contre 21% - OR 1,32) ou de collègues en nombre suffisant (35% contre 19% - 1,23).

La charge de travail et le manque d'autonomie favorisent également la survenue de comportements hostiles. Parmi les 25 % de salariés dont le score de demande psychologique au sens du JCQ (i.e. questionnaire de mesure des contraintes mentales) est le plus faible, 10 % seulement signalent subir un comportement hostile. Parmi les 25 % dont le score est le plus élevé, 50% subissent des comportements hostiles. Il en va de même pour le manque de latitude décisionnelle (figure 12, page 71).

Figure 12 : Proportion de salariés exposés à au moins un comportement hostile selon la demande psychologique et le manque de latitude décisionnelle tous secteurs d'activité confondus



Source : DGT-DARES, Enquêtes SUMER 2010

Concernant les passages à l'acte de violence, la FPH est beaucoup plus exposée aux agressions verbales (29% contre 15% tous secteurs confondus) et physiques (6,5% contre 2% tous secteurs confondus) de la part du public.

Sous-section 1.2.2.4. Expositions aux facteurs de pénibilité au travail et au travail sur écran

Meilleure évaluation des expositions au bruit

Depuis 1994, la proportion de salariés exposés aux bruits supérieurs à 85 dB(A) s'est accrue passant de 13% à 20% en 2010 (tableau 4, page 73). Cette hausse concerne l'ensemble des catégories professionnelles et est fortement prégnante dans le secteur de la construction (+30pts). Cette évolution provient en grande partie d'une meilleure évaluation des expositions du bruit liée à l'évolution de la réglementation en 2006 (Arnaudo et al., 2012).

Cette assertion semble d'autant plus juste que la proportion de salariés fortement exposés au bruit (supérieur à 85 dB pendant 20 heures ou plus par semaine) et qui du fait de la réglementation déjà en vigueur était bien identifiée est restée stable autour de 6% depuis 1994.

Dans le secteur tertiaire et dans la FPH les expositions au bruit qui concernent respectivement 9% et 4% des salariés sont beaucoup plus faibles que dans les autres secteurs (>40% des salariés).

Augmentation du temps de travail sur écran

En corrélation avec la généralisation de l'informatique, la pratique du travail sur écran s'est naturellement répandue entre 1994 et 2010, passant de 36% à 52% des salariés. Le temps de travail sur écran a également nettement augmenté. En 1994, 12% des salariés passaient plus de 20 heures chaque semaine devant un écran. En 2010, cette proportion haussée à 23% est notamment visible dans les secteurs de l'industrie (+11pts) et du tertiaire (+11pts) (tableau 4, page 73). Cette progression très sensible chez les cadres (+26%) et les employés administratifs (+12%) aboutit à la proportion d'un cadre ou d'un agent administratif sur 2 qui travaille plus de 20h sur un écran. Dans la FPH, la proportion

de personnels travaillant plus de 20h sur écran reste discrète (13%) (Arnaudo et al., 2013).

Tableau 4 : Comparaison des expositions aux facteurs de risques de pénibilité par secteur d'activité entre 1994 et 2010

Variable	Agriculture	Industrie	Construction	Tertiaire	FPH	Ensemble
Bruit supérieur à 85 db(A) (%)						
- 1994	34,7	26,0	28,2	3,5	-	13,0
- 2010	38,2	39,3	57,7	8,7	3,8	19,5
Travail sur écran > 20 heures par semaine (%)						
- 1994	1,7	10,0	4,4	14,5	-	11,9
- 2010	3,2	20,9	10,0	25,2	12,5	22,6
Au moins une contrainte physique intense (%)						
- 1994	57,5	49,3	66,2	40,4	-	45,7
- 2010	54,0	42,2	62,6	35,8	43,6	39,8
Au moins un produit chimique (%)						
- 1994	48,9	43,6	55,8	25,4	-	33,8
- 2010	42,8	46,2	61,5	26,2	55,2	33,5
Agents biologiques (%)						
- 1994	33,7	4,3	1,8	12,0	-	10,2
- 2010	35,7	9,5	7,0	21,9	75,9	18,4

Source : DGT-DARES, Enquêtes SUMER 1994, 2003 et 2010

FPH : Fonction Publique Hospitalière

Diminution des contraintes physiques

En 2010, 40% des salariés étaient soumis à au moins une contrainte physique intense dans leur travail lors de la dernière semaine travaillée. Cette proportion, inférieure à celle de 1994 (46%), a reculé dans l'ensemble des secteurs d'activités (tableau 4, page 73). Les salariés de la construction (63%) et de l'agriculture (54%) restent cependant largement les plus exposés. Dans la FPH, 44% des agents réalisent des activités physiques intenses.

Parmi ces contraintes physiques, la prévalence des personnels travaillant plus de 20 heures par semaine en position debout ou en piétinement prolongé a diminué entre 1994 et 2010 (28% contre 23%). Cependant, près d'un agent hospitalier sur 3 (32%) est toujours exposé à ces contraintes.

La proportion de salariés exposés aux autres contraintes posturales (position à genou, accroupie, en torsion, maintien du bras en l'air) a légèrement diminué entre 1994 et 2010 (respectivement 22% et 20%). Les postures contraignantes sont la seconde cause de contraintes physiques intenses dans la FPH (20%).

Concernant les activités de manutention 10% des salariés effectuent des manutentions manuelles de charges 10 heures ou plus par semaine. Le secteur de la construction vient en tête (22 %) suivie de la FPH (16 %).

La répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à une cadence élevée, 20 heures ou plus par semaine, concerne en premier lieu l'agriculture (16%) et l'industrie (12%). Le secteur tertiaire (8%) et la FPH (5%) sont nettement moins affectés.

Prévalence des expositions aux agents chimiques dangereux élevée mais réduction de la durée des expositions

En 2010, un tiers des salariés (34%) sont exposés aux produits chimiques dangereux. Cette proportion est semblable à celle de 1994 (34%) (tableau 4, page 73). L'exposition au produit chimique est très élevée dans le secteur de la construction (62%) et dans la FPH (55%). Néanmoins dans la FPH, le taux d'exposition aux produits cancérogènes (6%) est nettement plus faible que la moyenne (10%) et que dans la construction (32%)

La prévalence des expositions aux produits chimiques, toutes durées d'exposition et tous types de produits chimiques, semble rester élevée malgré la forte évolution de la

réglementation dédiée aux agents chimiques depuis 2001. Cependant, la durée d'exposition a diminué ces 15 dernières années. La proportion des expositions de plus de 10h par semaine est passée de 13% en 1994 à 10% en 2010. Cette réduction est plus prégnante dans la FPH (3%)

Meilleure identification du risque infectieux

En 2010, 18 % des salariés déclarent avoir été exposés à des agents biologiques lors de la dernière semaine travaillée contre 10% en 1994 (tableau 4, page 73). Cette progression concerne l'ensemble des secteurs d'activités et tout particulièrement le tertiaire (+9pts).

Ce sont surtout les expositions à des agents biologiques émanant d'autres personnes qui progressent. Elles concernent 5% des salariés en 1994 et 10% en 2010. Ces évolutions s'expliquent sans doute par une plus grande sensibilité des salariés aux risques de pandémie grippale (Gorgeu & Mathieu, 2011). Dans la FPH, 76% des salariés sont exposés à des agents biologiques émanant principalement d'autres personnes.

En revanche les expositions aux agents biologiques émanant d'animaux sont restées stables sur la période (2% des salariés). Dans le secteur agricole, 37% des salariés sont exposés à des agents biologiques, principalement au contact d'animaux.

Partie 2. Principes d'étude de la qualité de vie au travail des personnels en établissement de santé

Toute démarche d'investigation épidémiologique commence par une analyse de la littérature reportant les résultats d'études réalisées sur le domaine d'investigation. Dans le cas de la qualité de vie au travail (QVT), la consultation de la littérature a mis en évidence que le domaine n'est pas clairement fixé et qu'il est particulièrement difficile d'identifier les études portant sur cette thématique.

Cette seconde partie du manuscrit retrace les diverses positions des chercheurs quant à l'emploi du concept de QVT puis propose un modèle conceptuel pour cadrer le domaine.

Chapitre 2.1. Positionnement de la recherche dans l'étude de qualité de vie au travail

Dans de nombreuses disciplines, les préoccupations de performance et de rentabilité sont souvent le moteur de l'évolution des connaissances. Les sciences humaines et sociales ne dérogent pas à ce principe. Ainsi dans ce vaste champ, le concept de QVT a naturellement émergé du souhait des entreprises de mieux appréhender l'adaptation entre le travail et leurs employés. Malgré une expression qui initialement semblait univoque, durant ces 30 dernières années la construction du concept n'a pas su trouver de consensus. Ceci a pour effet d'induire une forme de désintérêt des chercheurs à l'étude conceptuelle et empirique de QVT.

Section 2.1.1. Controverse sur la notion de qualité de vie au travail

Sous-section 2.1.1.1. Emergence de l'expression de « QVT »

Bien que l'expression de QVT n'ait pas été utilisée avant la seconde moitié du 20^{ème} siècle, dès 1860 certaines entreprises visaient déjà à améliorer l'implication de leurs salariés dans la réalisation de leur travail (Martel & Dupuis, 2006). Par exemple, de grandes entreprises industrielles avaient choisi de partager les bénéfices de la société avec leurs employés sur le principe d'une incitation à la productivité (Goode, 1989).

Soixante-dix ans plus tard, des études empiriques menées par Mayo en 1933 viennent étayer ce principe (Mayo, 1960). Ces études ont permis de mesurer l'influence des facteurs environnementaux sur la performance de travailleurs d'usine et ainsi de nuancer les règles de performances édictées par le taylorisme.

De manière concomitante, dans une démarche à finalité conceptuelle, les travaux de Maslow et de McGregor sur la motivation, la satisfaction et la hiérarchie des besoins cherchent à théoriser les sources de l'accomplissement des individus (Maslow, 1943 ; McGregor, 1944). A la suite de la publication de ces modèles théoriques, Herzberg a analysé les modalités d'intégration des facteurs de motivation dans la situation réelle de travail (Herzberg et al., 1959). Il met en évidence l'importance de ne pas réduire les incitations à la performance aux seuls facteurs extrinsèques (rémunération, matériel...), les salariés pouvant s'accomplir dans leur travail pourvu que le management soit participatif.

A la fin des années 1960, Bluestone a utilisé pour la première fois l'expression « qualité de vie au travail » pour qualifier la mise en place d'un programme d'évaluation de la satisfaction des employés d'une grande entreprise automobile américaine. Ce programme a permis aux travailleurs de jouer un rôle actif dans les décisions concernant leur les conditions de travail. Son objectif était essentiellement de développer une série d'actions pour augmenter la productivité des travailleurs (Goode, 1989).

Le terme QVT sera ensuite repris en Septembre 1972, lors de la conférence internationale sur « la démocratisation du travail » à New York (États-Unis). Un groupe

de chercheurs propose une approche de la QVT qui agrège quatre aspects : intégrité physique, intégrité psychique, développement du dialogue social et équilibre vie au travail et vie hors travail. A la suite de cette conférence, en Août 1973, le « Conseil international pour la QVT » a été créé aux Etats-Unis pour promouvoir la recherche sur la QVT en tant que discipline (Davis & Cherns, 1975).

En Europe, c'est en Suède que, sous l'impulsion des politiques sociaux-démocrates, la première recherche sur la QVT d'envergure nationale a été réalisée. Cette dynamique, soutenue par les syndicats, les employeurs et les principaux partis politiques suédois, visait à recentrer les conditions de travail vers le bien-être au travail. (Davis & Cherns, 1975).

Suite à cette expérimentation, le concept atteint de nombreuses entreprises en Europe occidentale (Pays-Bas, Danemark, France, Irlande, Angleterre, Norvège) qui de manière isolée ont tenté de saisir la notion QVT sans franc succès jusqu'alors.

Sous-section 2.1.1.2. Cadre conceptuel de la QVT difficile à stabiliser

Malgré la diffusion de l'acte de la conférence « QVT » de 1972, Lawler (1975) a estimé qu'aucune définition claire et largement acceptée de la QVT n'avait émergé de ces échanges. Il a attribué cette lacune aux diverses sensibilités des groupes de chercheurs en fonction de leur spécialité. Certains étaient préoccupés par la santé au travail, d'autres mettaient l'accent sur la motivation des travailleurs en vue d'accroître la productivité tandis que certains s'intéressaient uniquement au bonheur et à la satisfaction de la vie.

En l'absence d'une définition consensuelle, Lawler propose de considérer la satisfaction au travail comme un pilier de la QVT. Celui-ci prétend qu'il est impensable d'envisager de promouvoir une QVT élevée sans répondre au besoin d'être satisfait par son travail. Cependant, il considère qu'il est nécessaire de conserver un certain degré d'insatisfaction pour inciter les travailleurs à atteindre leurs objectifs. Par ailleurs, il souligne que l'approche de la QVT doit inclure des mesures de stress et des tensions susceptibles d'être présentes dans le milieu du travail.

Lawler (1975) précise enfin que tout instrument de mesure de la QVT doit respecter quatre caractéristiques. Il doit permettre de mesurer les aspects importants de la QVT. Il

doit faire consensus aux yeux de toutes les personnes susceptibles de l'utiliser. Il doit être objectif. Il doit être capable de distinguer les différences individuelles dans le même environnement de travail. Ces principes coïncident avec les 4 paramètres psychométriques de validation des instruments de mesures (acceptabilité, fiabilité, validité, sensibilité) qui seront développés un peu plus tard par les statisticiens (Leplège, 2002).

Contrairement à Lawler, Seashore (1975) a déploré que le sentiment de satisfaction ou d'insatisfaction puisse déterminer le niveau de QVT. Celui-ci a observé d'une part que des conditions de travail stables et objectives expliquaient 40% de la variance de la satisfaction des travailleurs (ainsi que l'absentéisme, la rotation du personnel et les arrêts maladies). D'autre part, les caractéristiques démographiques et la personnalité des travailleurs expliqueraient 50% de cette variance. Ainsi la satisfaction au travail devrait être considérée comme une cause et non une conséquence de la QVT.

Ces observations amènent Seashore à proposer un nouveau concept pour caractériser la QVT, « l'efficacité professionnelle ». Selon Lawler, du point de vue de l'employeur, la QVT se traduit en termes de performance (productivité, coût de production, qualité des produits). Pour les employés, le revenu, la sécurité et la satisfaction créée par le travail sont une priorité. Pour la communauté, la QVT est un résultat de « l'efficacité professionnelle ». Pour exemple, la sous-utilisation des talents et des compétences représente une perte nette pour la communauté. Autrement dit, le dénominateur commun de ces points de vue est la balance coût-bénéfice résultant de l'ajustement entre l'employé et le travail.

Pour sa part, Sheppard (1975) estime que les questions méthodologiques sont un obstacle à la mesure de la QVT. L'utilisation de batteries de tests serait inutile pour mesurer un concept aussi subjectif que la QVT. Il note également la tendance des employeurs à remplacer les mesures subjectives étroitement liées à la satisfaction au travail par des indicateurs comme le salaire et les avantages spécifiques.

Sheppard estime qu'il ne peut y avoir de substituts à la mesure directe de la satisfaction au travail et que la variation du revenu ne signifie pas nécessairement un changement de satisfaction. Selon lui, la façon la plus simple d'évaluer la satisfaction au travail est de mesurer sa fréquence avec une question directe telle que « comment la plupart du temps êtes-vous satisfaits de votre travail ? ».

A l'inverse, Trist & Westley (1981) se sont radicalement opposés à la mesure directe de la QVT. Ils estiment que les résultats sont beaucoup trop influençables. Pour exemple, en réponse à la question directe sur la satisfaction, une personne peut répondre « Assez » dans un premier temps puis « Pas du tout » dans un second temps. Le premier test aurait permis à l'individu de réaliser que son travail pourrait effectivement être amélioré, invalidant ainsi les résultats obtenus. Selon ces auteurs, les critères objectifs tels que la productivité, le taux d'absentéisme ou la rotation du personnel sont plus fiables.

Par ailleurs, Trist & Westley jugent que le concept de satisfaction usuellement utilisé ne convient pas à la mesure de la QVT. La satisfaction correspond à un état psychologique résultant de la différence entre la situation dans laquelle une personne se trouve et la situation dans laquelle cette personne souhaiterait être (Boisvert, 1981; Locke, 1976). Cette façon de mesurer place la satisfaction dans un continuum au sens de la psychothérapie cognitivo-comportementale qui la rend inappropriée pour mesurer une construction aussi dynamique que la QVT.

En effet, Golembiewski et al. (1976) proposaient déjà qu'une construction dynamique comme la QVT soit caractérisée par trois types des variations : premièrement, les changements de circonstances dans le temps ; deuxièmement, les changements de points de référence dans le temps ; troisièmement, les changements de priorités et de perspectives de la personne dans le temps.

Pour leur part, Hackman & Oldham (1980) ont développé une théorie qui suggère que les « besoins organisationnels et individuels » peuvent être satisfaits simultanément grâce à une manipulation judicieuse de certaines caractéristiques des emplois. Cette théorie se fonde sur les résultats d'une étude menée par Hackman & Lawler (1971). Cette expérimentation a montré que plus l'autonomie, la variété des tâches, l'identité de la tâche et le feedback étaient élevés, plus les employés étaient motivés, avaient un meilleur rendement, s'absentaient moins de leur travail et obtenaient une note élevée à l'égard de la qualité de leur travail. Hackman & Oldham (1980) théorisent que trois états psychologiques suscitent la motivation au travail. Le travail doit permettre à chacun d'être valorisé, de se sentir personnellement responsable des résultats du travail accompli et de connaître les résultats de son travail.

Certains auteurs comme Turcotte (1982) estiment également que cette théorie peut servir de base à une mesure de la QVT.

Néanmoins, cette dernière approche a eu tendance à frustrer ceux qui souhaitaient comme Taylor (1978) sur le modèle d'Herzberg (1959) discerner les facteurs d'emploi extrinsèques (salaires, heures et des conditions de travail) et les facteurs d'emploi intrinsèques. Taylor a ainsi suggéré que nombre d'autres facteurs pourraient être ajoutés tels la puissance individuelle, la participation des salariés dans la gestion, l'équité, le soutien social, l'utilisation de ses compétences, le développement de soi, l'avenir au travail, la pertinence sociale du travail. Finalement, Taylor suggère que le choix des concepts de QVT pertinents peut varier selon les organisations et les groupes d'employés.

Les difficultés à définir le concept de QVT peuvent encore être illustrées par de nombreux autres récits (Katzell, 1983 ; Cunningham & Eberle, 1990 ; Baba & Jamal, 1991 ; Denvir et al., 2008). Cependant, ces auteurs établissent trois observations. Premièrement, la satisfaction est une notion centrale dans la conception de la QVT. Deuxièmement, de très nombreux éléments peuvent caractériser la QVT (Sirgy et al., 2001). Troisièmement, la QVT peut fortement varier entre les groupes (Ellis & Pompli, 2002). La question de l'état dynamique de la QVT posé par Golembiewski et al. (1976) est à creuser (Lau & Bruce, 1998).

Sous-section 2.1.1.3. Plaidoyer pour la recherche d'une définition unique de la QVT

En 1983, Nadler & Lawler (1983) ont constaté qu'en près de 15 ans la QVT avait subi de nombreuses mutations. Tout d'abord, la QVT a été construit comme un outil pour favoriser le dialogue entre employeurs et employés à l'exemple de l'initiative mise en place par Bluestone chez General Motors (Goode, 1989). Ensuite, la QVT a été utilisée comme une méthode d'évaluation de l'adéquation entre le travail et les besoins des employés sur des modèles en correspondance avec les sciences de la psychologie et de l'ergonomie (ergologie, psychodynamique du travail...) (Dejours & Abdoucheli, 1990). Dès la fin des années 1970, malgré la faible popularité de la QVT certains chercheurs souhaitaient valoriser le concept de QVT comme un mouvement en faveur d'une approche positive du travail.

Pour Nadler & Lawler (1983) ces disparités théoriques amplifient le risque que ce concept devienne un « concept fourre-tout » pouvant « signifier tout ce qu'on a affirmé qu'il voulait dire ». Pour illustrer l'ambiguïté entourant le concept de QVT dans les années

1980, Sashkin & Burke (1987) écrivent que « si une QVT peut signifier différentes choses pour une même personne selon ses différents rôles, des personnes différentes dans le même rôle peuvent avoir des représentations divergentes de la QVT. Ces divergences ne sont pas seulement liées aux valeurs personnelles mais également aux capacités et aptitudes de chacun ».

Nadler & Lawler (1983) indiquent ainsi que l'absence d'une définition claire et précise de la QVT est la première cause de cette ambiguïté. Les auteurs considèrent que tant que le problème de la définition de la QVT ne sera pas résolu, la mise en œuvre et le développement de la recherche sur le sujet sera gravement compromise. Par ailleurs, Nadler & Lawler précisent que du fait que les premières investigations pratiques de la QVT aient porté sur les employés de faibles catégories socio-professionnelles, de nombreuses personnes ont considéré que la QVT était seulement applicable aux travailleurs de la base de la pyramide. Enfin, ils estiment que l'hypothèse selon laquelle il y avait un lien de causalité entre la productivité et la QVT avait soulevé de faux espoirs. Si une bonne QVT peut augmenter le sentiment d'appartenance, la qualité du travail et réduire l'absentéisme, « il est faux de croire que la productivité est en relation directe avec la QVT ».

Pour résumer, initialement rigide et objective, la construction du concept de QVT est devenue progressivement plus subjective, dynamique et centrée sur l'individu (Martel & Dupuis, 2006). Malgré ceci, les réflexions des chercheurs de multiples disciplines montrent que de nombreux points sont encore sujets à débat. En première ligne la question de la nécessité de développer une définition claire et opérationnelle de QVT est posée.

Section 2.1.2. Evaluation de la qualité de vie au travail en milieu de soin : quels concepts utiliser ?

Cette section a fait l'objet de la rédaction d'un manuscrit qui est actuellement soumis pour publication dans une revue référencée (cf partie « Articles dans leurs versions originales » page 248).

Sous-section 2.1.2.1. Introduction

Afin de résoudre les problèmes liés à l'absence de définition de la QVT, des auteurs ont récemment établi que la QVT correspond à la perception qu'a un individu de sa position et de sa capacité d'action dans les sphères culturelles, organisationnelles et relationnelles de l'entreprise (Dupuis et al., 2009). En pratique, 5 concepts sont couramment associés dans la littérature à la QVT (Martel & Dupuis, 2006) : a) Quality of work life, b) Job satisfaction, c) Job stress, d) Burnout et e) Quality of life related to occupational health. Cependant, il n'y a pas de recommandations pour décider quel concept il faut employer.

Une clarification de l'utilisation de ces concepts apparaît nécessaire pour sélectionner l'instrument de mesure le plus adapté au contexte que l'on souhaite étudier. Nous avons recensé les articles publiés sur la « QVT » en milieu de soin ces 40 dernières années dans les domaines de la recherche biomédicale et en psychologie.

Sous-section 2.1.2.2. Méthode

Deux requêtes par mots clés ont été réalisées sur les bases de données bibliographiques MedLine et APA (American Psychological Association) au travers des moteurs de recherche PubMed et PsycInfo. Chaque requête a été construite en deux sections. La première section traite des professionnels du milieu du soin. La seconde section regroupe les mots clés des 5 principaux concepts étudiés (tableau 5, page 85). La période de publication choisie est 1976-2015. Au sein de la requête PubMed les MeSH terms ont été employés (National Library of Medicine, 1998). Au sein de la requête PsycInfo, seules les revues à comité de lecture ont été sélectionnées. Une même revue pouvant être référencée à la fois dans MedLine et APA, les résultats des requêtes n'ont pas été additionnés.

Sous-section 2.1.2.3. Résultats

Au cours de ces 40 dernières années, 433 363 articles PubMed et 113 891 articles PsycInfo se sont intéressés aux personnels en milieu du soin. Un total de 30 426 articles PubMed et de 35 427 articles PsycInfo traitent des 5 concepts associés à la QVT. Ainsi,

notre requête complète a extrait 16 974 articles de Medline et 5 503 articles d'APA. L'évolution du nombre d'articles référencés par PubMed et PsycInfo par décennie pour chacun des 5 concepts étudiés dans le milieu du soin est présentée dans le tableau 5 (page 85).

Sous le descripteur « qualité de vie au travail », 188 articles PubMed (1,0 % des articles référencés par la requête) et 133 articles PsycInfo (1,7% des articles référencés par la requête) sont référencés. Le descripteur « satisfaction au travail » est emprunté par 12 091 articles PubMed (61,3% des articles) et 2 546 articles PsycInfo (31,5% des articles). Le « stress professionnel » est cité par 1 915 articles PubMed (9,7% des articles) et 3 233 articles PsycInfo (40,1% des articles). Le concept de « burnout » est utilisé dans 5 315 articles référencés dans PubMed (26,9% des articles) et 1 978 articles référencés dans PsycInfo (24,5% des articles). Enfin, la « qualité de vie associée à la santé au travail » est explorée dans 211 articles PubMed (1,1% des articles) et 178 articles PsycInfo (2,2% des articles).

Parmi les articles traitant du concept de satisfaction professionnelle, 67,5% portent sur les professionnels en milieu du soin dans PubMed et 10,5% sur PsycInfo. Concernant le concept de stress professionnel, 40,9% des articles PubMed et 24,4% des articles PsycInfo portent sur cette même population de professionnels. Les études sur le burnout traitent dans 28,0% des articles PubMed et dans 33,1% de ceux de PsycInfo des personnels en milieu de soin. La QVT est explorée dans la population du soin dans 59,7% des articles PubMed et 12,1% des articles PsycInfo. Concernant la qualité de vie associée à la santé au travail, les études portant sur ces professionnels représentent 28,0 % des articles PubMed et 17,4 % des articles PsycInfo.

Tableau 5 : Evolution du nombre d'articles référencés par PubMed et PsycInfo par décennie pour chacun des 5 concepts associés à la QVT les plus étudiés dans le milieu du soin

Années	1976-1985	1986-1995	1996-2005	2006-2015	TOT
PUBMED					
Quality of work life	11	26	49	102	188
Job satisfaction	924	2 023	3 846	5 298	12 091
Job stress	43	224	605	1 043	1 915
Burnout	135	826	1 781	2 573	5 315
Quality of life related to occupational health	0	3	65	143	211
TOT	1 078	2 816	5 418	7 662	16 974
PSYCINFO					
Quality of work life	6	16	40	71	133
Job satisfaction	192	386	614	1 354	2 546
Job stress	193	559	786	1 695	3 233
Burnout	90	294	416	1 178	1 978
Quality of life related to occupational health	2	1	18	157	178
TOT	369	827	1 247	3 060	5 503

Sous-section 2.1.2.4. Discussion

Comme nous l'avons déjà noté (i.e. sous-section 2.1.1.1. « Emergence de l'expression de QVT », page 77), le terme de QVT a été promu lors de la conférence internationale sur « la démocratisation du travail » à New York (États-Unis) en Septembre 1972. La notion de QVT y a été présentée comme agrégeant quatre aspects: intégrité physique, intégrité psychique, développement du dialogue social et équilibre de la vie professionnelle - vie hors travail (Davis & Cherns, 1975). Le concept de QVT a été très faiblement utilisé par les chercheurs des disciplines biomédicales et de la psychologie. L'explication principale est qu'à l'inverse des autres concepts, la QVT n'a pas disposé pendant plus de 30 ans d'un instrument validé pour sa mesure. Il a fallu attendre 2001 pour que des chercheurs proposent un premier questionnaire d'évaluation de la QVT (Sirgy et al., 2001) puis 2008

pour qu'un second questionnaire soit validé (Timossi et al., 2008). De plus, les quelques questionnaires QVT actuellement validés ne sont traduits que dans très peu de langues.

Dans PubMed 47,9% des articles référençant les descripteurs de la QVT associent également le concept de satisfaction au travail. Cette tendance est également observée sur PsycInfo avec une proportion plus faible (37,6%). Le concept de satisfaction au travail paru pour la première fois en 1971 dans des articles référencés et qui a pris une place prépondérante dès 1976 est impliqué actuellement dans la moitié des articles publiés dans le domaine de la QVT. Dans la littérature, 55,8% des articles dans le domaine biomédical et 15,6% des articles dans le domaine de la psychologie qui étudient les concepts associés à la QVT portent sur les professionnels du soin. La reconnaissance accrue de la satisfaction au travail par les auteurs du biomédical comparé à celle de PsycInfo peut être expliquée par le fait que de nombreux psychologues, à l'image de Trist & Westley (1981), jugent que ce concept ne convient pas à la mesure de la QVT. La satisfaction correspond à un état psychologique résultant de la différence entre la situation dans laquelle une personne se trouve et la situation dans laquelle cette personne souhaiterait être (Locke, 1976). Les psychologues considèrent que la mesure de cette différence placerait la satisfaction dans un continuum au sens de la psychothérapie cognitivo-comportementale qui la rendrait inappropriée pour évaluer une construction aussi dynamique que la QVT (Martel & Dupuis, 2006).

Nos résultats sont en cohérence avec le principe, porté par Lawler (1975), que la satisfaction au travail est considérée comme le principal pilier de la QVT et que le stress en est un second pilier. Sur PsycInfo, 27,0% des articles référençant les descripteurs de la QVT associent le stress professionnel contre 9,6% dans Pubmed. Si le concept de stress professionnel est majoritairement employé dans le domaine de la psychologie, la raison principale pourrait être qu'il existe des instruments de mesure du stress professionnel dans ce domaine. Ces derniers sont principalement conçus à partir de deux modèles : le modèle interactionniste qui est fondé sur le principe de l'équilibre entre les contraintes subies et les ressources dont dispose l'individu (Karasek, 1979) et le modèle transactionnel dans lequel le stress dépend du jugement subjectif qui résulte de l'interaction entre la personne et l'environnement (Lazarus & Folkman, 1984). En revanche, il n'existe pas d'instrument de mesure spécifique du stress au sens clinique considéré comme un ensemble de réactions physiques, notamment physiologiques, qui visent l'adaptation aux contraintes subies (Fischer & Tarquinio, 2006).

Le concept de burnout, apparu en 1974 (Freudenbergn, 1974) et qui n'a disposé d'un instrument de mesure qu'en 1981 (Maslach & Jackson, 1981), s'est rapidement positionné comme le second concept le plus utilisé. Le burnout dont l'étiologie est bien appréhendée dans le domaine de recherche biomédicale dispose d'une forte utilisation et ce notamment du fait qu'il s'agit d'un concept qui initialement avait été développé exclusivement pour les personnels soignants (Maslach & Jackson, 1982).

Le concept de QV associée à la santé est faiblement emprunté dans les articles des deux domaines de recherche. Les questionnaires d'évaluation de la qualité de vie en population générale s'intéressent à des domaines très vastes de la vie (Leplège & Coste, 2001). Ainsi, leur sensibilité aux modifications des conditions de travail est très faible et ne justifie par leur utilisation de manière courante dans le milieu professionnel.

Selon Phillips & Pugh (2010) pour conduire des recherches originales, une étude doit proposer : a) la réalisation de travaux empiriques qui n'ont pas été faits auparavant ; ou b) de faire une synthèse qui n'a pas été faite auparavant ; ou c) d'ajouter des connaissances d'une manière qui n'a pas été faite auparavant ; ou d) de reproduire quelque chose qui a déjà été fait mais uniquement à l'étranger ; ou e) d'utiliser du matériel déjà connu mais avec une nouvelle interprétation. Ainsi, les résultats de la présente enquête permettent de guider les investigateurs dans la conception de leur propre recherche. Soit ils choisissent d'appliquer un des 3 concepts majeurs (Job satisfaction, Job stress, Burnout) dans un environnement particulier ou sur une sous-population spécifique, soit ils décident d'investiguer les concepts les moins employés (Quality of work life, Quality of life related to occupational health) pour favoriser la compréhension de ces concepts.

Sous-section 2.1.2.5. Conclusion

Le fait que l'étude des 5 concepts dans la littérature au sein des populations de soin soit plus importante sur PubMed est de toute évidence directement liée au fait que les chercheurs du domaine biomédical travaillent en établissement de santé et ont plus aisément accès aux populations du soin. Alors que les auteurs du domaine de la psychologie privilégient le concept de stress professionnel pour évaluer la QVT des personnels du milieu de la santé, les auteurs du domaine biomédical favorisent celui de la satisfaction professionnelle. En revanche, le concept de burnout semble disposer d'un

consensus. Ainsi, si les investigateurs ont besoin d'étudier un environnement ou une population spécifique, il serait pertinent d'utiliser un des 3 concepts majeurs. Dans les autres cas, ils peuvent investiguer les concepts les moins utilisés pour promouvoir leur compréhension. En complément une analyse des principaux instruments de mesure utilisés pour évaluer la QVT et les concepts qui lui sont associés semble nécessaire dans le milieu des soins.

Section 2.1.3. Principales conceptions théoriques de la qualité de vie au travail retenues par l'équipe de recherche

La notion de QVT est polysémique et l'emploi d'un seul et même concept pour l'évaluer ne semble pas jusqu'alors trouver de consensus. Or, la définition claire et partagée d'un concept semble essentielle pour que les chercheurs s'en saisissent.

Sous-section 2.1.3.1. Positionnement du concept de QVT

Le principal moteur de la controverse sur le contenu de QVT semble être le fait que différentes disciplines souhaitent s'appropriier le concept. Pour transformer cette contrainte en opportunité, il est nécessaire de fédérer les approches pluridisciplinaires autour d'un même « objet ».

C'est dans cette optique que Star & Griesemer (1989) ont proposé l'emploi de la notion d'« objet-frontière » pour caractériser le processus par lequel des acteurs relevant de disciplines différentes peuvent coopérer sur un projet.

L'enjeu est que, dans le processus de construction du projet, chacune des parties garde son identité, ses enjeux et peut mener ses travaux tout en s'articulant avec les autres (Molinié & Leroyer, 2011). Ce processus de construction doit permettre une mise au point de l'objet-frontière et une standardisation des méthodes de travail.

Un objet-frontière est suffisamment plastique pour s'adapter aux besoins locaux et aux contraintes des différentes parties qui les emploient mais assez robuste pour maintenir une identité commune. Il dispose donc de significations différentes selon la discipline par laquelle il est employé mais sa structure est assez commune pour être traduite par les autres disciplines. La création d'un objet-frontière est un processus clé dans le développement et le maintien de la cohérence entre les travaux de plusieurs disciplines.

Selon Trompette & Vinck (2009) l'emploi de l'objet-frontière permet « d'entrer dans la mécanique des associations elle-même et la façon dont elles supportent la tension entre coopération et hétérogénéité ». La « frontière » est moins perçue comme renvoyant à une limite de territoire que comme « un espace partagé ». Quant à l'« objet », il est moins défini par ses caractéristiques intrinsèques que par les liens entre les pratiques interdisciplinaires.

Cette approche de l'utilisation d'un lieu commun pour faire collaborer les acteurs de diverses disciplines semble être un premier pas pour établir le sens de l'emploi de la QVT. Puisque la QVT est un terme employé par tous mais que le contenu n'est pas le même pour tous, pourquoi ne pas saisir l'opportunité de considérer la QVT comme un cadre structurant, à l'image de l'objet-frontière, plutôt que comme une notion stricte et rigide ?

Sous-section 2.1.3.2. Principales définitions de la QVT

Avant de tenter de répondre à cette question, il semble nécessaire de reporter la diversité des définitions de la QVT proposées par les chercheurs. Afin de qualifier l'objet « QVT », de nombreux auteurs ont proposé leur définition de la QVT. Les paragraphes suivant reportent les principales évolutions et involutions des définitions de la QVT proposées depuis son émergence dans les années 1970.

En 1974, Hackman & Oldham (1976) propose une première définition formelle telle que « la QVT est l'articulation entre les besoins des salariés et le contenu du travail (autonomie, sens du travail, sentiment de responsabilité, information en retour, variété...) qui permet d'allier satisfaction, motivation et performance ». La QVT est ici conceptualisée comme l'influence des contraintes et des ressources produites par le travail (Douillet, 2013) sur sa capacité à compléter les besoins d'un individu (Maslow,

1943) dont le résultat est la présence ou l'absence de satisfaction à aller au travail (McGregor, 1944).

Boisvert (1977), prenant en considération les travaux de Seashore (1975), estime que « la QVT est un ensemble de conséquences bénéfiques de la vie professionnelle ». Cette approche positive centrée sur les conséquences propose que le travail soit une source de bonne santé et de bien-être.

En 1979 un groupe de travail de l' « American Society for Training and Development » définit la QVT comme « un processus d'organisation du travail qui permet à ses membres, à tous les niveaux, de participer activement à l'élaboration des conditions, des méthodes et des résultats de l'organisation » (Skrovan, 1980).

La définition proposée par Carlson (1980) prend un point de vue organisationnel : « la QVT est à la fois un objectif et le processus pour atteindre cet objectif. En tant qu'objectif, la QVT est l'engagement de toute organisation pour améliorer le travail par la création d'un environnement de travail impliquant, satisfaisant et efficace à tous les niveaux. En tant que processus, la QVT appelle à des efforts pour atteindre cet objectif par le biais de la participation active des personnes dans toute l'organisation ». L'auteur insiste sur le dynamisme de la QVT et la décrit comme un processus en changement (Martel et Dupuis, 2006). Cependant, puisque Carlson est psychologue, nous pensons que l'emploi de la notion de processus ne doit pas être restreint au processus organisationnel. L'approche de la psychologie positive nous renseigne sur le fait qu'un processus est également le mécanisme psychologique par lequel les informations vont être traitées et vont aboutir à plusieurs possibilités de résultats.

Cette vision du processus semble en adéquation avec l'approche de la QVT proposée par Nadler & Lawler (1983). Ces derniers définissent la QVT comme « une façon de penser à la fois individu, tâche et organisation. Ses éléments distinctifs sont une préoccupation à propos de l'impact du travail sur les personnes et sur l'efficacité organisationnelle ainsi que l'idée de la participation à la résolution de problèmes d'organisation et à la prise de décision ». Bien que cette approche intègre les trois constituants de l'environnement de travail (individu, tâche et organisation) identifiés par Seashore (1975), l'emploi des termes « façon de penser et « idée » ne sont pas suffisamment clairs pour aboutir à la construction d'un modèle d'investigation de la QVT.

Robbins (1989) définit la QVT comme « un processus par lequel une organisation répond aux besoins des employés par des mécanismes en développement pour leur permettre de contribuer pleinement à la prise des décisions selon leur conception de leur vie au travail ». Cette définition, similaire à celle de Carlson, réduit néanmoins la place de l'employé à celle d'un participant.

En 1990, Kiernan & Knutson (1990) souligne la nature subjective de la QVT. « La QVT est l'interprétation d'un individu de son rôle dans le milieu de travail et l'interaction de ce rôle avec les attentes des autres. La QVT est déterminée, conçue et évaluée individuellement. Une QVT signifie quelque chose de différent pour chaque individu et est susceptible de varier en fonction de l'âge de l'individu, le niveau de carrière et sa position dans l'entreprise ». Cette approche dynamique a l'avantage de positionner la QVT comme un objet propre à chacun dans laquelle chaque individu est le protagoniste de sa QVT. Cependant, les possibilités d'interpréter cette définition sont beaucoup trop nombreuses pour nous sembler satisfaisantes et répondre à la problématique de la recherche d'un consensus.

Récemment, Martel & Dupuis (2006) ont proposé une définition qui ambitionne de concilier la majeure partie des définitions présentées ci-dessus. Ils estiment que « la QVT, à un temps donné, correspond au niveau atteint par l'individu dans la poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés à l'intérieur des domaines de son travail où la réduction de l'écart séparant l'individu de ses objectifs se traduit par un impact positif sur la qualité de vie générale de l'individu, sur la performance organisationnelle et, par conséquent, sur le fonctionnement global de la société ». Cette définition nous semble faire la synthèse des différentes approches de la QVT. Elle pourrait correspondre aux caractéristiques de l'objet-frontière et guider les chercheurs vers la standardisation des méthodes d'investigation de la QVT.

Dans le BNET Business Dictionary (2008) la QVT est envisagée comme « le degré de satisfaction personnelle expérimenté au travail. La QVT dépend de la mesure dans laquelle un employé se sent valorisé, récompensé, motivé, consulté, et habilité. Elle est également influencée par des facteurs tels que la sécurité d'emploi, les possibilités de carrière le développement, les modes de travail et l'équilibre vie-travail ». Cette définition ne nous semble pas apporter d'élément supplémentaire au regard des définitions précédentes. Néanmoins, elle rappelle que la satisfaction au travail est un fondement de la QVT et que cette satisfaction est liée aux besoins d'estime et de réalisation (Maslow, 1943). Elle précise que les facteurs d'organisation, tels que les modes de travail,

influencent la QVT et que l'équilibre vie professionnelle – vie professionnelle est un objectif de QVT.

Sous-section 2.1.3.3. Principes théoriques constituant la QVT

Si l'objet « QVT » se dessine peu à peu, il nous faut maintenant appréhender l'aspect frontière. Ainsi, afin de cadrer le concept de QVT, les principes théoriques constituant les fondements de notre approche de la QVT sont présentés ci-après.

Subjectivité de la construction

Bien que certains chercheurs comme Lawler (1975) soient convaincus de la nécessité d'employer des critères objectifs pour mesurer la QVT, l'évolution vers une construction plus subjective de la QVT a largement pris l'ascendant.

Cette même évolution s'était déjà manifestée dans les travaux portant sur la QV liée à la santé (Cella, 1992; Dazord et al., 1993 ; Ferrans, 1990 ; The WHOQOL group, 1995) dans lesquels les chercheurs ont réalisé que la QV va bien au-delà du handicap imposé par la maladie (Martel & Dupuis, 2006). De nombreux auteurs conviennent que la QV est une construction subjective et que les aspects physiques doivent être considérés comme des facteurs susceptibles d'influencer la santé à des degrés divers selon les individus (Leplège & Coste, 2001).

Pour approcher cette subjectivité de nombreux auteurs proposent, à l'image de la réflexion de Nasse & Légeron (2008) qui estiment que « cibler le stress est une façon simple de détecter les RPS », que la satisfaction au travail soit identifiée comme le critère central d'évaluation de la QVT.

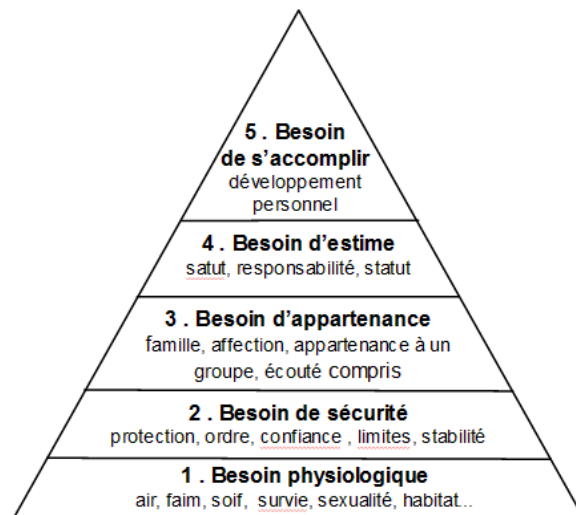
Théorie de la motivation et de la hiérarchisation des besoins

L'approche de la satisfaction vis-à-vis de la QVT est basée sur les modèles de motivation développés par Maslow (1954), Herzberg et al. (1959), Alderfer (1969) et Hackman & Oldham(1980). Le principe de cette approche est que chaque être humain a

des besoins qu'il cherche à compléter par le travail. Les employés tirent satisfaction de leurs emplois dans la mesure où leurs emplois répondent à ces besoins.

Maslow (1954) développe le premier modèle qui est amplement employé dans les organisations. Sa théorie, établie à partir d'observations, estime que la motivation de tout individu serait suscitée par la volonté de satisfaire à 5 besoins (figure 13, page 93) selon un ordre de priorité croissante. La motivation persiste tant que le besoin n'est pas assouvi. Lorsqu'une personne arrive à ses fins, sa motivation se déporte sur le désir de satisfaire un besoin de niveau supérieur et ce jusqu'au cinquième niveau.

Figure 13 : Hiérarchie des besoins selon Maslow (1943, 1954)



Herzberg et al. (1959) développent une théorie bi-factorielle qui affirme que la motivation est suscitée par la recherche d'une satisfaction optimale de certains besoins (Roussel, 2001). Le premier groupe de facteurs est constitué de facteurs qui auraient la capacité d'apporter de la satisfaction aux employés : les accomplissements (i.e. le travail bien fait), la reconnaissance des accomplissements, le travail proprement dit (i.e. contenu du travail), la responsabilité, la promotion, la possibilité de développement. Le second groupe de facteurs est constitué de facteurs qui n'auraient pas la capacité d'apporter de la satisfaction voire de générer de l'insatisfaction (Roussel, 2001) : le supérieur (i.e. qualités et défauts de l'encadrement), la politique et l'administration, les conditions de travail, les relations avec les collègues, la sécurité de l'emploi, la rémunération, les facteurs de vie personnelle (i.e. influence de l'entreprise sur la vie personnelle). Les

facteurs de motivation se rapportent essentiellement au contenu du travail et tendent à susciter des sentiments de développement personnel. Les facteurs de démotivation se rapportent au contexte du travail. Selon Herzberg & Lawler (1971) la satisfaction est indépendante de l'insatisfaction. Le contexte du travail se rapporte aux besoins physiologiques et les facteurs de motivation se rapportent aux besoins psychologiques. Pour motiver au travail, les facteurs de motivation doivent être incorporés dans la configuration de l'emploi afin de l'enrichir.

La théorie des besoins développée par Alderfer (1969) est uniquement applicable aux situations de travail. Elle suggère que la motivation d'un individu est engendrée par la nécessité de satisfaire trois types de besoins : les besoins d'existence, les besoins de rapports sociaux et les besoins de développement personnel. Contrairement à la théorie de Maslow, il n'y a pas de hiérarchie de préséance entre les catégories de besoins. La complétion de chaque besoin est recherchée de manière simultanée.

Hackman & Oldham (1980) s'intéressent aux effets conjoints du besoin de développement personnel et des caractéristiques de l'emploi sur la motivation et la satisfaction au travail. Ils ont identifié 5 caractéristiques de l'emploi qui influenceraient le niveau de motivation : la variété des compétences, l'identité de la tâche, le sens de la tâche, l'autonomie et le feed-back. Le potentiel de motivation d'un emploi interagit avec 3 types de besoins de développement personnel : la responsabilité des résultats de son travail, le sens du travail (i.e. variété des compétences, identité de la tâche, signification de la tâche), la connaissance des résultats du travail.

Porter (1961) a développé un questionnaire des besoins de satisfaction utilisé pour évaluer la congruence entre les besoins d'une personne et les ressources organisationnelles offertes par le travail. Quatre besoins de base sur les cinq issus de la théorie de hiérarchisation des besoins de Maslow sont couverts. Il s'agit des besoins de sécurité (ex : sécurité, paie), d'appartenance (ex : interactions interpersonnelles, nécessité d'une adhésion), d'estime (ex : estime de soi, nécessité d'autonomie) et de s'accomplir.

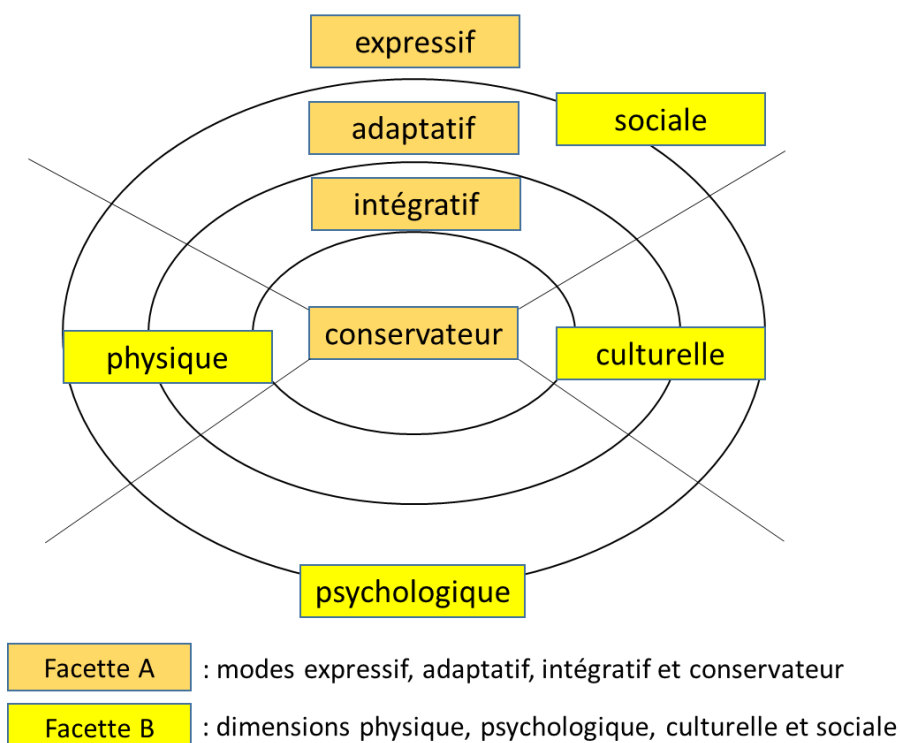
Porosité entre QVT et QV liée à la santé

De nombreux auteurs ont noté que les travailleurs sont de plus en plus instruits et qu'ils considèrent le travail comme un outil pour la croissance personnelle et le soutien

social plutôt que comme un simple moyen d'atteindre l'indépendance financière (Kerce & Booth-Kewley, 1993). La QVT serait donc une partie intégrante de la QV des personnes (Barnett et al., 1992).

Elizur & Shye (1990) affirment que la QVT constitue la partie par laquelle le travail contribue à répondre aux besoins de la QV générale. Dans leurs efforts pour clarifier la situation, ces chercheurs formulent un système conceptuel de la forme d'un cône dans lequel la QV est à la base et la QVT est au sommet. Leurs résultats montrent que, dans ce modèle, la satisfaction au travail, la satisfaction de la vie et de la qualité perçue des rendements au travail sont situés entre les extrémités du cône. Les auteurs interprètent ces résultats comme le fait que la qualité de rendement au travail est affectée à la fois par la QV et la QVT. Ainsi, pour évaluer l'impact total du rôle du travail pour un individu, il est important de considérer également les aspects de travail susceptibles d'influencer leur vie en dehors du travail. Par conséquent, toute activité conçue pour augmenter la QVT ou la QV générale peut améliorer les performances au travail. Cette conception de la QVT a donné lieu à la validation d'un questionnaire d'évaluation de la QVT dont les différentes dimensions reportées dans la figure 14 (page 95) sont expliquées dans les paragraphes ci-après (i.e. sous-section 2.1.3.4. « Instruments de mesure étiquetés QVT », page 99).

Figure 14 : Structure conceptuelle de la QVT selon Elizur et Shye (1990) (traduite par Delmas et al., 2001)



L'influence suspectée du travail sur les autres sphères de la vie d'une personne a conduit les chercheurs à concevoir des modèles explicatifs de cette porosité (Kierman & Marrone, 1995) présentés ci-dessous.

Modèles de transfert, de segmentation et de compensation

Le modèle de transfert de Kavanagh & Halpern (1977) met l'accent sur les liens positifs entre le travail et la vie hors travail de façon à ce que l'un affecte l'autre. Kornhauser (1965) avait également conclu sur une corrélation positive entre le travail et les zones de la vie en dehors du travail.

Cependant, suite à une analyse de la littérature, Staines (1980) précise que seuls certains domaines de la vie de travail (ex : effort intellectuel, développement des compétences) sont corrélés avec d'autres sphères en dehors du travail (ex : relations familiales, loisirs). Par extension nous pouvons estimer que certains aspects de la QVT n'ont pas de lien avec la QV. Des études confirment cette assertion. Pour exemple, Nasermoddeli et al. (2003) en étudiant une cohorte de près de 1 400 travailleurs ne trouvent pas de lien entre les contraintes mentales au travail et l'affectivité négative des individus. De même Wickrama et al. (2008) ne mettent pas en évidence de lien entre le manque d'autonomie au travail et le contrôle personnel de plus de 300 travailleurs. De plus, Rousseau (1978) affirme que le modèle de transfert n'est pas applicable à tous les types d'emploi.

Le transfert peut se faire soit de manière verticale soit de manière horizontale. Le transfert horizontal implique que la satisfaction au travail et le sentiment de satisfaction dans la famille s'affectent mutuellement. Le transfert vertical est fondé sur le principe que les domaines de la vie (ex : travail, famille, loisirs, communautaires) sont hiérarchisés dans l'esprit des gens. Au sommet de la hiérarchie est positionné le domaine le plus important que les chercheurs appellent la satisfaction de la vie, le bonheur personnel, ou bien-être subjectif (Sirgy et al., 2001). La satisfaction ou l'insatisfaction au sein de chacun de ces domaines "déborde" naturellement du haut vers le bas et inversement. Par exemple, la satisfaction au travail déborde verticalement bas vers le haut affectant la satisfaction de la vie. Le débordement du haut vers le bas se réfère à l'influence de la satisfaction de la vie sur la satisfaction au travail.

A l'opposé du modèle de transfert, le modèle de segmentation estime qu'un individu choisit de bloquer tout débordement pouvant affecter un autre domaine de la vie (Wilensky, 1960). Par exemple, si une personne se sent insatisfaite de son travail, elle peut segmenter ses sentiments négatifs dans le domaine de l'emploi empêchant ainsi ses sentiments d'affecter les autres aspects de sa vie personnelle. En complément, le modèle de logement (Lambert, 1990) prévoit une variation active des investissements à la maison et vice versa pour équilibrer les exigences de chaque sphère. Le modèle de logement consiste à réduire volontairement son investissement dans une sphère d'activité en vue de répondre adéquatement aux exigences d'une autre. Ce modèle correspond aux exigences de la conciliation vie de famille – vie au travail.

Enfin le modèle de compensation se réfère à l'équilibre de l'affect entre les domaines de la vie (Schmitt & Mellon, 1980). Le modèle de compensation suppose que lorsqu'une personne est insatisfaite dans un domaine de la vie, elle peut choisir de surmonter cette insatisfaction en se livrant à des activités agréables dans un autre domaine assurant ainsi sa satisfaction (Rousseau, 1978). L'analyse de Staines (1980) tend à confirmer la modèle de compensation dans certaines circonstances et montre que certains domaines de la vie de travail sont en corrélation négative avec les zones de travail à l'extérieur. Par exemple, l'auteur souligne que les travailleurs qui ont des emplois physiquement exigeants ont généralement tendance à rechercher des activités de loisirs moins fatigantes afin qu'ils puissent récupérer.

Loscocco & Roschelle (1991) estiment qu'aucun de ces modèles n'a été universellement accepté. Ils soulignent que le soutien le plus solide pour l'un des modèles vient de Schmitt & Bedian (1982), qui confirment l'existence d'une relation entre la satisfaction au travail et la satisfaction de la vie. Cependant, Staines (1980) et Rousseau (1978) suggèrent que l'emploi d'un modèle où d'un autre dépend de la sphère professionnelle et des emplois étudiés.

Modèles transactionnels en psychologie de la santé

Dans les années 1970, des chercheurs en psychologie établissent le constat que les diverses disciplines de recherche en santé (i.e. psychologie, biologie, épidémiologie, médecine) travaillent chacune de manière indépendante alors qu'elles s'intéressent aux mêmes pathologies. L'épidémiologie prend en compte divers facteurs contextuels (ex : caractéristiques socio-économiques, socio-démographiques, styles comportementaux)

alors que les approches psychosomatiques intègrent des antécédents dispositionnels (ex : personnalité, événements de vie, représentations, croyances) et les approches biomédicales favorisent les caractéristiques physiques et la santé antérieure (Bruchon-Schweitzer & Siksou, 2008).

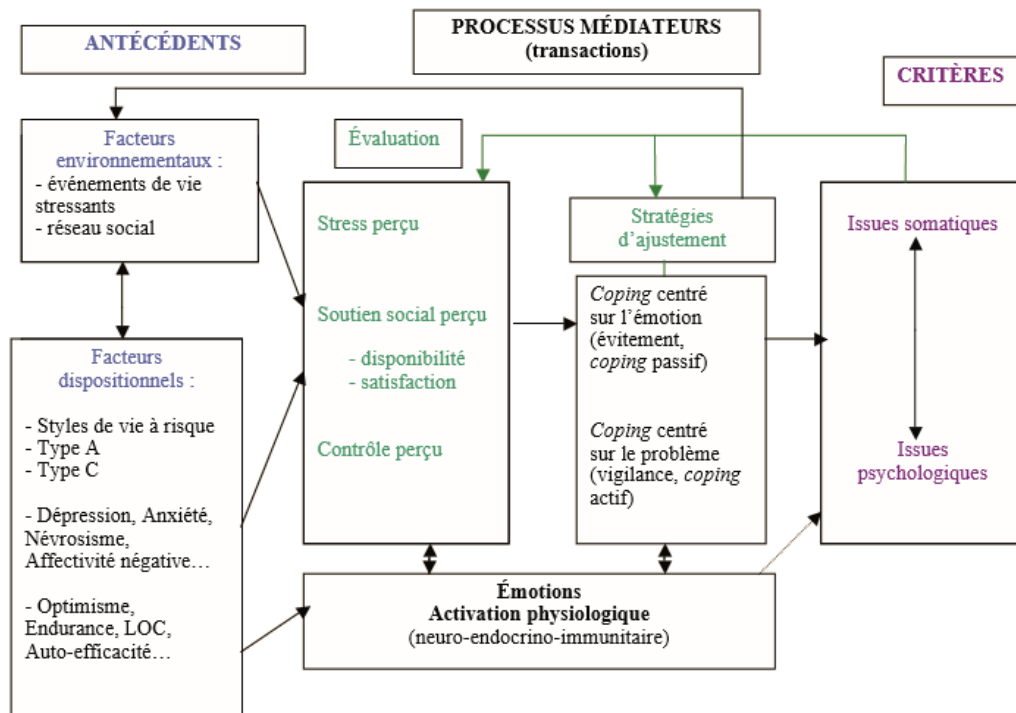
Ainsi en 1979 la section « Health psychology » de l'American Psychological Association (APA) et en 1986 l'European Health Psychology Society sont créées afin de favoriser l'intégration des savoirs et des méthodes de recherche issus de ses multiples disciplines. Elles ambitionnent de « développer des études intégrant des facteurs de nature différente, comme leurs possibles interactions, visant à évaluer leurs effets conjugués sur l'apparition et l'évolution des maladies » (Bruchon-Schweitzer & Siksou, 2008).

Lors de la mise en application de ce type de recherche, les psychologues ont bien identifié que les antécédents « classiques » (i.e. dispositionnels, environnementaux, biomédicaux) ont des effets directs sur la santé et le bien-être des individus. Cependant, ils se sont aperçu que la plus grande partie des effets était indirecte (évalué par pourcentage de variance expliquée du critère). Les chercheurs ont ainsi établi le principe que de nombreux facteurs transitent par divers processus médiateurs qui en atténuent ou en amplifient l'impact. C'est à partir de ces observations que les modèles transactionnels ont été édifiés (figure 15, page 99).

Ainsi un modèle transactionnel doit partir du principe que l'ajustement à une situation contraignante se fait en 3 phases. La phase d'évaluation primaire vise à constater la nature de la situation, sa gravité, sa durée et des conséquences potentielles. La phase d'évaluation secondaire se focalise sur les ressources personnelles et sociales dont l'individu estime disposer. La phase d'ajustement se caractérise par les efforts produits par l'individu pour faire face à la situation. L'issue de ces 3 phases est soit adaptative (ex : bonne santé, bien-être) soit pathologique. Ces 3 phases et leurs issues sont influencées par les antécédents qui sont soit contextuels (ex : autres problèmes à affronter) soit dispositionnels (ex : personnalité). Les relations entre les antécédents, les phases et l'issue sont gérées de manière complexe par des processus médiateurs, par des variables modératrices et des effets rétroactifs pouvant conduire à une nouvelle phase d'ajustement.

Au final, puisque les antécédents classiques se sont avérés faiblement prédictifs vis-à-vis de la santé des individus, les chercheurs en psychologie de la santé ont focalisé leur intérêt vers l'étude des transactions qui peuvent déboucher sur des issues adaptatives ou pathologiques (en vert sur la figure 15, page 99) (Bruchon-Schweitzer & Siksou, 2008).

Figure 15 : Exemple de modèle transactionnel en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer & Siksou, 2008)



Sous-section 2.1.3.4. Instruments de mesure étiquetés « QVT »

Dans la continuité des définitions et des modèles théoriques présentés ci-dessus, certains chercheurs ont développé des instruments de mesure de la QVT.

Dans les paragraphes suivants les caractéristiques reportées pour chaque questionnaire sont : le nombre d'items, le nombre de dimensions, l'intitulé de chaque dimension, les principales langues de validation et le coefficient de cohérence interne.

Le coefficient de cohérence interne correspond au degré moyen de corrélation entre les items d'une dimension. Il varie de 0 à 1 et plus il se rapproche de 1, plus l'échelle mesure une seule et même dimension (homogénéité) (Cortina, 1993). Il est d'usage de considérer qu'un coefficient supérieur à 0,7 est satisfaisant.

A partir du principe de porosité entre la QVT et la QV globale, Elizur & Shye (1990) développent un questionnaire de 16 items qui, fondé sur l'analyse des facettes de Guttman (Schlesinger & Guttman 1969), permet d'investiguer deux aspects de la QVT (cohérence interne 0,91).

Le premier aspect représente les interactions de la personne avec son environnement. Il est composé de 4 modes d'interactions. 1) Le mode conservateur dont le but est de maintenir la stabilité des valeurs fondamentales et des principes moraux de chaque individu. 2) Le mode expressif dont le but est de favoriser le développement des personnes. 3) Le mode adaptatif qui permet les ajustements des interactions de l'individu avec son environnement physique. 4) Le mode intégratif qui sélectionne les interactions de l'individu avec son environnement.

Le second aspect correspond à la perception que ressent un individu de la possibilité offerte par le travail d'exprimer ses capacités physiques, psychologiques, sociales et culturelles et ce, à l'intérieur des différents modes d'interactions avec l'environnement.

Ce questionnaire, développé en anglais, a été validé en français auprès d'une population d'infirmières (Delmas et al., 2001).

En associant le modèle de transfert et la théorie des besoins de Maslow, Sirgy et al. (Sirgy et al., 2001 ; Dong-Jin et al., 2007) ont développé un questionnaire d'évaluation de la QVT. Le questionnaire permet de calculer un index de QVT à partir de 16 items (cohérence interne 0,78) regroupés en 7 domaines de satisfaction : 1) La satisfaction des besoins de santé et sécurité (ex : protection vis-à-vis des accidents du travail, préservation de la santé globale, actions de prévention portées par le travail) ; 2) La satisfaction économique (ex : paie, sécurité d'emploi) ; 3) La satisfaction des besoins sociaux (ex : collégialité au travail, temps de loisir) ; 4) La satisfaction du besoin d'estime (ex : reconnaissance du travail réalisé, reconnaissance des pairs) ; 5) La satisfaction du besoin de réalisation de son potentiel ; 6) La satisfaction du besoin d'apprentissage incluant l'apprentissage du métier et l'acquisition de l'expertise ; 7) La satisfaction du besoin d'esthétisme (ex : emploi de la créativité, développement du sens de la créativité). Ce questionnaire a été développé en langue anglaise puis a notamment suivi des processus de traduction/validation en Inde, en Turquie et en Malaisie.

Un questionnaire de 31 items inspiré des dimensions de Walton (1973 ; 1974) et élaboré par Timossi et al. (2009) propose de mesurer la QVT en termes de huit grandes conditions d'emploi (cohérence interne [0,66-0,96]) : 1) Rémunération adéquate et équitable ; 2) Conditions de travail sûres et saines (ex : charge de travail, salubrité, équipement de protection) ; 3) Opportunité d'utiliser et de développer ses capacités

humaines (ex : autonomie, polyvalence, évaluation des performances) ; 4) Opportunités de développement de carrière (ex : formation) ; 5) Intégration dans les équipe de travail ; 6) Constitutionnalisme dans l'organisation du travail (ex : droit des travailleurs, liberté d'expression) ; 7) Travail et la qualité de vie (ex : possibilité de loisirs, temps de travail et repos) ; 8) Pertinence sociale (ex : fierté du travail, qualité de production).

La Work-Related Quality of Life (WRQoL) scale est un questionnaire de 24 items développé initialement pour les professions de santé (Van Laar et al., 2007). Il permet d'investiguer 6 dimensions (cohérence interne [0,75-0,91]) : 1) Le bien-être général ; 2) La satisfaction de l'emploi et de la carrière professionnelle ; 3) L'interface vie privée- vie professionnelle ; 4) Le stress au travail ; 5) L'autonomie professionnelle ; 6) Les conditions de travail. Le questionnaire adapté à la population générale active a été traduit en Chinois, Espagnole, Farsi, Français, Gallois et Turque (Easton & Van Laar, 2012).

Un questionnaire de 42 items développé au Brésil (Pedroso et al., 2014), validé uniquement en brésilien et en portugais, a été construit selon les principes d'une adaptation de divers aspects du travail des dimensions WHOQoL, questionnaire d'évaluation de la QV globale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le questionnaire permet de calculer un index de QVT (cohérence interne 0,86) selon 5 dimensions : 1) Sphère biologique et physiologique (ex : capacité de travail, temps de repos) ; 2) Sphère psychologique et comportementale (ex : estime de soi, signification de la tâche) ; 3) Sphère sociologique et relationnelle (ex : liberté d'expression, autonomie) ; 4) Sphère économique et politique (ex : ressources financières, sécurité d'emploi) ; 5) Ambiance et organisation (ex : conditions de travail, opportunité de croissance).

Un questionnaire d'évaluation de la QVT des infirmiers a été validé en 2001 par Brooks aux USA. Ce questionnaire permet de calculer un index (cohérence interne 0,83) à partir de 4 ou 5 dimensions (Sirin et al. 2015) : 1) Environnement de travail (ex : opportunité de travail, communication au sein des équipes) ; 2) Relations avec les managers (ex : communication avec la hiérarchie, reconnaissance de la hiérarchie) ; 3) Conditions de travail (ex : surcharge de travail, nombre d'infirmières) ; 4) Perception du travail (ex : autonomie dans les décisions de soins, efficacité du travail pour les patients et leur famille) ; 5) Services supports (ex : matériels et équipements adéquats). Les coefficients de cohérence interne de chaque dimension sont cependant assez faibles ([0,40-0,60]). Le questionnaire a également été validé en turque.

Le « Quality of Working Life Survey Instrument for Hospital Nurses » est un questionnaire développé et validé à Taiwan (Hsu, 2016). Les six échelles (cohérence interne [0,80-0,89]) construites à partir de 33 items sont constituées de : 1) L'organisation ; 2) Le travail ; 3) L'auto-actualisation, 4) Les interrelations ; 5) L'auto-efficacité ; 6) La formation professionnelle.

Martel & Dupuis (2006) publient un article de validation en langue française et anglaise d'un questionnaire intitulé « Inventaire Systémique de la QVT » (ISQVT). Ce questionnaire conceptuellement construit sur une solide analyse de la littérature est fortement orienté par les travaux de Kohl & Shooler (1982) sur la structure du travail et par ceux de Turcotte (1988) sur la QVT, puisqu'à eux deux l'ensemble des 8 dimensions de la QVT mesurée par l'ISQVT est couvert.

La QVT (cohérence interne 0,87) est ainsi investiguée à travers : 1) La rémunération (ex : revenu, avantages sociaux, sécurité de revenu) ; 2) Le cheminement professionnel (ex : possibilité d'avancement, possibilité de mutation, perfectionnement et formation) ; 3) Les horaires de travail (ex : influence des heures travaillées sur la santé, flexibilité des horaires, possibilité de s'absenter) ; 4) Le climat avec les collègues (ex : sentiment d'appartenance à l'entreprise, degré de compétition ressenti au travail, relations avec les confrères, le conflit entre les tâches de l'employé et celles des autres employés) ; 5) Le climat avec les supérieurs (ex : interactions avec le supérieur, interactions du supérieur avec ses employés, interactions avec l'employeur ou la direction, pertinence de l'évaluation du travail, efficacité de la transmission de l'information) ; 6) Les caractéristiques de l'environnement physique (ex : lieu de travail, équipement et outillage disponibles) ; 7) Les supports offerts à l'employé (ex : prise en charge des absences, répartition de la charge de travail lors de l'absence d'un employé, commodités, relation avec le syndicat) ; 8) Les facteurs qui influencent l'appréciation des tâches (ex : efficacité au travail, temps disponible pour chaque tâche, correspondance entre les compétences et la nature des tâches à accomplir, autonomie, diversité des tâches, charge émotionnelle, exigences physiques, clarté de rôle).

Les coefficients de cohérence par dimension sont néanmoins un peu faible puisque 5 dimensions ont un coefficient <0,7. Ces résultats s'expliquent par le fait que les auteurs ont souhaité réduire au maximum le nombre d'items tout en favorisant la diversité des facteurs investigués (cf les exemples d'items investigués par domaine).

Chapitre 2.2. Domaines d'investigation qui ont été choisis par l'équipe de recherche pour étudier la qualité de vie au travail des personnels en établissement de santé

A partir de la synthèse dans le chapitre précédent des approches conceptuelles, des diverses définitions et des modèles théoriques applicables à la QVT, un modèle conceptuel multidimensionnel de la QVT a été élaboré par l'équipe de recherche.

En effet au regard de la multiplicité des avis et des justifications des chercheurs quant au choix de leur approche, il nous a semblé plus judicieux de considérer le concept de QVT comme un « objet-frontière » permettant de fédérer ces approches.

Nous n'avons pas tenté de construire un énième concept unidimensionnel, restreint au niveau pratique de la mesure par moins d'une dizaine de dimensions. Nous avons choisi de proposer en respectant les principes des modèles transactionnels en psychologie de la santé un modèle qui tend à organiser plusieurs dizaines de dimensions souvent indépendantes les unes des autres. Chaque dimension devait disposer d'instruments de mesure déjà validés.

Cette approche est en droite ligne avec la multiplication des questionnaires développés pour investiguer un concept qui regroupe plusieurs théories indépendantes, à l'image du Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Dupret et al., 2012). Les instruments multidimensionnels évaluent des dimensions indépendantes et de fait ne peuvent permettre la construction d'un score global qui mesurerait le concept (Lourel & Gueguen, 2007).

Dans les deux sections suivantes sont listées et classées les dimensions inscrites dans le modèle « QVT » ainsi que les instruments de mesure validés pouvant être employés pour conduire les investigations.

Section 2.2.1. Modèle conceptuel de la qualité de vie au travail en établissement de santé

Le modèle conceptuel de la QVT que nous avons construit est composé de 59 dimensions regroupées en 11 domaines et de 6 dimensions hors cadre (figure 16, page 105). Chaque domaine est présenté ci-après.

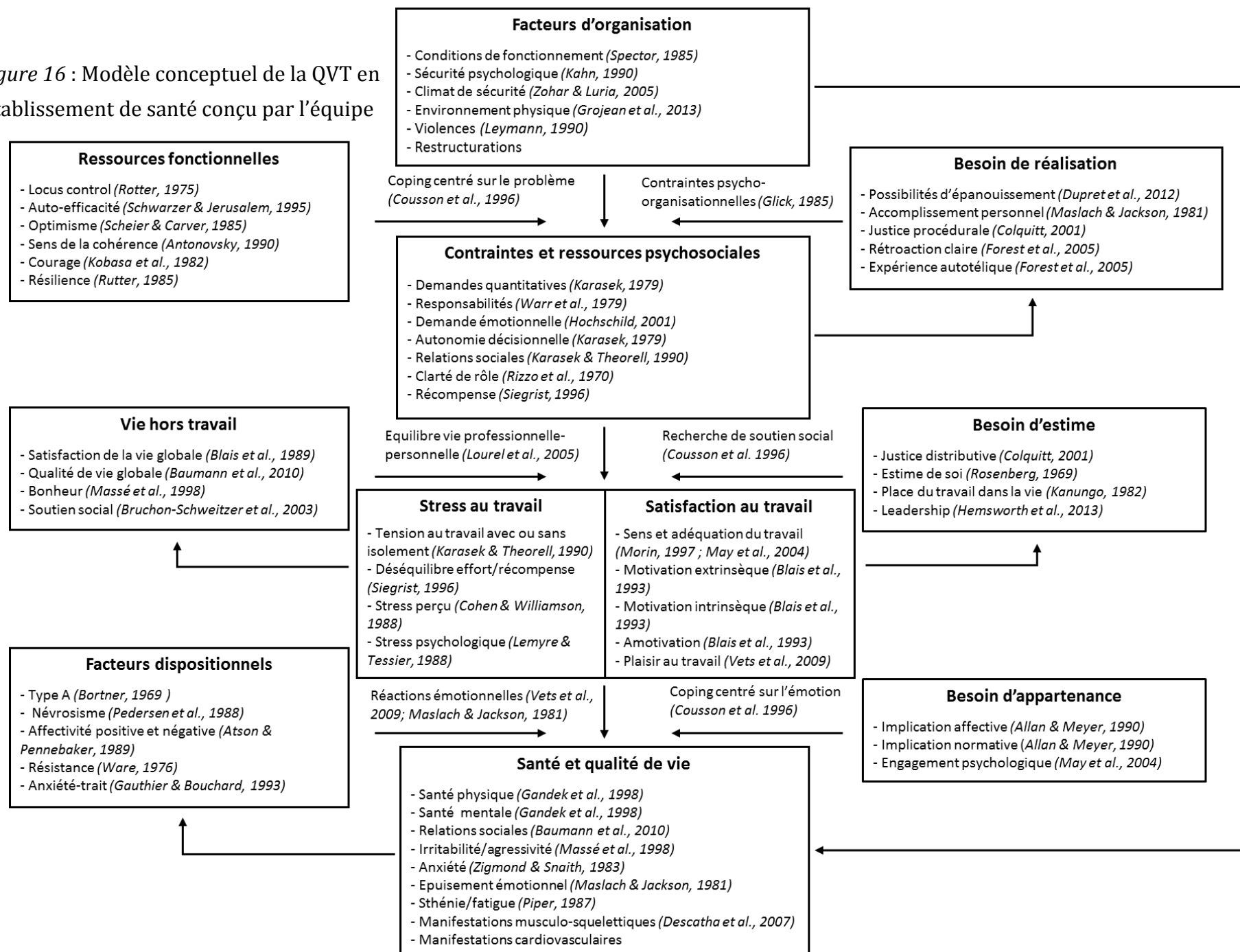
Sous-section 2.2.1.1. Facteurs d'organisation

L'environnement organisationnel est au cœur de la problématique des scientifiques qui s'intéressent à la santé des travailleurs (Gollac & Bodier, 2011). Les formes d'organisation du travail diffèrent tant sur le type de configuration organisationnelle que par l'implication des travailleurs dans sa conduite (Detchessahar, 2011).

Afin de classer ces formes d'organisation, une enquête Européenne sur les conditions de travail a analysé 15 dimensions structurantes des organisations (Lorenz & Valeyre, 2004). A l'aide d'une analyse de correspondances multiples, deux groupes de variables ont été identifiés. Le premier groupe est composé de l'autonomie procédurale, du contenu cognitif du travail (i.e. apprentissage dans le travail, résolution de problèmes, complexité des tâches) et des contraintes de rythme de travail. Le second groupe est composé de l'importance accordée au travail en équipe, de la rotation des tâches et de la gestion de la qualité (i.e. autocontrôle, normes précises). Les correspondances statistiques ont fait émerger 4 formes d'organisation.

La première forme d'organisation du travail est qualifiée d'organisation apprenante. Elle se caractérise par une sur-représentation des variables d'autonomie procédurale et de contenu cognitif du travail ainsi qu'une sous-représentation des variables de contraintes de rythme, de monotonie et de répétitivité du travail. Ce modèle est fondé sur le principe d'équipes autonomes de travail qui s'auto-organisent pour réaliser les objectifs établis avec la hiérarchie et dont les membres sont polyvalents sur l'ensemble des tâches des équipes (Lorenz & Valeyre, 2004). Néanmoins, le travail en équipe n'est pas une variable caractéristique de cette forme d'organisation et la rotation des tâches y est peu répandue.

Figure 16 : Modèle conceptuel de la QVT en établissement de santé conçu par l'équipe



La seconde forme est l'organisation en lean production qui promeut les pratiques de travail en équipe, la rotation des tâches et le management de la qualité. Cependant, les contraintes de rythme sont particulièrement lourdes, les tâches souvent répétitives et monotones. Les situations d'apprentissage et de résolution de problèmes sont bien gérées mais les travailleurs ne bénéficient pas de beaucoup de marges de manœuvre. Cette classe correspond au modèle du lean management (MacDuffie & Krafcik, 1992) fondé sur la polyvalence, le travail de groupe, la production en flux tendus et le management de la qualité totale (Lorenz & Valeyre, 2004).

La troisième forme est qualifiée d'organisation taylorienne. Elle s'oppose à l'organisation apprenante. Les salariés sont soumis à d'importantes contraintes de rythme de travail, effectuent des tâches répétitives et monotones et sont astreints à des normes de qualité précises. Leur travail présente une faible autonomie procédurale, un faible contenu cognitif et l'autocontrôle de la qualité est peu répandu. Néanmoins, le travail en équipe et la rotation des tâches y sont légèrement supérieurs à la moyenne. Cette dernière caractéristique souligne l'ampleur que prennent les formes flexibles d'organisation du travail, que ce soit ici sous la forme d'un « taylorisme flexible » (Boyer & Durand, 1993) ou d'un « taylorisme assisté par ordinateur » (Cézard et al., 1992).

La troisième forme est qualifiée de structure simple. Elle se caractérise par une sous-représentation de presque toutes les variables d'organisation. Au sein du premier groupement de variables, le travail n'y est pas très autonome, le contenu cognitif est faible, les contraintes de rythmes sont réduites et le travail est relativement monotone. Dans le second groupement de variables, le travail en équipe, la rotation des tâches et la gestion de la qualité y sont peu valorisés. Cette forme d'organisation s'apparente au modèle des organisations de Mintzberg (1982) caractérisées par une faible formalisation des procédures et un mode de contrôle par supervision directe (Lorenz & Valeyre, 2004).

Dans les grandes entreprises, ces 4 formes d'organisation peuvent cohabiter. Ainsi, parmi les établissements de service à la personne, 40% des organisations sont apprenantes, 34% sont en structures simples, 19% sont organisées en lean productions et 7% sont tayloriennes (Lorenz & Valeyre, 2004).

Afin de favoriser le dialogue au sein des espaces de discussion du travail (Detchessahar, 2013), 6 dimensions indépendantes ont été proposées dans le modèle « QVT » (figure 16, page 105).

Les conditions de fonctionnement correspondent à la satisfaction d'un travailleur vis-à-vis des règles et des procédures mises en place dans l'entreprise et ce notamment en lien avec la possibilité d'être efficace dans son travail (Spector, 1985).

La sécurité psychologique exprime la perception de l'individu quant à la possibilité d'être soi-même dans l'environnement professionnel (Kahn, 1990).

Le climat de sécurité correspond au niveau organisationnel atteint par l'entreprise en termes de sécurité au travail ainsi qu'au niveau de culture sécurité des managers (Zohar et Luria, 2005).

L'environnement physique correspond à la perception que chaque travailleur a du risque d'atteinte à son intégrité physique dans la réalisation de ses tâches (Grojean et al., 2003).

Les violences ont trait aux violences internes et externes ainsi qu'aux actes de harcèlement que peuvent subir les personnes (Leymann, 1990).

Enfin, selon l'European Monitoring Centre on Change (EMCC) 7 types de restructurations peuvent être étudiés :

- le transfert : l'activité reste dans la même entreprise mais elle est transférée vers un autre site dans le même pays ;
- la délocalisation : l'activité est réimplantée ou externalisée dans un autre pays ;
- l'externalisation : l'activité est sous-traitée à une autre entreprise dans le même pays ;
- la fermeture : un site doit fermer définitivement pour des raisons économiques qui ne sont pas directement liées à une relocalisation ou à une externalisation ;
- la fusion : deux entreprises fusionnent ce qui donne lieu à un programme de restructuration interne qui vise à rationaliser l'activité de l'entreprise ;
- la restructuration interne : l'entreprise met en place un plan de suppression d'emplois ou toute autre forme de restructuration non liée à l'un des types décrits ci-dessus ;
- l'expansion de l'activité : une entreprise développe son activité et crée des emplois.

Sous-section 2.2.1.2. Contraintes/ressources psychosociales et psycho-organisationnelles

Comme nous l'avons vu précédemment (cf partie Introduction générale, § page 20), les recherches en ergonomie, en sociologie et en économie convergent pour montrer que les facteurs organisationnels qui sont susceptibles d'induire des conséquences défavorables sur les conditions de travail physique en ont aussi sur les conditions psychologiques du travail (Gollac & Bodier, 2011).

Les chercheurs en psychologie et les ergonomes insistent régulièrement sur le caractère crucial des perceptions dans l'analyse de toutes les activités de travail. Ils prolongent ainsi la conception des psychologues cognitivo-comportementalistes (Lazarus & Flokman, 1984). Cette approche considère qu'une situation de stress résulte de la perception des contraintes qui pèsent sur un individu associée au fait que cette individu considère ne pas disposer de suffisamment de ressources pour y faire face (Gollac & Bodier, 2011). Le rôle central des perceptions est également employé par la psychodynamique du travail mais intègre en plus la perception des stratégies de défense individuelles ainsi que collectives (Dejours, 1993).

En France, il est d'usage d'employer le terme de risques psychosociaux (RPS) pour qualifier « les 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).

Néanmoins, nous préférons l'emploi des termes de contraintes et de ressources psychosociales qui traduit le fait que la coexistence de ces variables n'est pas obligatoirement délétère. Une même exposition psychosociale peut être positive ou négative en fonction des autres expositions et de la perception qu'en a l'individu. L'approche des contraintes-ressources psychosociales constitue un antécédent à la survenue de situations de stress au travail (présenté ci-après).

Comme nous l'avons également déjà vu (cf sous-section 1.1.3.3. « Risques psychosociaux au travail », § page 44), 6 familles de facteurs de RPS sont usuellement employées en France : 1) l'intensité du travail et temps de travail ; 2) les exigences émotionnelles ; 3) l'autonomie ; 4) les rapports sociaux au travail ; 5) les conflits de valeurs ; 6) l'insécurité de la situation de travail.

Sur les mêmes bases, le modèle « QVT » reporte ces 6 facteurs de RPS (voir la description dans la section 1.1.3.) et ajoute les variables de responsabilités (figure 16, page 105).

Les dimensions des contraintes psycho-organisationnelles (CPO) recourent 6 des 7 dimensions identifiées. Nous en faisons tout de même mention dans le modèle puisque le concept a été spécifiquement développé pour les personnels paramédicaux. En outre, le concept propose une approche originale de l'évaluation des contraintes puisqu'elle tend à mesurer une vision individuelle des contraintes collectives (Glick, 1985).

Sous-section 2.2.1.3. Stress au travail

Selon Lazarus & Folkman (1984), le stress survient lorsque l'individu perçoit que les contraintes de son environnement (phase d'évaluation primaire) excèdent ses capacités à y faire face (phase d'évaluation secondaire). Comme nous l'avons déjà vu (sous-section 2.1.3.3. « Principes théoriques constituant la QVT », § page 98), cette approche suppose que le stress survient à l'issue de l'échec de la 3^{ème} phase dite d'ajustement caractérisée par les efforts produits par l'individu pour faire face à la situation.

Cette perspective transactionnelle suppose que le stress n'est pas un facteur qui réside dans l'individu ou dans son environnement. Le stress est en fait imbriqué dans le processus par lequel les individus qui ont l'obligation de composer avec leur environnement tentent de s'adapter (Brun et al., 2002).

Les chercheurs s'entendent donc pour définir le stress au travail comme une expérience individuelle négative produite par la transaction entre la personne et son environnement et qui occasionne des conséquences psychologiques, physiques et comportementales (Aldwin, 1994 ; Clarke & Cooper, 2000). Cette transaction s'avère nécessaire lorsqu'un individu doit gérer les demandes de l'environnement. Les styles et les stratégies d'adaptation utilisés sont déterminés par la nature de la situation, les ressources sociales et personnelles disponibles ainsi que par les attributions causales de l'individu (Lazarus & Folkman ; 1984; Cox et al., 2000).

Les sources de stress au travail peuvent être dommageables pour un individu et non pour un autre. Les facteurs dispositionnels (présentés ci-après, page 115) et les caractéristiques personnelles (ex : sexe, âge) peuvent influencer l'évaluation que fait la personne de la situation, les stratégies d'adaptation qu'elle utilise ainsi que les conséquences sur sa santé mentale et physique (Cox et al., 2000).

Le modèle « QVT » propose d'investiguer 4 formes de stress au travail (figure 16, page 105). Les deux premières formes correspondent à des modèles de balance entre les contraintes et les ressources psychosociales. La seconde forme de stress a trait à la perception d'un individu quant à sa capacité à faire face aux contraintes. La troisième forme s'intéresse aux issues biopsychosociales du déséquilibre entre les contraintes et les ressources.

Le modèle développé par Karasek (1979) estime qu'un déséquilibre contraintes/ressources survient lorsqu'un individu est soumis à certaines demandes quantitatives (i.e. quantité de travail, complexité des tâches, morcellement des activités) et qu'il ne dispose pas de l'autonomie décisionnelle suffisante pour les prendre en charge. Ce déséquilibre amène à une situation de tension au travail qui est d'autant plus délétère que si elle est associée à un isolement social (i.e. relations avec les collègues et la hiérarchie dégradées) (Karasek & Theorell, 1990). Ce modèle met l'accent sur les caractéristiques structurelles de l'interaction entre la personne et son environnement de travail.

Siegrist (1996) propose un modèle qui considère qu'en échange des efforts qu'ils déploient dans leur travail, les employés s'attendent à être récompensés. Les efforts peuvent être extrinsèques (ex : contraintes de temps, interruptions de tâches, responsabilité) ou intrinsèques (i.e. ramener les problèmes à la maison). Les récompenses sont caractérisées par la reconnaissance des collègues, le salaire, la sécurité d'emploi et les possibilités d'avancement de carrière. Un déséquilibre entre ces efforts et les récompenses conduit à une situation de stress et dans certains cas à une détresse psychologique.

Le stress perçu se compose à la fois au sentiment de débordement d'un individu et à sa capacité à faire face à diverses contraintes. Il s'agit d'estimer la capacité d'un individu à contrôler facilement un déséquilibre sans se laisser envahir par le « stress » (Cohen et al., 1983).

Le stress psychologique se réfère à un ensemble de manifestations affectives, cognitives, somatiques et comportementales qui, prises conjointement, peuvent amener à une situation de stress. Il s'agit d'un construit dans lequel les processus d'adaptation aux événements et circonstances de la vie ne sont pas décrits. Seules les manifestations biopsychosociales sont mesurées (Lemyre & Tessier, 1988). En complément, le stress professionnel positif et négatif s'intéresse à deux issues de la balance contraintes/ressources. Cette balance peut aboutir à une stimulation cognitive identifiée comme étant du stress positif. Elle peut également aboutir à une souffrance psychologique associée à des symptômes physiques mesurée par l'échelle de stress négatif (Hansez et al., 2004).

Sous-section 2.2.1.4. Satisfaction au travail

Cranny et al. (1992) indiquent que la satisfaction au travail dispose d'une définition claire et partagée, initialement établie par Hoppock (1935) et clarifiée par Locke (1976). La satisfaction au travail correspondrait à « un état émotionnel agréable résultant de l'évaluation faite par une personne de son travail ou de ses expériences au travail ». Locke (1976) estime ainsi que la satisfaction est constituée de 3 composantes : 1) la perception de certains aspects du travail ; 2) les valeurs standards ; 3) le jugement de l'écart entre la perception et les valeurs standards. Cranny et al. (1992) reformulent ainsi « la satisfaction au travail est une réaction affective envers son travail qui découle de la comparaison entre des résultats obtenus au travail avec ceux désirés ».

Par opposition à la satisfaction, Locke (1976) considère que l'insatisfaction au travail serait « l'état émotionnel désagréable résultant de l'évaluation de son travail comme frustrant ou empêchant l'accomplissement des valeurs de son travail ». Cependant, nous avons vu (sous-section 2.1.3.3. « Principes théoriques constituant la QVT », § pages 93-94) que selon Herzberg et al. (1959) la satisfaction et l'insatisfaction sont indépendantes. La satisfaction au travail serait constituée de facteurs qui se rapportent au contenu du travail et au développement personnel. L'insatisfaction au travail est déterminée par des facteurs qui se rapportent au contexte du travail.

Les approches du lien entre satisfaction et insatisfaction par Locke et par Herzberg divergent. Dans le présent modèle conceptuel de la QVT, seul le volet de la satisfaction au travail a été retenu.

En pratique, les questionnaires de satisfaction au travail sont nombreux. Plus de 10 questionnaires distincts font référence chez les chercheurs. Une lecture du contenu de chaque questionnaire met en évidence la multitude et la variété des dimensions investiguées. De ce fait, un nombre croissant d'articles souligne les insuffisances et les paradoxes entre les diverses évaluations de la satisfaction au travail (Brief, 1998 ; Mignonac, 2004 ; Weiss, 2002). Par ailleurs, à notre avis certains questionnaires étiquetés de satisfaction au travail englobent des dimensions qui ont trait à d'autres domaines conceptuels.

Aussi, pour rester viable, le modèle de la QVT que nous proposons bien que pouvant être évolutif propose d'ores et déjà d'investiguer 3 familles de dimensions de la satisfaction au travail : sens et adéquation du travail ; motivation au travail ; plaisir au travail (figure 16, page 105).

Selon Weisskopf-Joelson (1968), le sens du travail peut être abordé selon trois composantes. 1) La signification du travail correspond à la valeur du travail aux yeux du sujet. 2) L'orientation de l'individu dans son travail correspond à ce qu'il recherche dans le travail. 3) L'adéquation entre la signification et l'orientation du travail.

A partir de ces 3 composantes, Isaksen (2000) établit que le sens du travail est perçu comme un état de satisfaction engendré par la perception d'une cohérence entre la personne et le travail qu'elle accomplit autour de 7 dimensions :

- 1) la possibilité de s'identifier à son travail ;
- 2) la possibilité d'avoir des bonnes relations avec les autres ;
- 3) le sentiment que le travail contribue à son accomplissement ;
- 4) le sentiment que le travail accompli est important ;
- 5) la possibilité de participer à l'efficacité des processus et aux conditions de travail ;
- 6) le sentiment d'autonomie et de liberté dans son travail ;
- 7) le sentiment de responsabilité et de fierté du travail accompli.

La théorie de la motivation que nous avons choisie est fondée sur le principe que plus les expériences d'autonomie, de compétence et d'appartenance sociale sont fréquentes chez un être humain plus il est motivé (Deci & Ryan, 1985). En pratique, la motivation au travail est composée de 3 sphères positionnées dans le même continuum : la motivation extrinsèque ; la motivation intrinsèque ; l'amotivation (Blais et al., 1993).

La motivation extrinsèque correspond à un système de régulation intentionnelle du comportement en fonction de facteurs de motivation instrumentaux (i.e. moyen d'atteindre un objectif). Quatre types de régulation peuvent être engagés : la régulation externe (i.e. le travail dépend des autres) ; la régulation introjectée (i.e. l'implication dans le travail dépend de la réussite) ; les régulations identifiée et intégrée (i.e. le travail est fait en fonction de ce que je veux faire).

La motivation intrinsèque est celle de la personne qui accomplit son travail pour la satisfaction et le plaisir ressentis. Trois formes de motivation intrinsèque sont présentées : la stimulation (i.e. le travail induit l'excitation et l'amusement) ; la connaissance (i.e. le plaisir d'apprendre) ; l'accomplissement (i.e. satisfaction d'accomplir, de créer ou de relever un défi).

L'amotivation correspond à un système de non-régulation et à des comportements non intentionnels. Dans le cadre du travail, cela se traduit par la perception d'une absence de cohérence entre les comportements d'un individu et leurs conséquences. Les sources de cette absence de motivation sont liées à un sentiment d'absence de contrôle des événements soit du fait des contraintes de l'environnement externe soit du fait du manque de capacité individuelle.

Le plaisir au travail est une dimension complémentaire à la motivation au travail. Elle vise à mesurer l'envie d'aller au travail et l'envie de réaliser le travail sans distinguer les sources de ce plaisir ou de ce déplaisir (Vets et al., 2009).

Sous-section 2.2.1.5. Santé et qualité de vie

Depuis 1946, l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Par la suite, en 1994 l'OMS détermine que la QV est « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ».

Nous observons que la santé et la QV sont étroitement imbriquées. D'ailleurs les chercheurs n'estiment pas toujours nécessaire de distinguer la santé perçue de la QV. En pratique, les champs de la santé et de la QV constituent l'apanage des sciences biomédicales. Ainsi de très nombreuses affections physiques et mentales disposent d'une batterie de dimensions et de tests pour les investiguer.

Le modèle de la QVT propose de circonscrire les recherches à la santé selon les 9 dimensions suivantes (figure 16, page 105).

Dans leurs approches globales, la santé et la QV sont composées de 3 formes de santé : physique ; mentale ; relationnelle. La santé physique correspond au degré d'autonomie, aux capacités physiques et à la douleur ressentie par chaque individu (Gandek et al., 1998). Une bonne santé mentale est évaluée par le fait d'apprécier la vie, de disposer de suffisamment d'énergie pour réaliser des activités et par la réduction des réactions psychologiques (ex : émotivité, anxiété) (Gandek et al., 1998). Les relations sociales intègrent la satisfaction aux relations avec l'environnement familial, amical et professionnel (Baumann et al., 2010).

L'irritabilité/agressivité est une dimension qui nous semble essentielle dans le cadre de la mesure de la santé au travail (Massé et al., 1998).

L'anxiété correspond à une réaction psychologique associant le sentiment de pression, l'énervement, la peur qui peut conduire à un trouble anxieux assez fréquent dans la population. Du fait de cette fréquence, il peut être utile de l'investiguer séparément des autres réactions psychologiques (Zigmond et Snaith, 1983).

L'épuisement émotionnel constitue une des dimensions conceptuelles du burnout. Elle traduit une fatigue mentale, émotionnelle et physique trop intense qui conduit à ne plus pouvoir travailler correctement (Maslach & Jackson, 1981).

La sthénie et la fatigue générale peuvent être approchées selon 4 dimensions (Piper, 1997). La dimension de fatigue comportementale mesure l'intensité de la fatigue et son impact sur les activités physiques et sociales. La fatigue affective s'évalue selon le ressenti concernant cette fatigue. La fatigue sensorielle s'intéresse aux caractéristiques de la fatigue éprouvée. La dimension de fatigue cognitive mesure l'impact de la fatigue sur la cognition et l'humeur.

Les TMS (i.e. les affections des structures situées à la périphérie des articulations) et les pathologies cardio-vasculaires ont des causes multiples mais l'activité professionnelle joue fréquemment un rôle dans leur survenue, leur maintien ou leur aggravation. Comme nous l'avons vu précédemment (sous-section 1.1.2.1. « Prise en compte de la santé mentale », § page 29) les manifestations musculo-squelettiques et les manifestations cardio-vasculaires sont régulièrement associés à des facteurs de contraintes psychosociales.

Sous-section 2.2.1.6. Ressources fonctionnelles et facteurs dispositionnels

Il n'existe pas d'approche consensuelle pour l'emploi des ressources fonctionnelles et des facteurs dispositionnels. Selon les auteurs, ces facteurs pourraient correspondre soit (Gollac & Bodier, 2011) :

- à des traits de personnalité stables d'un individu qui le rendrait plus ou moins sensible aux différents facteurs de risques ;
- à des traits de personnalité variables par lesquels les individus réagissent différemment en fonction de la situation ;
- à des facteurs de confusion influençant seulement la perception des conditions de travail.

Ainsi les nombreuses modélisations des traits de personnalité ne disposent pas du même niveau de pertinence en fonction du modèle principal de l'étude choisi. En l'occurrence, dans l'approche interactionniste ces facteurs modulent les effets du stress (i.e. traits stables) alors que dans les approches transactionnelles, ils sont vecteurs des effets du stress (i.e. traits instables) (Rasclé & Irachabal, 2001).

Les principales variables fonctionnelles explorées dans la littérature sont (Parkes, 2010) :

- le locus de contrôle correspondant à la perception d'une personne quant à la dépendance de ses performances à des facteurs internes (i.e. propre à la personne elle-même) ou externes (Rotter, 1966) ;

- l'optimisme se traduisant par une vision positive de soi et du monde permettant de croire en l'issue favorable des événements de la vie (Schwarzer & Jerusalem, 1995) ;
- l'auto-efficacité correspondant à la perception qu'a un individu de sa capacité à mobiliser les ressources nécessaires pour maîtriser une situation et réussir (Scheier & Carver, 1985) ;
- le sens de cohérence correspondant à la capacité d'une personne à percevoir les événements qui l'entourent comme compréhensibles, maîtrisables et ayant une signification (Antonovsky, 1990) ;
- le courage correspondant aux capacités d'engagement et de défi d'un individu (i.e. s'impliquer dans ses activités et considérer le changement comme une occasion pour progresser) (Kobasa et al., 1982) ;
- la résilience étant la capacité d'une personne à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress et de l'adversité (Rutter, 1985).

Les principales variables dispositionnelles employées dans la recherche en psychologie sont (Parkes, 2010) :

- la personnalité de « type A » correspondant à une personnalité compétitive, impatiente et agressive (Bortner, 1969) ;
- le névrosisme représentant une personnalité prédisposée à la détresse (i.e. dépression, hostilité, anxiété, sentiment de vulnérabilité) (Pedersen et al., 1988) ;
- l'affectivité positive/négative se traduisant par une tendance à éprouver des émotions positive/négative pouvant favoriser ou non l'apparition de troubles émotionnels (Watson & Pennebaker, 1989) ;
- la résistance à la maladie (Ware, 1976) ;
- l'anxiété-trait correspondant à une tendance à percevoir les situations aversives comme menaçantes et à y répondre par une réaction d'anxiété (Spielberger, 1983).

Lorsque les études de validation empiriques parviennent à conclure quant au rôle médiateur ou modérateur de ces variables dans les liens entre le travail et la santé, ce rôle ne va jamais jusqu'à annuler ou inverser l'impact des conditions de travail sur la santé (Gollac & Bodier, 2011). Ainsi, Spector et al. (2000) recommandent de ne pas utiliser ces variables pour corriger les analyses des perceptions. La correction de ces biais reviendrait à homogénéiser dans la population la signification des variables qui traduisent la situation

de chaque personne. Autrement dit, ceci amènerait à fausser les liens entre les déclarations sur le travail et la santé, en sur ou sous-corrigeant la façon dont les personnes vivent de manière subjective leur travail sans toutefois rendre la mesure plus objective.

Les 11 dimensions ont été reportées dans le modèle conceptuel de la QVT (figure 16, page 105) afin de consolider la cohérence du modèle. Cependant, il n'est pas recommandé d'employer ces variables fonctionnelles et dispositionnelles dans les enquêtes épidémiologiques.

Sous-section 2.2.1.7. Vie hors travail et équilibre vie professionnelle-personnelle

Comme nous l'avons vu (sous-section 2.1.3.3. « Principes théoriques constituant la QVT », § page 95), la QV et la QVT sont deux sphères poreuses de la vie. Elle transige notamment par des effets de transferts et de compensation qui permettent à chaque sphère de s'influencer.

Dans le modèle de la QVT que nous proposons, nous avons limité les investigations de la sphère de la vie hors travail à 4 dimensions (figure 16, page 105).

Sans revenir sur les principes de la satisfaction (sous-section 2.2.1.4. « Satisfaction au travail », page 111) et de QV (sous-section 2.2.1.5. « Santé et qualité de vie », page 113), nous proposons deux mesures concises de la vie hors travail. La première concerne la satisfaction de la vie globale intégrant des conditions de vie satisfaisantes et un accomplissement des idéaux (Blais et al., 1989). La seconde concerne la qualité de vie globale selon une mesure directe (i.e. comment évaluez-vous votre qualité de vie ?) (Baumann et al., 2010).

Le bonheur est un concept complémentaire à la QV qui estime qu'une personne a du plaisir à vivre si elle pense que sa vie est excitante et qu'elle réussit à profiter de sa vie (Massé et al., 1998).

Le soutien social s'intéresse à l'implication de l'entourage d'une personne dans sa propre vie (Bruchon-Schweitzer et al., 2003). Ce soutien peut se concrétiser par une écoute, du réconfort, des conseils ou une aide matérielle.

L'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle propose d'investiguer les effets positifs et négatifs (i.e. énergie, temps, tension, émulation) d'une part du travail sur le vie personnelle puis d'autre part de la vie personnelle sur le travail (Lourel et al., 2005).

Sous-section 2.2.1.8. Besoin de réalisation, d'estime et d'appartenance

Les principes théoriques des divers besoins d'un individu pour se motiver et être investi dans son travail ont déjà été décrits (sous-section 2.1.3.3. « Principes théoriques constituant la QVT », page 92).

Dans le modèle de la QVT, trois familles de besoins ont été reportées : besoin de réalisation ; besoin d'estime ; besoin d'appartenance (figure 16, page 105).

Parmi les dimensions qui caractérisent le besoin de réalisation, nous avons sélectionné la possibilité d'épanouissement. Cette dimension correspond à la possibilité offerte par le travail de prendre des initiatives et d'apprendre de nouvelles choses (Dupret et al., 2012).

L'accomplissement personnel, dimension constitutive du burnout, est également proposé. Elle reflète la capacité d'un individu à prendre en charge les problèmes et à conduire ses activités (Maslach & Jackson, 1981).

La justice procédurale prévoit que les attitudes envers une organisation dépendent des possibilités offertes à un individu d'exprimer ses opinions et d'avoir de l'influence sur ce qu'il obtient (Colquitt, 2001).

La rétroaction claire correspond à la perception d'un individu quant à la qualité et la progression de ses performances (Forest et al., 2005).

L'expérience autotélique mesure le plaisir d'un individu à tenter de nouvelles expériences (Forest et al., 2005).

Quatre dimensions sont proposées pour investiguer le besoin d'estime. La justice distributive représente la capacité de la structure à répondre avec justesse aux besoins de chacun en fonction de son investissement (Colquitt, 2001).

L'estime de soi est caractérisée par la satisfaction de ses réalisations et par son sentiment d'utilité (Rosenberg, 1965).

La place du travail dans la vie correspond au degré jusqu'auquel un individu donne de l'importance au travail dans l'ensemble de sa vie (Kanungo, 1982).

Le leadership est une vaste notion. Dans le présent modèle, il est conçu comme l'investissement de l'individu dans son travail afin de dépasser ses propres intérêts et gagner le respect des autres (Hemsworth et al., 2013).

Enfin, le besoin d'appartenance peut être étudié au travers de l'implication affective qui correspond au degré d'attachement d'un individu à son entreprise (Allen & Meyer, 1990).

L'implication normative représente le sentiment d'obligation de rester dans son entreprise (Allen & Meyer, 1990).

L'engagement psychologique correspond à la quantité d'énergie investie dans le travail (May et al., 2004).

Sous-section 2.2.1.9. Coping centré sur le problème, la recherche de soutien social et l'émotion

Le coping correspond à la capacité de l'individu à modifier les aspects menaçants d'une situation en des conditions plus acceptables. Le coping, en tant que stratégie d'adaptation, est utile tant dans le cadre des approches interactionnistes que dans celui des approches transactionnelles.

Ainsi, trois stratégies d'adaptation peuvent être employées (Cousson et al. 1996). Le coping centré sur le problème vise à relocaliser ses ressources (ex : évitement, recherche d'informations, tentative de résolution). Le coping par la recherche de soutien social vise à réunir les forces et à solliciter un soutien adapté. Le coping centré sur l'émotion vise à changer la signification d'une situation (ex : sentiment d'être trop sensible, irritabilité, tensions, ruminations).

Section 2.2.2. Principaux instruments de mesure de la qualité de vie au travail

En recherche clinique et en épidémiologie, parmi les batteries de tests et d'instruments de mesures développés, les questionnaires validés ont pris un rôle central dans l'évaluation de l'état de santé et de leurs déterminants.

Le questionnaire est avant tout un outil de mesure, permettant de recueillir des données précises et valides sur des variables dont l'analyse doit permettre de répondre à une question. A ce titre, la mesure par questionnaire doit répondre aux mêmes critères de qualité que la mesure d'autres variables, qu'elles soient physiques ou biologiques (Perneger, 2004). Pour ce faire, des méthodes de validation de questionnaire ont été développées.

Sous-section 2.2.2.1. Principes de sélection d'un questionnaire en recherche

Cette section ne présente ni les démarches de développement ni les méthodes statiques employées pour valider un questionnaire. Il n'est pas nécessaire de comprendre ces démarches pour choisir correctement un questionnaire.

La sélection d'un questionnaire de recherche peut être réalisée en respectant les principes suivants : pertinence, parcimonie, plagiat, pré-test et performances (figure 17, page 121) (Perneger, 2004).

Le principe de pertinence renvoie à la question de recherche. Dans un premier temps, cette question permet de déterminer quelles variables dépendantes principales (i.e. variables qui qualifient le concept à étudier) il faut mesurer. Ainsi, en fonction du choix du questionnaire, une variable va soit qualifier complètement le concept (i.e. mesure direct du concept) soit le qualifier partiellement (i.e. mesure de certaines dimensions du concept). Dans un second temps, des variables indépendantes et potentiellement confondantes (i.e. variables dont les liens avec les variables dépendantes vont être testés) peuvent également être mesurées.

Figure 17 : Cinq principes généraux de sélection d'un questionnaire en recherche selon Perneger (2004)

Pertinence	La question de recherche (ou l'objectif scientifique du projet de recherche) détermine quelles variables seront mesurées.
Parcimonie	Pour ne pas galvauder ses ressources, éviter de mesurer des variables subsidiaires qui ne sont pas justifiées par la question de recherche.
Plagiat	Reprendre les instruments publiés est efficient, augmente la crédibilité des résultats, et permet de se comparer aux autres.
Pré-test	Etape indispensable pour vérifier l'acceptabilité des instruments pour la population de l'étude et s'assurer de son bon déroulement.
Performances	Le questionnaire choisi doit mesurer ce qu'il est censé mesurer (validité) de façon reproductible (fiabilité), et ses résultats doivent être interprétables

Le principe de parcimonie implique qu'il faut se contenter de sélectionner des questionnaires qui permettent de répondre à la question de recherche. Il faut éviter de mesurer des variables intéressantes mais qui sont en dehors des objectifs de l'étude. Ce principe implique également qu'il faut optimiser le nombre de questions sélectionnées pour mesurer une même variable. Pour chaque variable d'intérêt, il existe des mesures de plus ou moins grande qualité qui dépendent de la quantité et de la complexité des questions proposées par un questionnaire. Le tout est d'équilibrer le choix des questionnaires entre la confiance qu'on peut avoir dans les résultats obtenus et la quantité d'investissement nécessaire pour compléter l'ensemble des questionnaires (Perneger, 2004).

Le principe de plagiat se réfère aux avantages de reprendre des questionnaires développés par d'autres. La consultation des modalités d'emploi et des résultats issus de l'application d'un questionnaire par d'autres chercheurs permet de vérifier la pertinence de l'emploi du questionnaire dans sa propre recherche. Cela permet aussi d'estimer si le questionnaire permettra de discriminer les sujets de l'échantillon cible à l'aide des tests statistiques (i.e. puissance statique). Le choix de questionnaires communs à d'autres études offre la possibilité de comparer les résultats et de mieux interpréter ses propres

résultats. Enfin, la crédibilité de l'étude est d'autant plus forte que, associés à une méthode rigoureuse d'investigation, les questionnaires sélectionnés font consensus dans le domaine.

Le principe de pré-test d'un questionnaire doit systématiquement être appliqué. Même si le cahier de questionnaires est principalement constitué de questionnaires validés, ses conditions d'administration doivent être ajustées et son acceptabilité auprès de la population doit être vérifiée. Si des questions ad-hoc ont été constituées, elles doivent faire l'objet d'un débriefing visant à vérifier leur compréhension, estimer les potentiels effets plafond/plancher et ajuster leur formulation.

Le principe de performance intègre deux qualités psychométriques des questionnaires, la fiabilité et la validité, centrales en matière de validation d'un questionnaire en recherche. La fiabilité correspond à la capacité du questionnaire à mesurer quelque chose (peu importe quoi) de façon reproductible. La fiabilité s'intéresse donc aux erreurs aléatoires. La validité correspond à la capacité de l'outil à mesurer le concept qu'il est censé mesurer. La validité s'intéresse aux erreurs systématiques.

Concernant la mesure de la fiabilité, si un concept est mesuré par une seule et unique question, la concordance des réponses sera mesurée par un coefficient de corrélation entre les réponses testées par une administration répétée (i.e. coefficient de corrélation intraclasse pour les variables quantitatives continues ; coefficient kappa pour des variables qualitatives ou ordinales). Lorsque la variable n'est pas observable directement, un questionnaire peut proposer de mesurer cette variable par une série de questions. La fiabilité du score final peut être examinée par le coefficient de cohérence interne (i.e. alpha de Cronbach). L'idée est que si un ensemble de questions mesure bien le même concept, ces questions doivent être corrélées entre elles. Le coefficient alpha de Cronbach donne la proportion de la variance totale qui est commune à ces questions.

Concernant la mesure de la validité, trois types de validité peuvent être utilisés. La validité d'un critère nécessite de disposer d'un étalon-or (i.e. gold standard) avec lequel les résultats du questionnaire testé vont être corrélés. Lorsqu'il n'y a pas d'étalon-or, ce qui est fréquent dans la mesure des perceptions, les chercheurs ont recours à des arguments indirects, soit qualitatifs (i.e. validité de contenu) soit quantitatifs (i.e. validité de construit). La validité de contenu est en général convenue quand le questionnaire est développé selon une méthodologie rigoureuse et documentée avec l'aide d'un groupe de

travail multidisciplinaire. La validité de construit est réalisée selon une démarche de vérification d'hypothèses statistiques. Une hypothèse solide et documentée par la littérature mettant en lien le questionnaire avec des concepts mesurés par d'autres outils de mesures valides est posée. A l'issue du recueil de données, si l'hypothèse est vérifiée, la mesure par le questionnaire testé est considérée comme valide.

Sous-section 2.2.2.2. Questionnaires de mesure des dimensions de la QVT

A partir du modèle conceptuel construit par l'équipe et présenté ci-dessus, une sélection de questionnaires de mesure des diverses dimensions de la QVT a été réalisée.

Cette sélection a été conduite à partir d'une analyse des questionnaires usuellement employés dans la littérature scientifique. Pour être inclus dans la présente liste, chaque instrument de mesure devait à la fois être référencé dans la littérature scientifique et avoir fait l'objet d'un processus minimum de validation correspondant aux principes de sélection d'un questionnaire présentés précédemment.

Au regard de chaque dimension à étudier, dans le cas où l'utilisation de l'intégralité d'un questionnaire validé n'était pas justifiée, une seule dimension explorée par le questionnaire a été sélectionnée. Ce principe n'est valable que si le processus de validation du questionnaire met en évidence la cohérence à utiliser un ensemble d'items (i.e. items ne pouvant être séparés) constituant une seule et même dimension.

Au total, 92 dimensions provenant de 44 questionnaires différents ont été identifiées comme susceptibles de mesurer les différentes dimensions de la QVT (tableau 6, pages 125-141). Cet ensemble classé en 11 domaines comptabilise 663 items.

La consultation de cette liste de questionnaires peut être utile pour l'élaboration d'un cahier de questionnaires portant sur une « question recherche » dans le domaine de la QVT. Elle permet à la fois de sélectionner des questionnaires validés mais également d'avoir connaissance de l'absence de questionnaires validés et de la nécessité de constituer des questions ad hoc complémentaires.

Dans le cas où un pan complet de la littérature sur la QVT n'aurait pas été investigué ou si les investigations doivent approfondir certains aspects des dimensions de la QVT, il

est utile de rappeler que les études qualitatives par entretiens semi-directifs sont un complément utile aux études quantitatives par questionnaires.

Dans le cadre des publications de résultats de recherches épidémiologiques, les enquêtes qualitatives sont beaucoup moins fréquemment employées que les enquêtes quantitatives. En effet, les chercheurs et les éditeurs de revues scientifiques sont nombreux à critiquer l'absence de représentativité de la population étudiée et l'impossibilité d'inférer les résultats à une population cible. Ces deux limites sont inhérentes aux enquêtes qualitatives. En effet, du fait du temps et des ressources nécessaires pour recueillir les informations et analyser le contenu des discours, la réalisation d'une enquête qualitative exige de limiter le nombre de personnes à interviewer. De plus, les méthodes d'analyse du contenu (i.e. analyses lexicales) ne sont pas fondées sur les principes des méthodes d'analyses statistiques inférentielles des données quantitatives tels que la normalité (ou de correction de l'absence de normalité) de la distribution des données de la population étudié.

« Les méthodes qualitatives ont pour fonction de comprendre plus que de décrire systématiquement ou de mesurer » (Kaufmann, 1996). Comprendre, c'est-à-dire rendre intelligible, en se donnant les moyens de connaître la complexité subjective des actions d'un individu dans un contexte particulier. Les méthodes qualitatives qui doivent ainsi privilégier la variété (Link-Pezet, 1999). C'est la raison pour laquelle la recherche de la représentativité statistique a peu de sens.

Ainsi, l'application des méthodes qualitatives est conseillée dans le cadre d'études visant à comprendre les comportements et les pratiques des individus. Elles permettent de documenter des points de vue, de se décrypter l'environnement, les pratiques, les besoins propres à chacun. Néanmoins, il existera toujours un écart entre le discours d'un individu sur ses pratiques et la réalité des pratiques décrites. D'ailleurs, les conditions dans lesquelles se déroule une enquête qualitative peuvent avoir un effet majeur sur cette différenciation.

A noter que puisque dans le cadre des études épidémiologiques les effets des dimensions des facteurs dispositionnels et des ressources fonctionnelles sont négligeables (cf sous-section 2.2.1.6. « Ressources fonctionnelles et facteurs dispositionnels », § pages 116-117), les instruments de mesure de ces variables n'ont pas été listés.

Tableau 6 : Recensement des questionnaires validés pour la mesure des différentes dimensions constituant le modèle de la QVT proposé par l'équipe

Dimension explorée	Questionnaire de référence	Nombre d'items	Exemples d'items	Echelle de réponse	Coefficient de cohérence interne ¹
FACTEURS D'ORGANISATION					
Satisfaction vis-à-vis des conditions de fonctionnement	Job satisfaction survey (Spector, 1985)	4	- Mes efforts pour faire un bon travail sont rarement bloqués par la bureaucratie. - J'ai trop de formalités administratives.	1-6	0,68
Sécurité psychologique au travail ²	Psychological safety index (Kahn, 1990)	3	- Je n'ai pas peur d'être moi-même au travail. - Il y a un environnement menaçant au travail.	1-4	0,71
Niveau d'organisation de la sécurité au travail dans l'établissement ²	Zohar safety climate survey (Zohar & Luria, 2005)	16	La direction de l'entreprise : - Réagit rapidement pour résoudre le problème de sécurité. - Essaie d'améliorer continuellement le niveau de sécurité dans chaque service.	1-5	0,92
Degré de préoccupation du supérieur hiérarchique pour la sécurité au travail ²	Zohar safety climate survey (Zohar & Luria, 2005)	16	Mon supérieur hiérarchique : - S'assure que nous recevons tous les équipements nécessaires pour faire notre travail en toute sécurité. - Vérifie fréquemment si nous respectons les règles de sécurité.	1-5	0,95
Environnement physique	Questionnaire SATIN (Grosjean et al., 2013)	6	- La prise en compte des risques liés à mon travail. - L'aménagement des lieux où je travaille.	1-5	0,85

Violence psychologique au travail (<u>liste</u> de 45 situations de violences différentes) <i>Possibilité de sélectionner quelques items</i>	Leymann Inventory of Psychological Terror (Niedhammer et al., 2006b)	45	Les situations de violences sont regroupées en 5 domaines (empêcher la personne de s'exprimer, isoler la personne, discréditer la personne, déconsidérer la personne, compromettre la santé de la personne). - Votre supérieur vous refuse la possibilité de vous exprimer. - On ne vous adresse pas la parole.	O/N	S.0
Violence psychologique au travail (<u>déclaration</u> de la fréquence, de la durée, des auteurs, des personnes ressources)	Leymann Inventory of Psychological Terror (Niedhammer et al., 2006b)	8	- À quelle fréquence avez-vous été confronté(e) à une ou plusieurs [de ces situations] au cours des 12 derniers mois ? (1-5) - Combien de personnes se sont mises contre vous durant cette période ? (n)	S.0	S.0
Harcèlement moral au travail ²	Negative Act Questionnaire-Revised (Einarsen et al., 2009)	22	- On vous demande de réaliser des tâches dans des délais déraisonnables. - On vous ignore/exclus.	1-5	0,90
CONTRAINTES ET RESSOURCES PSYCHOSOCIALES					
Demande psychologique (3 échelles : quantité, complexité, morcellement)	Job content questionnaire (Niedhammer et al., 2006a)	9	- Mon travail me demande de travailler très vite. - Mon travail me demande de travailler intensément.	1-4	0,65
Contraintes quantitatives (3 échelles : charge de travail, rythme)	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Dupret et al., 2012)	6	- Disposez-vous d'un temps suffisant pour accomplir vos tâches professionnelles ? - Est-il nécessaire de maintenir un rythme soutenu au travail ?	1-5	0,69 à 0,78

de travail, exigences cognitives)					
Efforts intrinsèques	Effort reward imbalance model (Niedhammer et al., 2000a)	6	- Je commence à penser à des problèmes au travail dès que je me lève le matin. - Quand je remets à plus tard quelque chose que je devrais faire le jour même, j'ai du mal à dormir le soir.	1-4	0,82
Efforts extrinsèques	Effort reward imbalance model (Niedhammer et al., 2000a)	6	- Je suis constamment pressé (e) par le temps à cause d'une forte charge de travail. - Je suis souvent contraint(e) à faire des heures supplémentaires.	1-5	0,75
Satisfaction vis-à-vis de la quantité de responsabilité	Job satisfaction scale (Warr et al., 1979)	1	- Combien êtes-vous satisfait de la quantité de responsabilité qui vous est confiée ?	1-7	S.O
Exigences émotionnelles	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Dupret et al., 2012)	2	- Votre travail vous place-t-il dans des situations déstabilisantes sur le plan émotionnel ? - Votre travail est-il éprouvant sur le plan émotionnel ?	1-5	0,69
Autonomie décisionnelle	Job content questionnaire (Niedhammer et al., 2006a)	3	- Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même. - J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail.	1-4	0,71
Utilisation et développement des compétences	Job content questionnaire (Niedhammer et al., 2006a)	6	- Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles. - Dans mon travail, j'ai des activités variées.	1-4	0,69

Marge de manœuvre	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Dupret et al., 2012)	2	- Avez-vous une grande marge de manœuvre dans votre travail ? - Pouvez-vous intervenir sur la quantité de travail qui vous est attribuée ?	1-5	0,57
Soutien social professionnel (2 échelles : soutien de la hiérarchie, soutien des collègues)	Job content questionnaire (Niedhammer et al., 2006a)	8	- Mon supérieur prête attention à ce que je dis. - Les collègues avec qui je travaille sont amicaux.	1-4	0,69
Soutien social de la part du supérieur hiérarchique	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Dupret et al., 2012)	2	- À quelle fréquence votre supérieur(e) hiérarchique est-il(elle) disposé (e) à vous écouter au sujet de vos problèmes au travail ? - À quelle fréquence recevez-vous de l'aide et du soutien de votre supérieur(e) hiérarchique ?	1-5	0,80
Soutien social de la part des collègues	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Dupret et al., 2012)	2	À quelle fréquence recevez-vous de l'aide et du soutien de vos collègues ? À quelle fréquence vos collègues se montrent-ils à l'écoute de vos problèmes au travail ?	1-5	0,72
Clarté des rôles et Conflit de rôle	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Dupret et al., 2012)	4	- Votre travail a-t-il des objectifs clairs ? - Savez-vous exactement ce que l'on attend de vous au travail ?	1-5	>0,76
Conflit de rôle	Echelle de conflit de rôle (Rizzo et al. 1970)	8	- J'ai des choses à faire qui devraient être réalisées autrement. - Je reçois une mission sans ressources ni moyens adéquats pour pouvoir l'effectuer.	1-7	0,86

Récompenses (3 échelles : salaire, estime, perspectives)	Effort reward imbalance model (Niedhammer et al., 2000)	11	- Je reçois le respect que je mérite de mes collègues. - Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes.	1-5	0,86
STRESS AU TRAVAIL					
Job strain (i.e. tension au travail)	Job content questionnaire (Niedhammer et al., 2006a)	18	Association de dimensions déjà présentées dans le tableau : - Demande psychologique - Autonomie décisionnelle ET Utilisation et développement des compétences	S.O	S.O
Isostrain (i.e. tension au travail avec isolement)	Job content questionnaire (Niedhammer et al., 2006a)	26	Association de dimensions déjà présentées dans le tableau : - Demande psychologique - Autonomie décisionnelle ET Utilisation et développement des compétences - Soutien social professionnel	S.O	S.O
(Dés)équilibre effort/récompense	Effort reward imbalance model (Niedhammer et al., 2000)	23	Association de dimensions déjà présentées dans le tableau : - Efforts intrinsèques - Efforts extrinsèques - Récompenses (3 échelles : salaire, estime, perspectives)	S.O	S.O
Stress perçu (2 échelles : perception de débordement, capacité perçue à faire face)	Perceived Stress Scale (Lesage et al., 2012)	10	- Au cours du dernier mois combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?	1-5	0,83

			- Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ?		
Stress psychologique	Mesure du stress psychologique (Lemyre & Tessier, 1988)	9	- Je me sens débordé(e); j'ai l'impression de manquer de temps. - Je sens peser un grand poids sur mes épaules.	1-8	0,95
Stress	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Dupret et al., 2012)	2	- À quelle fréquence avez-vous été irritable ? - À quelle fréquence avez-vous été stressé(e) ?	1-5	0,66
Stress au travail	Echelle visuelle analogique du stress (Lesage & Chamoux, 2008)	1	Segment horizontal de 100 mm. Bornes : - Absence de stress au travail - Stress au travail insupportable	S.0	S.0
Stress professionnel	Stress professionnel positif et négatif (Hansez et al., 2004)	11	- Mon travail m'épuise moralement.	1-4	0,81
Stimulation professionnelle	Stress professionnel positif et négatif (Hansez et al., 2004)	8	- Je suis très actif(ive) au travail.	1-4	0,85
SATISFACTION AU TRAVAIL					
Signification du travail	Work Design Questionnaire (Bigot, 2014) issu du Job diagnostic survey	4	- Les résultats de mon travail sont susceptibles d'affecter significativement la vie d'autres personnes. - Le travail en lui-même est très significatif et important.	1-7	0,80

Sens du travail	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Dupret et al., 2012)	2	- Votre travail a-t-il du sens pour vous ? - Avez-vous le sentiment que le travail que vous faites est important ?	1-5	0,78
Sens du travail ²	Psychological Meaningfulness Scale (May et al., 2004)	6	- Le travail que je fais en vaut la peine. - Je pense que le travail que je fais a de la valeur.	1-5	0,90
Amotivation	Echelle de motivation au travail (Gagné et al., 2014)	3	Pourquoi faites-vous ou ne faites-vous pas d'effort dans votre emploi actuel ? - Je n'en fais pas, parce que je sens vraiment que je perds mon temps au travail. - J'en fais très peu parce que je ne pense pas que ce travail en vaille la peine.	1-7	0,81
Satisfaction vis-à-vis de la nature du travail effectué	Job satisfaction survey (Spector, 1985)	4	- Je sens parfois que mon travail n'a pas de sens. - J'aime faire les choses que je fais au travail.	6	0,81
Satisfaction du travail	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Dupret et al., 2012)	1	- À quel point êtes-vous satisfait(e) de votre travail dans son ensemble, en prenant en considération tous les aspects ?	1-4	S.O
Plaisir au travail	Ad hoc : enquête « Travail et modes de vie » (Baudelot & Gollac, 2003)	1	- Au travail, avez-vous l'occasion de faire des choses qui vous plaisent et que vous ne pourriez pas faire ailleurs ?	1-5	S.O
Plaisir au travail	Questionnaire de vécu au travail (Vets et al., 2009)	9	- Je dois avouer que j'appréhende mon travail. - En général, j'aime entamer la journée de travail.	1-4	0,89
Passion harmonieuse	Echelle de mesure de la passion adaptée au travail (Vallerand, 2012)	6	- Les choses nouvelles que je découvre dans le cadre de mon travail me permettent de l'apprécier davantage.	1-7	0,79

			- Mon travail reflète les qualités que j'aime de ma personne.		
Intensité de la passion	Echelle de mesure de la passion adaptée au travail (Vallerand, 2012)	4	- J'aime beaucoup faire ce travail. - C'est important pour moi de faire mon travail.	1-7	0,84
Adéquation du travail ²	Work-role Fit Scale (May et al., 2004)	4	- Mon travail correspond à la manière dont je me vois. - J'aime l'identité que mon travail me donne.	1-5	0,92
SANTE ET QUALITE DE VIE					
Santé physique	Medical Outcome Study Short Form (Gandek et al., 1998)	6	Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique : - Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ? - Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	S.0	>0,68
Santé physique	WHOQOL-Bref (Baumann et al., 2010)	7	- La douleur physique vous empêche t'elle de faire ce dont vous avez envie ? - Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?	1-5	0,81
Santé mentale	Medical Outcome Study Short Form (Gandek et al., 1998)	6	Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel : - Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?	S.0	>0,68

			- Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?		
Santé psychologique	WHOQOL-Bref (Baumann et al., 2010)	6	- Aimez-vous votre vie ? - Estimez-vous que votre vie a du sens ?	1-5	0,81
Relations sociales	WHOQOL-Bref (Baumann et al., 2010)	3	- Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ? - Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	1-5	0,65
Fatigue comportementale	Echelle de fatigue révisée de Piper (Gledhill et al., 2002 ; Reeve et al., 2012)	3	- A quel point la fatigue que vous ressentez en ce moment est-elle une souffrance ou un souci pour vous ? - La fatigue que vous ressentez en ce moment affecte-t-elle votre capacité à travailler ?	1-10	>0,80
Fatigue affective	Echelle de fatigue révisée de Piper (Gledhill et al., 2002 ; Reeve et al., 2012)	3	La fatigue que vous éprouvez en ce moment est-elle : - Plaisante. - Normale.	1-10	>0,80
Fatigue sensorielle	Echelle de fatigue révisée de Piper (Gledhill et al., 2002 ; Reeve et al., 2012)	3	Comment vous sentez vous en ce moment : - Bien réveillé(e) ? - Energique ?	1-10	>0,80
Fatigue cognitive	Echelle de fatigue révisée de Piper (Gledhill et al., 2002 ; Reeve et al., 2012)	3	Comment vous sentez vous en ce moment : - Capable de vous concentrer ? - Capable de penser ?	1-10	>0,80
Irritabilité	Psychiatric Symptom Index (Ilfeld, 1976)	4	Au cours de la dernière semaine, vous êtes-vous : - laissé emporter.	1-4	0,79

			- senti(e) négatif envers les autres.		
Irritabilité/agressivité	Echelle de mesure des manifestations de détresse psychologique (Massé et al., 1998)	5	Au cours du dernier mois : - J'ai été agressif(ve) pour tout et pour rien. - J'étais facilement irritable, je réagissais plutôt mal, avec colère, aux commentaires qu'on me faisait.	1-5	0,81
Epuisement émotionnel	Maslach burnout inventory (Dion & Tessier, 1994)	9	- Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort. - Je sens que je craque à cause de mon travail.	0-6	0,90
Epuisement	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Dupret et al., 2012)	2	- À quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) à bout de force ? - À quelle fréquence avez-vous été émotionnellement épuisé(e) ?	1-5	0,71
Anxiété	Hospital anxiety and depression scale (Zigmond & Snaith, 1983)	7	- Je me sens tendu(e) ou énervé(e). - Je me fais du souci.	0-3	0,83
Anxiété	Psychiatric Symptom Index (Ilfeld, 1976)	3	Au cours de la dernière semaine, vous êtes-vous : - senti(e) tendu(e), sous pression. - ressenti des peurs.	1-4	0,72
Anxiété état	State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger (Gauthier & Bouchard, 1993)	20	- Je me sens calme. - Je me sens surmené(e).	1-4	0,90
Détresse psychologique liée au travail	General Health Questionnaire adapted to	12	- Capable de se concentrer. - Faire face aux problèmes.	0-3	

	a work-related context (Lesage et al., 2011)				
Disponibilité psychologique au travail ²	Ad hoc : psychological availability (May et al., 2004)	5	- Je suis confiant dans ma capacité à faire face aux problèmes qui surgissent au travail. - Je suis confiant dans ma capacité à penser clairement au travail.	1-4	
BESOIN DE REALISATION					
Possibilités d'épanouissement au travail	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Dupret et al., 2012)	2	- Votre travail nécessite-t-il que vous preniez des initiatives ? - Votre travail vous donne-il la possibilité d'apprendre des choses nouvelles ?	1-5	0,60
Accomplissement personnel	Maslach burnout inventory (Dion & Tessier, 1994)	8	- Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades. - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.	0-6	0,74
Justice procédurale	Colquitt's Organizational Justice Scale (Colquitt, 2001)	4	- Ces procédures vous permettent d'avoir de l'influence sur ce que vous obtenez ? - Ces procédures vous permettent de demander de réexaminer ce que vous obtenez ?	1-5	0,93
Rétroaction claire	Echelle de mesure de l'état psychologique de flow (Forest et al., 2005)	4	- Je perçois clairement comment ma performance progresses. - Je suis conscient de la qualité de ma performance.	1-7	>0,76
Expérience autotélique	Echelle de mesure de l'état psychologique de flow (Forest et al., 2005)	4	En général quand je travail : - J'aime vraiment l'expérience.	1-7	>0,76

			- J'aime les sensations associées à ma performance et je désire les revivre à nouveau.		
BESOIN D'ESTIME					
Justice distributive	Colquitt's Organizational Justice Scale (Colquitt, 2001)	7	- Ce que vous obtenez reflète les efforts que vous investissez dans votre travail ? - Ce que vous obtenez reflète votre contribution à l'organisation ?	1-5	0,80
Estime de soi	Echelle de mesure des manifestations de bien-être psychologique (Massé et al., 1998a)	4	Au cours du dernier moi : - J'étais satisfait(e) de mes réalisations, j'étais fier(ère) de moi. - Je me suis senti(e) utile.	1-5	>0,65
Place du travail dans la vie de l'individu	Kanungo's Job and Work Involvement Scale (Kanungo, 1982)	7	- Mon travail occupe l'essentiel de ma vie. - La plus part de mes objectifs personnels sont axés sur mon emploi.	1-7	0,83
Considérations individualisées	Multifactor Leadership Questionnaire (Hemsworth et al., 2013)	4	- Je prends le temps de faire de l'enseignement et de l'encadrement. - J'aide les autres à développer leurs forces.	0-4	0,77
Influence individualisée	Multifactor Leadership Questionnaire (Hemsworth et al., 2013)	4	- Je vais au-delà de mes propres intérêts pour le bien du groupe. - J'agis de manière à gagner le respect des autres.	0-4	0,80
Satisfaction vis-à-vis des opportunités et de la reconnaissance	Job satisfaction survey (Spector, 1985)	12	- Quand je fais un bon travail, je reçois la reconnaissance que je devrais recevoir. - Je ne me sens pas apprécié par l'organisation quand je pense à ce qu'ils me paient.	1-6	0,90

Reconnaissance	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Dupret et al., 2012)	2	- Votre travail est-il reconnu et apprécié par le management ? - Êtes-vous traité(e) équitablement au travail ?	1-5	0,81
BESOINS D'APPARTENANCE					
Implication affective	Echelle d'implication organisationnelle (Allen & Meyer, 1990)	6	- Je passerais bien volontiers le reste de ma vie professionnelle dans cet établissement. - Je ne ressens pas un fort sentiment d'appartenance à cet établissement.	1-7	0,96
Implication normative	Echelle d'implication organisationnelle (Allen & Meyer, 1990)	6	- Je ne ressens aucune obligation de rester dans cet établissement. - J'éprouverais de la culpabilité si je quittais cet établissement.	1-7	0,96
Engagement dans l'entreprise	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Dupret et al., 2012)	2	- Recommanderiez-vous à un ami proche de postuler sur un emploi dans votre entreprise ? - Pensez-vous que votre entreprise est d'une grande importance pour vous ?	1-5	0,61
Engagement psychologique (3 échelles non validées : engagement cognitif, engagement émotionnel, engagement physique) 2	Ad hoc : psychological engagement (May et al., 2004)	13	- Mon travail est si absorbant que j'en oublie tout le reste. - Je mets vraiment tout mon cœur dans mon travail.		0,77
COPING					
Coping centré sur le problème	Ways of Coping Check List (Cousson et al., 1996)	10	Décrivez une situation stressante... Pour faire face au problème :	1-4	>0,77

			- J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi. - Je me suis battu(e) pour ce que je voulais.		
Recherche de soutien social	Ways of Coping Check List (Cousson et al., 1996)	8	Décrivez une situation stressante... Pour faire face au problème : - J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais. - J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce que l'on m'a conseillé.	1-4	>0,77
Coping centré sur l'émotion	Ways of Coping Check List (Cousson et al., 1996)	9	Décrivez une situation stressante... Pour faire face au problème : - J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse. - J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé.	1-4	>0,77
EQUILIBRE VIE PROFESSIONNELLE - PERSONNELLE					
Conflit famille/travail	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Dupret et al., 2012)	2	- Sentez-vous que votre travail vous prend tellement d'énergie que cela a un impact négatif sur votre vie privée ? - Sentez-vous que votre travail vous prend tellement de temps que cela a un impact négatif sur votre vie privée ?	1-4	0,87
Effet négatif de la vie au travail sur la vie privée	Survey Work- Home Interaction-Nijmegen (Lourel et al., 2005)	8	- Vous êtes irritable à la maison parce que votre travail est exigeant ? - Vous avez du mal à remplir vos obligations familiales à cause de votre emploi du temps professionnel ?	0-3	0,84

Effet négatif de la vie privée sur la vie au travail	Survey Work- Home Interaction-Nijmegen (Lourel et al., 2005)	4	- Votre situation familiale vous rend si irritable que vous faites passer vos frustrations sur vos collègues ? - Vous n'avez pas envie de travailler à cause des problèmes avec votre époux(se)/famille/ amis ?	0-3	0,80
Effet positif de la vie au travail sur la vie privée	Survey Work- Home Interaction-Nijmegen (Lourel et al., 2005)	5	- Après une journée/une semaine agréable au travail, vous vous sentez plus d'humeur à faire des activités avec votre époux(se)/famille/amis ? - Vous gérez plus efficacement votre temps à la maison grâce à la manière dont vous travaillez ?	0-3	0,77
Effet positif de la vie privée sur la vie au travail	Survey Work- Home Interaction-Nijmegen (Lourel et al., 2005)	5	- Après avoir passé un agréable week-end avec votre époux(se)/famille/amis, vous vous amusez davantage dans votre travail ? - Vous gérez plus efficacement votre temps au travail parce que vous devez aussi le faire à la maison ?	0-3	0,73
REACTIONS EMOTIONNELLES					
Réactions émotionnelles au travail	Questionnaire de vécu au travail (Vets et al., 2009)	12	- Nerveux - Optimiste	1-4	0,87
Dépersonnalisation	Maslach burnout inventory (Dion & Tessier, 1994)	5	- Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets. - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.	0-6	0,64

VIE HORS TRAVAIL					
Satisfaction de Vie globale	Échelle de Satisfaction de Vie (Blais et al., 1989)	5	- En général, ma vie correspond de près à mes idéaux. - Mes conditions de vie sont excellentes.	1-7	0,84
Qualité de vie globale	WhoQol-Bref (Baumann et al., 2010)	1	- Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	1-5	S.O
Bonheur	Echelle de mesure des manifestations de bien-être psychologique (Massé et al., 1998)	5	Au cours du dernier mois : - J'ai trouvé la vie excitante et j'ai eu envie d'en profiter. - J'ai eu l'impression de vraiment jouir de la vie.	1-5	0,65
Soutien social global (4 échelles non validées : soutien de la famille, des amis, des collègues, des professionnelles de santé)	Questionnaire de Soutien Social Perçu (Bruchon-Schweitzer et al., 2003)	32 (voir exemples d'item)	Structure du questionnaire en 4 types de soutien * 4 groupes de personnes * 2 questions. Ces derniers mois, y a-t-il eu dans votre entourage des personnes qui, lorsque vous en aviez besoin : - Vous ont réconforté(e) et écouté(e) ? 1. La famille a. Combien ? b. En êtes-vous satisfait ? de 1 (pas du tout) à 5 (tout à fait) ? 2. Les amis a. Combien ? b. En êtes-vous satisfait ? de 1 (pas du tout) à 5 (tout à fait) ?	a. Nb de personnes b. 1-5	S.O

			- Se sont occupées de vous et vous ont aidé(e) matériellement ? ...		
Environnement de vie	WHOQOL-Bref (Baumann et al., 2010)	8	- Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ? - Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?	1-5	0,77

1. Le coefficient de cohérence interne est extrait des articles cités en référence. Ce coefficient correspond au degré moyen de corrélation entre les items d'une dimension. Il varie de 0 à 1 et plus il se rapproche de 1 plus l'échelle mesure une seule et même dimension (homogénéité) (Cortina, 1993). Il est d'usage de considérer qu'un coefficient supérieur à 0,7 est satisfaisant. Cependant, selon l'utilisation de l'échelle et l'interprétation des résultats, le niveau de cohérence interne acceptable peut être réduit (Schmitt, 1996).
2. Une traduction en Français de l'échelle est nécessaire. Une procédure de traduction à rebours peut être utilisée (Brislin et al., 1973).

Partie 3. Résultats de la recherche

Au regard du contexte social et organisationnel présenté dans la partie 1, l'équipe de recherche a été sollicitée par des établissements de santé afin de mener des études dans le domaine de la QVT.

En l'occurrence, nous avons étudié l'impact d'un transfert de services hospitaliers sur les professionnels. Nous avons également identifié des facteurs d'organisation associés à certains déterminants de la QVT dans des services d'urgence et de soins intensifs. Et nous avons enfin interrogé des praticiens de services de psychiatrie pour caractériser leur perception du contenu de la QVT.

Les deux sections suivantes présentent les modalités d'investigations et les résultats de ces études qui ont été publiés dans des revues scientifiques référencées.

Chapitre 3.1. Impact d'un transfert de services sur les personnels hospitaliers

Section 3.1.1. Etude qualitative auprès de 22 personnels hospitaliers transférés

Cette section a fait l'objet de la rédaction d'un manuscrit qui a été publié dans la revue des *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement* (cf partie « Articles dans leurs versions originales » page 248).

Sous-section 3.1.1.1. Introduction

Les risques psychosociaux (RPS) au travail se réfèrent aux aspects de l'organisation du travail, aux modes de gestion et au contexte social et environnemental, susceptibles de nuire aux travailleurs sur le plan social, psychologique et physique (Gollac & Bodier, 2011). L'ampleur de leur impact a conduit les pouvoirs publics à promouvoir dans les

objectifs prioritaires du Plan santé-travail 2010–2014 une politique active de prévention des RPS.

Selon le Code du travail, « l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs... [Il] veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des conditions existantes » (Code du travail, 2011). La problématique prise en compte de la dimension travail par le management n'est pas l'exclusivité des entreprises privées (Raveyre & Ughetto, 2003).

Les restructurations hospitalières entendues comme les changements d'organisation, de cadre du travail dans les hôpitaux publics (Norrish & Rundall, 2001) sont sources d'émergence de RPS (Brown et al., 2006 ; Pisljar et al., 2011).

L'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM), troisième établissement hospitalier de France, a révisé son projet d'établissement début 2009 et mis en place une modification importante de son offre de soins. Un transfert d'activités a été organisé durant l'été 2010 des Hôpitaux Sud vers l'Hôpital Nord où la demande de soins est en augmentation en raison du dynamisme démographique. Ces deux sites sont distancés de 18 km. Cette réorganisation entre dans le cadre d'un contrat de retour à l'équilibre financier avec des contraintes très rigoureuses. Une cellule locale d'accompagnement social (CLASMO) a été mise en place avec l'attribution d'indemnités de mobilité, de changement de résidence et de départ volontaire et des actions de conversion professionnelle. Parmi les services ciblés par le transfert, certains ont été regroupés avec des services similaires (EFR, pneumologie, réanimation, stérilisation, cuisine et pharmacie), d'autres ont simplement intégré de nouveaux locaux (oncologie et chirurgie thoracique).

L'observation de fusion entre plusieurs établissements hospitaliers (Raveyre, 2005) a montré que même lors d'un management soucieux de prendre en compte les dimensions sociales, les aspects liés aux pratiques de travail demeurent peu traités, seuls les aspects les plus formels relatifs à la gestion classique du personnel étant abordés.

Peu d'études ont analysé de façon approfondie la nature des liens entre les changements organisationnels et le bien-être au travail (Jennings, 2008 ; De Zanet et al., 2004). Norrish et Rundall (2001) stipulent que les restructurations ont un impact sur la satisfaction au travail des infirmiers et pourraient ainsi affecter la qualité des soins.

Une enquête qualitative a été réalisée peu après le redéploiement auprès du personnel (médical, paramédical, administratif et technique) transféré au site Nord de l'AP-HM afin de documenter leur vécu au travail et de fournir des éléments pour préparer une enquête quantitative réalisée à distance du transfert.

Sous-section 3.1.1.2. Méthodes

Population

Un entretien avec une psychologue a été proposé dans le cadre du suivi de santé travail, aux agents transférés tirés au sort, âgés d'au moins 18 ans, des deux genres et de toute catégorie professionnelle.

Afin de recueillir un éventail le plus large possible de points de vue et de constituer un échantillon diversifié, trois facteurs de confusion ont été retenus pour tirer au sort les agents : le genre, la classe d'âge (moins de 40 ans et plus de 40 ans) et la catégorie professionnelle (médicale, paramédicale et administrative/ technique). En raison d'un effectif limité dans les catégories administratives et techniques, et dans un souci de confidentialité, nous avons regroupé les deux catégories.

La liste des 237 sujets transférés du site Sud au site Nord de l'AP-HM a été scindée selon les trois facteurs de confusion en 12 sous-listes (correspondant à 12 catégories d'agents). Quatre agents par sous-listes ont été tirés au sort : deux agents interrogés et deux agents complémentaires pour pallier aux éventuels refus. Pour obtenir un nombre d'entretiens suffisant, lorsque dans une catégorie professionnelle, les agents de la sous-liste complémentaire ont également émis un refus, les sujets ont été recrutés sur une autre catégorie. Enfin, si dans une catégorie le nombre de sujets masculins était faible ou nul, un sujet de sexe féminin a été inclus à partir de la sous-liste complémentaire.

Procédure de recueil des données

Entre septembre et novembre 2010, une psychologue spécialisée dans le domaine de la santé au travail a réalisé des entretiens semi-directifs selon une procédure décrite dans la littérature (Britten, 1995 ; Brod et al., 2009), d'une durée moyenne de 60 minutes, auprès des agents ayant accepté de participer à l'étude. Les entretiens portaient notamment sur leur vécu vis-à-vis de l'annonce du transfert, le déroulement du déménagement, de l'accueil dans les nouveaux locaux, du nouveau poste, de l'organisation du service, de l'ambiance de travail et du projet professionnel.

Analyse des données

Les données des entretiens avec les agents ont été transcrites par la psychologue au fur et à mesure de leur déroulement. Puis, une analyse de leur contenu de type thématique a été effectuée. Pour chaque transcription, un premier codage exploratoire a été réalisé afin d'identifier les thèmes émergents. Une grille d'analyse thématique a été établie dans laquelle les transcriptions ont été analysées de façon approfondie. La fréquence de certains thèmes a été étudiée selon la fonction des agents et le type de leur service d'activité. Enfin, une analyse a été réalisée sur le vécu du transfert de l'agent perçu par la psychologue.

Sous-section 3.1.1.3. Résultats

L'enquête a été réalisée sur 22 agents (38 contactés, taux de réponse : 57,9 %). Les motifs de refus sont : les difficultés pour se libérer (cinq agents), l'agent ne se sent pas concerné (trois agents), démission ou maladie (deux agents), pas de motif (six agents). Les caractéristiques socioprofessionnelles (sexe, âge, service, fonction, statut) des agents interrogés sont détaillées dans le tableau 7 (page 146).

Les principales thématiques de cette recherche, relatives au vécu du transfert et à l'adaptation au nouveau poste, sont synthétisées dans le tableau 8 (pages 147-148).

Vécu de la situation de travail antérieure au transfert

Dix-neuf sujets étaient satisfaits de l'organisation et de l'ambiance au travail dans l'établissement Sud dans lequel ils auraient souhaité rester. Un agent y évoque « une ambiance familiale ». L'un des deux sujets non satisfaits dénonce un « certain laxisme ». La majorité (90%) du personnel interrogé connaissait leur cadre de santé et leur cadre supérieur sur ce site.

Tableau 7 : Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des agents interviewés lors de l'étude qualitative (n = 22 agents)

Caractéristiques des agents interviewés		Nombre d'agents
Sexe		
	Homme	8
	Femme	14
Age		
	Moins de 40 ans	8
	Egal ou plus de 40 ans	14
Service		
	Réanimation médicale	3
	Médecine : pneumologie, oncologie, exploration fonctionnelle respiratoire	9
	Chirurgie Thoracique	4
	Laboratoire et Technique : Pharmacie, Cuisine, Stérilisation	6
Fonction		
	Médicale : ^a 2CCA, 1PH, 1 MCU-PH, 1PU-PH	5
	Paramédicale : ^b 4 IDE, 3 AS, 1 IBODE, 1 PP	9
	Administratifs et technique : ^c 1 AA, 2 AEQ, 1 A. Sté, 2 SM, 1 CS, 1 CSS	8
Statut		
	Titulaires	18
	Non titulaires	4

^a professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH), maître de conférences universitaires- praticien hospitalier (MCU-PH), praticien hospitalier (PH), chef de clinique-assistant (CCA).

^b préparateur en Pharmacie (PP), aide-soignante (AS), infirmière diplômée d'état (IDE), infirmier de bloc opératoire diplômé d'état (IBODE).

^c adjoint administratif(AA), secrétaire médicale(SM), cadre de santé(CS), cadre supérieur de santé(CSS), agent de stérilisation (A. Sté) et agent d'entretien qualifié (AEQ).

Communication/ information relative au transfert

Un tiers (36%) des agents dit avoir été informé tout d'abord par des « bruits de couloir », près d'un tiers précise avoir été prévenu du transfert par les cadres « que trois mois avant ». Dix agents considèrent que le nombre de réunions a été insuffisant et deux déplorent leur absence. La majorité déplore un manque de communication globale,

certaines déclarent que les cadres « possédaient des informations floues, s'enfermaient dans leur bureau car ils avaient beaucoup de papiers administratifs à faire, ne venaient pas à notre rencontre » ou encore « les réunions d'informations étaient réservées aux cadres et aux médecins ». L'un des agents interrogés regrette de ne pas avoir été « intégré aux projets des responsables et consulté pour prendre part aux décisions ». Le manque de communication et d'information a été très mal vécu par la majorité des participants, certains considérant avoir été « traités comme des pions ».

Tableau 8 : Principaux thèmes relevés auprès des agents sur le vécu du transfert et l'adaptation au nouveau poste

Thèmes relevés	Fonction ^a (nb d'agents)			Service ^b (nb d'agents)			
	Adm/ Tech (N=8)	Méd (N=5)	Paraméd (N=9)	Réa (N=3)	Méd (N=9)	Chir (N=4)	Labo/ Tech (N=6)
	Situation de travail antérieure au transfert						
Organisation et ambiance satisfaisante	8	4	7	2	7	4	6
Connaissance des cadres	7	4	9	1	9	4	6
Communication/information sur le transfert							
Annonce par bruit de couloir	1	3	4	2	3	2	1
Annonce par les cadres 3 mois avant	1	1	4	0	4	1	1
Annonce entre 3 mois et un an	5	2	5	1	4	3	4
Réunions du personnel insuffisantes	3	2	7	2	4	3	3
Déroulement du déménagement							
Manque de soutien	0	1	4	1	2	1	1
Pas de soutien de l'encadrement	0	1	2	1	1	1	0
Période mal choisie	2	3	0	1	2	1	1
Lors des congés annuels	3	1	0	1	0	1	2
Bien vécu	5	2	5	1	6	2	3

Tableau 8 (suite) : Principaux thèmes relevés auprès des agents sur le vécu du transfert et l'adaptation au nouveau poste

Thèmes relevés	Fonction ^a (nb d'agents)			Service ^b (nb d'agents)			
	Adm/ Tech	Méd	Paraméd	Réa	Méd	Chir	Labo/ Tech
Accueil au site Nord							
Bon accueil	8	2	7	1	7	3	6
Trajet augmenté	2	3	6	2	6	1	2
Insuffisance de place de parking	1	0	3	0	2	1	1
Prime insuffisante	1	0	4	0	2	2	1
Non contacté ou en attente	2	2	2	1	2	1	2
Chef de service non rencontré	1	0	1	0	1	0	1
Chef de service impliqué	2	1	1	1	3	0	0
Présentation des équipes non satisfaisante	2	3	4	2	4	1	2
Bonne intégration	4	1	4	1	3	2	3
Adaptation au nouveau poste							
Effectifs insuffisants	3	3	4	2	4	3	1
Changement d'organisation du travail	2	4	7	2	6	1	4
Matériels et locaux vétustes ou inadaptés	1	3	8	2	5	1	4
Charge de travail augmentée	0	2	3	1	4	0	0
Changement du rythme horaire difficile	1	1	3	1	3	1	0
Communication difficile	3	4	2	2	4	2	1
Réunions trop rares ou absentes	2	2	5	1	3	3	2
Vécu actuel / projet professionnel							
Bon vécu	6	1	1	1	3	2	2
Absence de reconnaissance du travail	2	0	4	0	2	1	3
Désir quitter l'APHM	0	2	1	2	1	0	0

^a Fonction : administratif et technique (Adm/Tech), médicale (Méd), paramédicale (Paraméd).

^b Service : réanimation médicale (Réa), médecine (Méd), chirurgie (Chir), laboratoire et technique (Labo/Tech).

Déroulement du déménagement

La moitié des agents déclarent avoir bien vécu le déménagement mais la plupart d'entre eux mentionnent qu'il s'est effectué durant « une période mal choisie » (congés estivaux) induisant « un manque d'aide, un surcroît de travail pour la confection des cartons ou le triage des archives ». Certains agents signalent regretter l'absence d'encadrement lors du déménagement alors que les cadres déclarent « s'être trouvés seuls face à cela ». Quatre agents interrogés étaient en congés annuels pendant cette période. Parmi le tiers relatant avoir mal vécu le transfert, certains évoquent « un manque d'aide », ou « de nouveaux locaux non prêts ».

Accueil /arrivée au site Nord

« Malgré quelques tensions au début », l'ensemble des agents déclarent avoir été bien accueillis par l'équipe en place ou le service voisin, exceptés quatre d'entre eux, tous affectés dans le même service. En outre, la moitié des sujets précisent effectuer un temps de trajet beaucoup plus long (jusqu'à deux heures de plus). Certains ont dû déménager. La prime de mobilité de la CLASMO est jugée insuffisante pour cinq des personnes interrogées déplorant l'absence de prise en compte de l'augmentation du coût de l'essence et de l'usure de la voiture. Les places de parking sont estimées insuffisantes surtout par les personnels paramédicaux qui prennent leur service en début d'après-midi. A leur arrivée au site Nord, neuf agents indiquent « avoir dû se débrouiller seuls, ne pas avoir été présentés à l'équipe et informés de la nouvelle organisation du service, se sentant rejetés et considérés comme des incompetents avec des méthodes de travail archaïques ».

Adaptation au nouveau poste

La majorité des agents médicaux et paramédicaux ont ressenti que la prise de fonction de leur nouveau poste a impliqué un remaniement dans l'organisation du travail. Dix personnes issues de toutes les catégories professionnelles soulignent « un réel manque d'effectifs dans tous les services » avec l'augmentation de la charge de travail que cela implique. Certains précisent que « pour le personnel de jour, les aides-soignants (AS) sont en nombre correct mais les infirmiers (IDE) pas assez nombreux et les intérimaires mal formés, ce qui peut poser un problème dans un service très lourd ». D'autres mentionnent

que « le passage en 12 heures a été très difficile physiquement et éreintant bien qu'ils aient plus de jours de repos ». L'équipe de jour reproche à l'équipe de nuit de lui « laisser un surcroît de travail ». Un agent précise que « les liens avec l'équipe de nuit sont difficiles car il y a beaucoup d'absentéisme chez le personnel de nuit et certains ne sont qu'en dix heures. Il y a donc des périodes où l'on est seul ».

Les locaux sont considérés parfois comme vétustes et inadaptés : « on ne sait pas où stocker les produits, la salle de repos est trop petite, on est obligé d'attendre notre tour pour manger ».

Neuf agents de tous services confondus se plaignent d'un manque de communication dans les services et entre chefs de service nuisant à la bonne mise en œuvre de nouvelles méthodes de travail ou de nouveaux protocoles : « les relations sont déshumanisées, les rapports moins directs avec les décideurs ; les chefs de service nous ont braqués, c'est comme ça et pas autrement ! ; la communication ne passe pas à tous les niveaux, mauvaise passation des consignes entre médecins, alors que les méthodes de l'un pourraient être profitables à l'autre et inversement ».

Enfin, quatre agents déclarent avoir exprimé à leur supérieur hiérarchique un refus d'être transférés dans le site Nord mais face au manque d'effectifs ou à l'impossibilité d'acquiescer un autre emploi dans un bref délai, ils auraient été contraints de subir cette mutation temporairement.

Vécu actuel / projet professionnel et suggestions

La perception du vécu du transfert de l'agent par la psychologue selon l'âge, le service et la fonction est exposée dans le tableau 9 (page 151). La moitié des agents interrogés est perçue comme ayant vécu difficilement son transfert. La plupart sont des agents médicaux et paramédicaux qui, au moment de l'entretien, continuent à mal vivre ce changement. Parmi eux, trois agents féminins, dont deux âgés de plus de 40 ans, issus des trois catégories professionnelles, sont qualifiées comme susceptibles de présenter un syndrome de burnout.

Tout le personnel transféré a subi en partie le changement de collègues et de supérieur hiérarchique. Un agent regrette « la perte de l'ambiance familiale » antérieure au déménagement « qui soudait l'ensemble de l'équipe médicale ». Les professions paramédicales, administratives et techniques déplorent un défaut de reconnaissance de leur travail : « aucun remerciement de la part de l'hôpital alors que l'on a fait des heures supplémentaires ; aucune reconnaissance de travail ».

Parmi les suggestions d'amélioration des conditions de travail émises par les agents ayant mal vécu le transfert, l'augmentation du nombre de réunions du personnel et l'amélioration de la communication avec les supérieurs hiérarchiques sont les deux propositions récurrentes. Certains auraient préféré une information officielle plus précoce, d'autres être intégrés au projet des responsables et prendre part aux décisions.

Tableau 9 : Perception par la psychologue du vécu du transfert des agents selon l'âge, le service et la fonction

Vécu du transfert	Nb total (n=22)	Age ≥ 40 ans (n=14)	Sexe féminin (n=14)	Fonction		
				Méd	Paraméd	Adm/Tech
Bien	8	3	4	1	3	4
Ni bien ni mal	3	2	2	1	1	1
Mal	11	9	8	3	5	3

Adm/Tech : administratif et technique ; Méd : médicale ; Paraméd : paramédicale.

Sous-section 3.1.1.4. Discussion

Les études relatives aux changements organisationnels ont défini quatre thématiques principales : leur contenu, leur contexte, leur processus et leurs conséquences (Armenakis & Bedeian, 1999). Les psychologues du travail ont plus particulièrement analysé les conséquences des changements organisationnels majeurs en entreprise (De Zanet et al., 2004). Ils ont mis en évidence combien ces derniers peuvent affecter négativement le fonctionnement et les performances d'une entreprise, mais aussi et surtout le bien-être des travailleurs (Moyle & Parkes, 1999). Ils ont alerté les responsables sur l'indispensable prise en compte des facteurs humains dans la réussite de tels changements. Dans la présente étude, les principales difficultés rencontrées par les agents, pouvant engendrer une altération du bien-être, sont liées à la communication et à l'adaptation.

Difficultés liées à la communication

Chez les salariés victimes de mutations au sein de l'entreprise, le manque de communication est décrit comme un réel facteur de stress (Bobillier-Chaumon, 2003). La perception d'une insuffisance de communication sur le déménagement avec notamment un faible nombre de réunions d'information du personnel est l'un des problèmes le plus souvent relaté par les agents de l'AP-HM alors même que la DRH a mis en place un programme de communication spécifique aux transferts. Ainsi, ils n'ont pu se préparer suffisamment tôt pour pouvoir s'organiser autant sur le plan pratique que psychologique. Sur le plan pratique, certains déclarent avoir eu très peu de temps pour déménager, trouver un mode de garde ou encore changer de voiture compte tenu du temps de trajet augmenté. Sur le plan psychologique, ils soulignent combien il leur a été difficile d'obtenir une information fiable. Ils ont été intégrés dans un service dont ils ne connaissaient pas le mode de fonctionnement, ils ont « appris sur le tas ». Le dispositif de communication de la DRH nécessitait un relais sur le terrain (directions des sites hospitaliers, encadrement soignant, de proximité).

Ce défaut d'information est sans doute une des conséquences du mode de gestion de nombreuses entreprises. En effet, le centre de décision d'une entreprise ne se trouve pas toujours en son sein et, dès lors, même les gestionnaires se trouvent confrontés à l'incertitude du changement, incertitude qu'ils répercutent auprès de leurs collaborateurs (Côté et al., 1994). Ici, le centre de décision (direction générale, DRH) n'était pas, en l'occurrence, celui des transferts (sites hospitaliers).

Coté et al., (1994) soulignent l'impact de la participation des individus au changement organisationnel. Ils indiquent que la productivité est plus importante dans les groupes où les membres ont participé à la mise en place du changement que dans les groupes sans possibilité de participation. Sur le site d'accueil, dans certains services de spécialité similaire ayant été regroupés, un défaut de communication entre les services et les chefs de service a été mentionné : il ne facilitait pas une bonne entente entre les équipes, gênant la maîtrise de nouvelles méthodes de travail et induisant chez les nouveaux arrivants un sentiment de manque d'unité et d'entraide. Ces doléances soulignent combien le supérieur hiérarchique direct occupe un rôle crucial dans la gestion du changement, les travailleurs attendant de lui un support technique et émotionnel utile à la compréhension des événements.

Difficultés liées à l'adaptation

Les résultats suggèrent que les agents plus âgés présentent davantage de difficultés d'adaptation dans leur nouveau site que les plus jeunes. Toutefois, si l'âge physiologique peut être en cause, il peut s'agir également d'habitudes de travail anciennes plus difficiles à modifier. Certaines contraintes posent davantage de problèmes aux salariés plus avancés en âge : les horaires irréguliers et/ou nocturnes, les postures pénibles, les fréquentes situations d'urgences et le manque de possibilités d'anticiper. L'apport de l'expérience professionnelle dépend des marges de manœuvre dont chacun dispose dans son travail. Quand ces marges sont trop étroites, la situation de travail est très difficile à vivre pour les anciens (Molinié & Volkoff, 2002).

En ce qui concerne la nature des changements auxquels les travailleurs ont été confrontés, trois points sont récurrents : un temps de trajet considérablement allongé, un matériel et des locaux jugés vétustes ou inadaptés et enfin un changement d'organisation du travail avec notamment le passage à un temps de travail en 12 heures mal ressenti pour certains.

Les changements entraînant le plus de difficultés d'adaptation sont liés aux nouveaux collègues ou supérieurs hiérarchiques considérés comme ayant un comportement individualiste ou utilisant des procédés de travail différents.

L'effectif global insuffisant, souligné par la plupart des sujets quel que soit le service ou le niveau hiérarchique, à l'origine de surcharge de travail et de fatigue, a conduit certains à éprouver un sentiment de faible auto-efficacité avec apparition d'un syndrome de burnout.

Les organisations sont actuellement de plus en plus amenées à être flexibles et capables de s'adapter rapidement aux contraintes externes et internes. D'un côté, elles favorisent la productivité et peuvent améliorer la qualité de vie des travailleurs par le développement de nouvelles compétences ou encore un aménagement du temps de travail. D'un autre côté, elles peuvent conduire à des réductions d'effectifs, une précarité de l'emploi, une exposition grandissante aux risques physiques et psychosociaux et avoir des répercussions pour les travailleurs notamment en termes d'horaires et d'intensification du travail (Leruse & Di Martino, 2004).

Vécu des agents

Les données du tableau 8 (pages 147-148) montrent que les agents ont des perceptions variées des changements. Concernant les conséquences à court terme, ces données vont

dans le sens des études empiriques, à savoir que les changements organisationnels sont plutôt associés à une détérioration de la qualité de vie. Dix agents rapportent avoir l'impression d'une charge de travail alourdie (quantité et rythme de travail, ressources disponibles), d'une dégradation dans la définition et la clarté de leurs tâches. Certains rapportent également se sentir moins motivés par leur travail et avoir davantage envie de quitter l'entreprise qu'auparavant. Les changements sont associés à une diminution de l'implication organisationnelle, à une diminution du rendement au travail et de la productivité ou encore à une augmentation de l'intention de quitter l'entreprise (Raveyre & Ughetto, 2003 ; Armstrong-Stassen, 1998 ; Kozlowski et al., 1993).

Huit agents déclarent regretter ne pas avoir eu de soutien social et moral, se sentir seuls, angoissés. Le rôle modérateur du soutien social entre les contraintes professionnelles et les réponses adaptatives est mal défini (Hellemans & Karnas, 1997). Il apparaît comme une variable importante pour la compréhension du vécu lors d'un changement organisationnel et du stress. Rasclé et al. (1997) mentionnent différents types de soutien social. Il peut provenir de plusieurs sources telles que les collègues, les supérieurs ou les relations externes au travail. Ces auteurs précisent que le soutien social perçu prédit le mieux la qualité de vie ultérieure. Sous l'effet du stress, les sujets ayant un faible soutien social perçu sont plus vulnérables.

Les données du tableau 9 (page 151) montrent une hétérogénéité dans la perception par la psychologue du vécu des agents selon l'âge, le sexe et la catégorie professionnelle (médicale, paramédicale). Les hommes paraissent avoir mieux supporté le transfert que les femmes. De tels résultats ne sont pas rapportés dans la littérature. Un syndrome de burnout a été qualifié par la psychologue chez trois agents féminins dont un praticien hospitalier (PH), une secrétaire âgées de plus de 40 ans et une IDE de moins de 40 ans. Selon les données de la littérature, personne n'est à l'abri de l'épuisement professionnel ; hommes et femmes sont touchés en proportions presque égales et aucune catégorie d'âge n'a été définie comme étant plus à risque (Labarre, 2004). Pour Clot (2010), le plaisir du « travail bien fait » est la meilleure prévention contre le « stress » : il n'y a pas de « bien-être » sans « bien faire ». Lors de restructurations, ce serait les agents qui pour ne pas perdre la signification de leur action et le sens de leur travail assureraient au jour le jour le traitement des problèmes professionnels qui émergent, contribuant à accroître la charge de travail et à interioriser nombre de tensions (Raveyre, 2005).

Les données de notre enquête montrent que les agents de la catégorie administrative et technique semblent avoir mieux vécu le transfert. Nous pouvons évoquer comme hypothèse explicative des horaires de travail moins lourds que pour les autres catégories professionnelles et une certaine indépendance vis-à-vis du reste du personnel.

Un autre problème soulevé par certains agents était lié au fait que, malgré leur refus d'être transférés, ils ont été contraints de subir ce changement temporairement. Les résistances au changement sont un phénomène naturel et commun. Coté et al. (1994) désignent deux causes de résistances au changement. Soit les personnes ne sont pas convaincues de la nécessité de changer, soit elles ne sont pas d'accord avec la manière dont le changement est effectué. Quand les changements organisationnels impliquent la création de quelque chose de nouveau, ils signifient également la destruction ou le remplacement des structures et des relations sociales familières.

Enfin comme le soulignent Bueno & Bowditch (1989), les changements majeurs sont souvent planifiés sur le long terme et leurs conséquences peuvent s'étaler sur de très longues périodes ; ils notent qu'il faut au moins deux années pour pouvoir évaluer l'impact d'une fusion.

Limites de la recherche

L'interprétation des résultats de cette enquête doit rester prudente en raison de ses limites. La taille de l'échantillon étant faible, il ne peut être considéré comme représentatif des 237 agents destinés à être transférés. Comme pour toute étude qualitative, ce n'est pas la représentativité de la population qui a été souhaitée dans cette étude mais celle de la diversité des situations (âge, sexe, catégorie professionnelle).

De plus, parmi les personnes sollicitées, une part plus importante de femmes de fonction paramédicale a accepté de répondre. Toutefois, elles sont plus nombreuses que les hommes dans la population initiale. De même, ce sont les sujets âgés de 40 ans et plus qui ont davantage répondu. Bien que les résultats ne soient donc pas généralisables à l'ensemble de la population transférée, cette enquête a permis de mettre en évidence les principales difficultés rencontrées, certaines perceptions, et ainsi de soulever certaines hypothèses concernant la communication, l'adaptation et le vécu.

Sous-section 3.1.1.5. Conclusion

Actuellement, du fait de l'évolution du contexte économique, c'est davantage le changement que la stabilité qui est la norme des entreprises. Le transfert d'un salarié d'un site à un autre au sein d'une même entreprise ou d'un même établissement représente un

changement qui peut être vécu différemment selon les circonstances qui accompagnent cette mutation.

Pour la plupart des agents interrogés dans cette enquête préliminaire, les difficultés liées à leur transfert sont en rapport avec un défaut de communication et des changements d'organisation. Il semble exister également des facteurs relatifs à l'augmentation de la charge de travail et parfois aux agents eux-mêmes à l'origine de sentiment de faible auto-efficacité conduisant certains à développer un syndrome de burnout.

Enfin, il apparaît une hétérogénéité dans le vécu des agents selon leur sexe, leur âge et leur catégorie professionnelle, les sujets masculins, de moins de 40 ans ou ayant une profession administrative ou technique, semblant mieux disposés au changement. Si certains des changements sont plutôt perçus négativement, d'autres peuvent être perçus positivement.

Tel est le cas notamment des compétences requises pour l'exercice de son métier, du niveau de responsabilité ou encore de la plus grande autonomie au travail. L'ensemble de ces résultats appelle à une réflexion sur des actions à prévoir en termes de communication, d'organisation et de soutien dans leur pratique. Ils ont permis l'élaboration d'un protocole et d'un questionnaire de recherche pour une étude quantitative dont l'objectif est de vérifier les hypothèses soulevées, de quantifier les éléments recensés, d'élaborer des modèles explicatifs en vue de préconiser des solutions d'amélioration du bien-être au travail.

Section 3.1.2. Etude quantitative auprès de 180 personnels hospitaliers transférés et 272 personnels témoins

Cette section a fait l'objet de la rédaction d'un manuscrit qui a été publié dans la revue *Journal of Occupational and Environmental Medicine* (cf partie « Articles dans leurs versions originales » page 248).

Sous-section 3.1.2.1. Introduction

Le terme de QVT, mentionné lors d'une conférence à New York City en 1972, a été présenté comme agrégeant quatre aspects: intégrité physique, intégrité psychique,

développement du dialogue social et équilibre de la vie professionnelle - vie hors travail (International Conference on the Quality of Working Life, 1975). C'est un concept basé sur la perception par un individu de sa position et de sa capacité d'action dans les sphères culturelles, organisationnelles et relationnelles de l'entreprise (Dupuis et al., 2009). En particulier, la QVT dépend de la façon dont le travailleur se sent valorisé, récompensé, motivé, consulté et responsabilisé. Usuellement, une évaluation de la QVT peut être réalisée au cours de trois contextes distincts : en situation habituelle de travail, dans une situation détériorée ou lors d'une restructuration (Direction générale de l'administration et de la fonction publique, 2014).

La restructuration est un processus qui vise à apporter un avantage stratégique ou une meilleure performance à une organisation. Les établissements de santé ont connu des restructurations importantes dans les dernières décennies (Aiken & Fagin, 1997; Bourbonnais et al, 2005). Cependant, dans de nombreux cas, les restructurations ne produisent pas l'effet attendu (Cascio, 2005) et peuvent avoir des conséquences négatives sur la santé des employés (Brown et al., 2006 ; Geuskens et al., 2012 ; Groupe d'experts HIREs, 2009 ; Lavoie-Tremblay et al., 2010 ; Woodward et al., 1999).

Le transfert est un des sept types de restructurations référencés par l'« European Monitoring Centre on Change ». Armstrong-Stassen a montré que, deux ans après des transferts de personnels avec réduction d'effectif, les infirmières interrogées percevaient un soutien plus faible de la part des collègues et une adhésion moindre à l'organisation (Armstrong-Stassen, 2003).

Quelques travaux ont étudié les liens entre diverses modalités de transfert et les conséquences sur la santé (Barnes et al., 1986 ; Feldman, 1995 ; Martin, 1996 ; Moyle & Parkes, 1999 ; Armstrong-Stassen et al., 2001). A notre connaissance, seuls trois articles reportent les résultats d'investigations sur des déterminants de la QVT après un délai minimum d'un an et dans deux articles seulement. Il s'agit d'un transfert de personnel sans réduction d'effectif. La dernière étude sur un transfert en établissement de santé a été conduite dans les années 1990 et a porté exclusivement sur des infirmiers (Armstrong-Stassen et al., 2001).

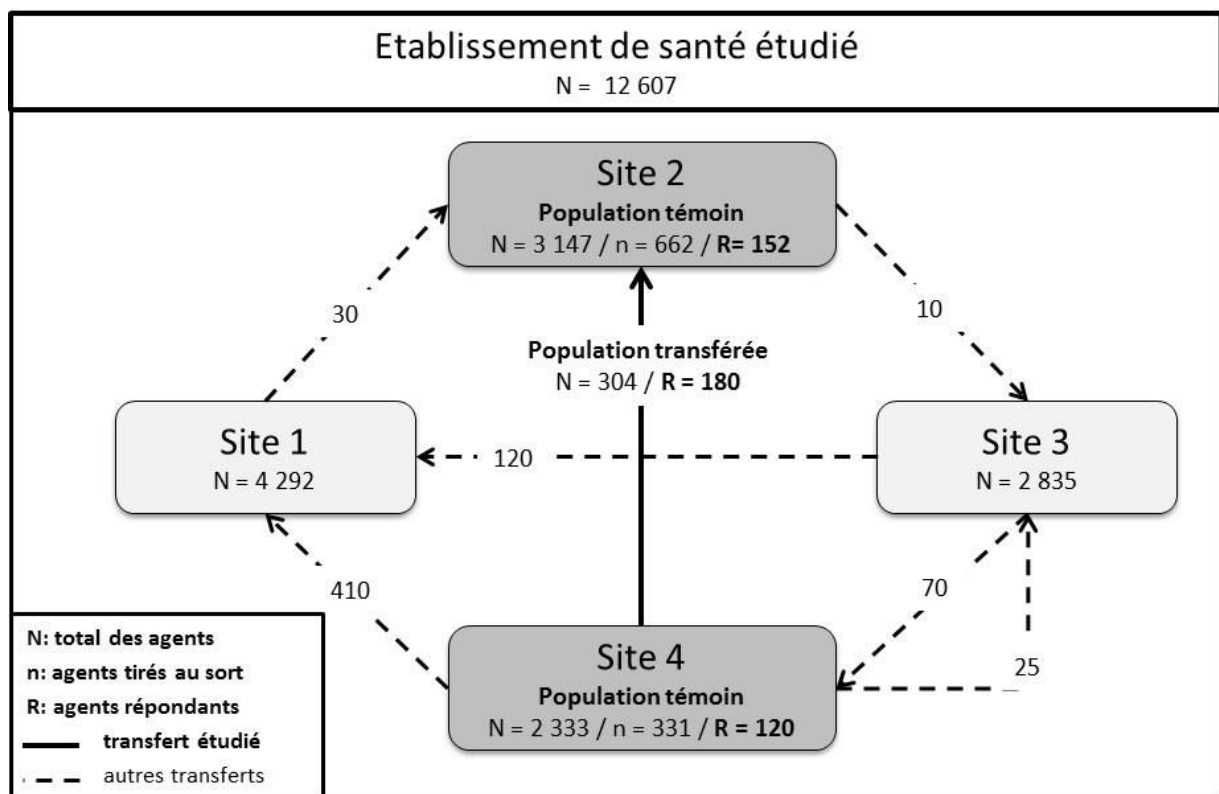
Le nouveau schéma régional d'organisation des soins en lien avec une importante augmentation démographique de 9% en 10 ans a conduit l'établissement de santé étudié à construire sur un site (site 1, figure 18, page 158) un hôpital de haute technologie, centre d'excellence pour les urgences, la réanimation, les blocs opératoires et l'imagerie médicale. Cet établissement a également développé un hôpital de référence multidisciplinaire sur un autre site (site 2, figure 18, page 158).

Ainsi, un transfert de personnels a été réalisé entre les quatre sites hospitaliers (figure 18, page 158) sans réduction d'effectifs et de budget. Un programme d'accompagnement

a été mis en place pour aider le personnel à accepter le transfert ou à choisir un projet de mobilité, un départ volontaire ou une reconversion professionnelle.

Cette étude a pour objectif de comparer les résultats de la mesure de certains déterminants de la QVT entre une population transférée et une population témoin.

Figure 18 : Illustration des flux de personnels transférés dans l'établissement public de santé étudié



Sous-section 3.1.2.2. Méthodes

Type d'étude et population

Une étude transversale a été menée douze mois après le transfert de 5 services entre 2 sites d'un établissement public de santé hospitalo-universitaire du sud de la France. Parmi les 4 sites hospitaliers concernés par le transfert, les Sites 2 et 4 étaient ceux qui étaient

les plus éloignés l'un de l'autre. Dans certains cas, ces transferts ont conduit à fusionner des unités provenant de services différents.

Le transfert s'est déroulé au sein d'une population de professionnels médicaux, paramédicaux, administratifs et techniques, en poste au Site 2 lors de la distribution des questionnaires. Ces agents travaillaient dans les services hospitaliers de pneumologie, d'oncologie, de chirurgie thoracique, de chirurgie urologique, de réanimation, de stérilisation et pharmacie.

Les questionnaires dédiés à la population témoin ont été distribués aux professionnels médicaux, paramédicaux, administratifs et techniques, qui n'ont pas été transférés et affectés dans les Sites 2 et 4. Ces agents travaillaient dans les services hospitaliers de psychiatrie, d'endocrinologie, de rééducation, de gériatrie, de rhumatologie, de médecine interne, de chirurgie orthopédique et du centre anti-poison. La sélection des sujets a été réalisée par tirage au sort.

Conception du questionnaire auto-administré

Le questionnaire auto-administré a exploré les caractéristiques socioprofessionnelles et la perception des conditions de travail par des questions ad-hoc. Les contraintes mentales professionnelles, la santé perçue et les contraintes psycho-organisationnelles ont été investiguées par des questionnaires standardisés. L'auto-questionnaire est divisé en quatre parties :

Partie I : Cette partie est composée de 51 questions ad-hoc. Ces questions ont été créées suite à la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès d'un échantillon tiré au sort de personnels hospitaliers.

Ces entretiens ont été menés par une psychologue auprès de 22 travailleurs en tenant compte de trois facteurs de confusion : le genre, la tranche d'âge (au-dessus et en dessous de 40 ans), la catégorie professionnelle (médicale, paramédicale, administrative/technique). Les entretiens se sont focalisés sur l'organisation du service, l'environnement de travail et le plan de carrière. Le contenu de ces entretiens a été analysé en utilisant une grille de thématiques préidentifiées puis revues par dix membres du personnel de l'hôpital pour s'assurer de la clarté et de la cohérence des questions (Tuchtan et al., 2013).

Partie II : Cette partie comporte les 26 items du questionnaire de Karasek (Job Content Questionnaire ou JCQ) qui décrivent les contraintes mentales au travail, le « job strain »

et l' « isostrain », associés à la demande psychologique, à la latitude décisionnelle et au soutien social (Karasek et al., 1998; Niedhammer et al., 2006a).

Partie III : Cette section inclut 12 questions mesurant la santé mentale perçue (Mental Component Summary - MCS) et la santé physique perçue (Physical Component Summary - PCS). Le questionnaire SF-12® (Health Survey Scoring Demonstration) est une version abrégée et issue du questionnaire SF-36 (Gandek et al., 1998).

Partie IV : Cette section est composée des 22 questions validées en français provenant du Nursing Work Index-Extended Organization (NWI-EO). Ces questions permettent l'exploitation de huit contraintes psycho-organisationnelles qui décrivent l'environnement de travail des soignants (Bonnetterre et al., 2011) :

1. organisation qui favorise la communication ;
2. soutien de la hiérarchie ;
3. effectif suffisant dans le service ;
4. interruptions dans le travail ;
5. relations au sein de l'équipe soignante ;
6. partage des valeurs de travail ;
7. soutien de l'administration ;
8. organisation qui permet le respect des congés.

Certaines questions ont été adaptées pour les médecins et les autres soignants.

Collecte des données

L'auto-questionnaire et une lettre d'information ont été envoyés à chaque participant 12 mois après le transfert. Chaque sujet a bénéficié de trente minutes sur son temps de travail pour compléter le formulaire. Les supérieurs hiérarchiques ont été informés au préalable par courrier des objectifs et des modalités de réalisation de l'étude.

Le médecin responsable de l'étude a collecté tous les questionnaires dans chaque service. Quatre rappels ont été effectués par courrier électronique, appel téléphonique ou directement auprès des participants sur leur lieu de travail.

La participation était volontaire et anonyme, en accord avec la loi du 6 Aout 2004. La collecte de données a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL; N° de déclaration: 1488513v0).

Procédure d'analyse des données

Une analyse statistique descriptive a été réalisée avec le logiciel « Statistical Package for the Social Sciences » (SPSS) version 20.

Les variables quantitatives ont été décrites en utilisant les moyennes et écart-types et les variables qualitatives ont été décrites par des effectifs et des pourcentages. Pour les contraintes mentales au travail, l'association d'une demande psychologique élevée (DP > 20) et d'une latitude décisionnelle faible (LD < 71) correspond à une situation de job strain (JS). Une situation de job strain associée à un manque de soutien social (SS < 24) est définie comme une situation d'isostrain (IS) (Niedhammer et al., 2006a). Pour qualifier le niveau de santé mentale, le score moyen de santé mentale (MCS) en population française (M = 47,2) a été utilisé. Pour la santé physique, le score moyen de santé physique (PCS) en population française a été utilisé (M = 50,4) (Lang & Delpierre, 2008). Les scores au-dessus et en dessous du score moyen permettent de considérer la santé perçue comme respectivement élevée et basse.

Concernant les contraintes psycho-organisationnelles, le score initial de chaque dimension a été obtenu en ajoutant les items de la même dimension selon une échelle de Likert de « 1 à 4 ». Afin de standardiser la présentation des résultats, les scores de l'ensemble des dimensions ont été transformés sur une échelle de 0 à 15, selon la formule suivante : $\text{score } 15 = (15/4n) \times \text{score initial}$, où n est le nombre d'items composant chaque dimension. Le score d'une dimension varie de 0 (très faibles contraintes) à 15 (très hautes contraintes).

Dans un premier temps, des analyses statistiques univariées ont été réalisées. Les variables qualitatives ont été comparées par le test du Chi² de Pearson. Les variables qualitatives et quantitatives ont été comparées par le test t de Student. Dans un second temps, des analyses multivariées ont été conduites afin de contrôler les facteurs de confusion identifiés par des analyses univariées ($p < 0,2$). Une régression linéaire a été utilisée lorsque la variable dépendante était quantitative. Une régression logistique a été utilisée lorsque la variable dépendante était qualitative. Les tests statistiques étant réalisés en situation bilatérale, les valeurs de p inférieures à 0,05 ont été considérées comme significatives.

Sous-section 3.1.2.3. Résultats

Notre étude inclut 1297 agents provenant de 2 sites ; 304 d'entre eux ont été transférés et 993 d'entre eux font partie de la population témoin. Nous avons reçu 452 réponses, 180 étaient des agents transférés constituant un taux de réponse de 59,2%. La population témoin répondante est composée de 272 agents correspondant à un taux de réponse de 27,4%. Les flux de personnels transférés sont illustrés dans la figure 18 (page 158). Douze mois après le transfert, 37 sujets transférés sur le Site 2 n'étaient plus en poste (démissions, congés maladies, congés parentaux, disponibilité, retraite) et ont été exclus de l'étude.

En comparant les caractéristiques des agents répondants et non-répondants de la population transférée, aucune différence significative n'apparaît en termes de catégories professionnelles, de services d'affectation et de moyennes d'âges. Les répondants (R) transférés sont composés de moins de femmes que les non-répondants (NR) (R = 73,3% ; NR = 88,8%).

Dans la population témoin, le personnel administratif et technique est la catégorie professionnelle qui a le plus répondu (R=26,4% ; NR=16,8%). Il y a moins de répondants chez les aides-soignants (R=14,3% ; NR=20,4%) et les autres agents paramédicaux (R=14,0% ; NR=20,8%). Les services médicaux sont plus enclins à répondre (R=46,5% ; NR=30,9%) que les services chirurgicaux (R=11,1% ; NR=16,4%). Les répondants de la population témoin sont composés de plus de femmes (R=84,4% ; NR=73,0%) mais aucune différence n'apparaît pour la moyenne d'âge.

Les caractéristiques démographiques et professionnelles de la population transférée et de la population témoin sont présentées dans le tableau 10 (page 163). La population transférée est composée de moins de femmes, d'agents plus jeunes, de plus d'infirmiers et d'aides-soignants que la population témoin. Elle provient principalement des services de soins intensifs ou d'urgences et de services chirurgicaux alors que la population témoin est davantage issue des services médicaux. Dans la population transférée plus d'agents travaillent à temps plein, la nuit ou sont souvent d'astreinte. Dans la population témoin, un plus grand nombre d'agents ont des emplois du temps variables et travaillent le week-end.

Un tiers des agents transférés sont volontaires pour le transfert et près de la moitié de la population a répondu être satisfaite de l'organisation du transfert et des informations transmises. La moitié des agents pense que les locaux n'étaient pas prêts. Les $\frac{3}{4}$ de la population transférée est satisfaite de l'accueil des unités voisines. Les deux tiers des

agents transférés ont répondu que les méthodes de travail ont été modifiées et que la charge de travail a augmenté suite au transfert.

Tableau 10 : Caractéristiques démographiques et professionnelles de la population transférée et de la population témoin

Variable	Population transférée	Population témoin	p
Genre			
Féminin	132 (73,3%)	224 (84,4%)	0,022
Age (années) (M±SD)	37,7 ±11,7	44,0 ±10,2	< 0,001
Catégorie professionnelle			
Médecin	23 (12,8%)	43 (15,8%)	<0,001
Infirmier	74 (41,1%)	80 (29,4%)	
Aide-soignant	43 (23,9%)	39 (14,3%)	
Autre paramédical	20 (11,1%)	38 (14,0%)	
Administratif et technique	20 (11,1%)	71 (26,4%)	
Service d'appartenance (a)			
Médical	37 (23,7%)	126 (46,5%)	<0,001
Chirurgical	36 (23,1%)	30 (11,1%)	
Soins intensifs/Urgences	75 (48,1%)	56 (20,7%)	
Autres	8 (5,1%)	59 (21,8%)	
Travail à temps plein	166 (92,7%)	232 (85,3%)	0,016
Travail de nuit (b)	34 (19,5%)	30 (11,6%)	0,022
Astreintes (c)	42 (24,0%)	41 (16,1%)	0,043
Horaires variables (d)	18 (10,0%)	59 (22,5%)	0,001
48h de repos / semaine			
Souvent	154 (85,6%)	208 (77,6%)	0,092
Parfois	22 (12,2%)	47 (17,5%)	
Jamais	4 (2,2%)	13 (4,6%)	
Pas de travail le week-end (e)	131 (73,2%)	138 (51,3%)	<0,001

Valeurs manquantes : a = 25 ; b = 19 ; c = 23 ; d = 10 ; e = 4.

M - moyenne ; SD - écart type.

La perception des conditions de travail de la population transférée et de la population témoin est exposée dans le tableau 11 (page 164).

Plus des 2/3 des travailleurs des deux populations étudiées ont déclaré une satisfaction professionnelle, du plaisir à aller au travail, une ambiance de travail satisfaisante. Près de 90% des agents ont déclaré que l'organisation du travail est propice à l'autonomie. Dans les deux populations, un tiers des agents déclare être en souffrance au travail. Dans la population transférée plus d'agents déclarent avoir l'intention de quitter leur poste de travail ou déclarent s'interroger sur cette intention comparée à la population témoin (57,6% contre 43,0%).

Tableau 11 : Perception des conditions de travail par la population transférée et par la population témoin

Variable	Population transférée	Population témoin	p
Charge de travail adéquate (a)	98 (56,0%)	162 (62,1%)	0,205
Autonomie dans l'organisation du travail (b)	159 (90,3%)	242 (92,0%)	0,541
Satisfaction de l'ambiance de travail (c)	124 (70,1%)	199 (76,2%)	0,149
Plaisir à aller travailler (d)	122 (70,1%)	186 (73,5%)	0,441
Satisfaction professionnelle (c)	138 (78,0%)	215 (82,1%)	0,289
Souffrance au travail (e)	54 (31,0%)	79 (30,6%)	0,927
Intention de quitter le poste de travail			
O	45 (25,4%)	56 (21,3%)	0,008
N	75 (42,4%)	150 (57,0%)	
Ne sait pas	57 (32,2%)	57 (21,7%)	

Valeurs manquantes : a = 16 ; b = 13 ; c = 14 ; d = 25 ; e = 20

La comparaison des résultats de la mesure des contraintes mentales au travail et de la santé perçue entre les deux populations étudiées est présentée dans le tableau 12 (page 165).

Concernant le job strain, il n'y a pas de différence, mais la prévalence de l'isostrain est significativement plus élevée dans la population transférée. La santé mentale et la santé

physique perçues ne diffèrent pas significativement. La moitié des travailleurs interrogés présente un score de santé mentale inférieur à la moyenne française (m=47,2).

Tableau 12 : Comparaison des contraintes mentales au travail et de la santé perçue entre la population transférée et la population témoin

Variable	Population transférée	Population témoin	p univarié	p multivarié*	Odds ratio ajusté
Job strain (a)	88 (53,7%)	101 (44,7%)	0,08	-	-
Isostrain (b)	54 (33,1%)	49 (22,5%)	0,021	0,034	1,88 [1,05-3,37]
Santé mentale faible (MCS) (c)	90 (50,6%)	140 (51,7%)	0,820	-	-
Santé physique faible (PCS) (c)	72 (40,4%)	107 (39,5%)	0,838	-	-

Valeurs manquantes : a = 64 ; b = 73 ; c = 3.

* Le modèle multivarié intègre les variables du tableau 10.

La comparaison des résultats de la mesure des contraintes psycho-organisationnelles liées au travail entre les deux populations étudiées est présentée dans le tableau 13 (page 166).

Au regard des huit dimensions des contraintes psycho-organisationnelles investiguées, aucune différence n'apparaît concernant le soutien de la hiérarchie, l'effectif suffisant dans le service, le partage des valeurs de travail, l'organisation qui favorise le respect des congés. Après une analyse multivariée contenant les variables du tableau 10 dont le $p < 0,2$ (page 163), plus aucune différence n'apparaît concernant les interruptions dans le travail et le soutien de l'administration. La population transférée présente une moins bonne « organisation qui favorise la communication » et de moins « bonnes relations au sein de l'équipe soignante » que la population témoin.

Tableau 13 : Comparaison des contraintes psycho-organisationnelles professionnelles entre la population transférée et la population témoin

	Population transférée	Population témoin	p univarié	p multivarié*	R ² ajusté
Organisation qui favorise la communication (a) (M±SD)	9,10±2,17	8,25±2,15	<0,001	0,014	0,205
Soutien de la hiérarchie (b) (M±SD)	7,86±2,70	7,83±3,37	0,924	-	-
Effectif suffisant dans le service (c) (M±SD)	10,1±2,95	9,83±3,13	0,446	-	-
Interruptions dans le travail (d) (M±SD)	11,8±2,15	11,2±2,82	0,035	0,056	0,135
Relations au sein de l'équipe soignante (e) (M±SD)	7,69±2,10	7,13±1,97	0,007	0,041	0,208
Partage des valeurs de travail (f) (M±SD)	8,46±2,62	8,00±2,81	0,088	-	-
Soutien de l'administration (g) (M±SD)	12,2±2,62	11,6±2,95	0,037	0,107	0,106
Organisation qui permet le respect des congés (h) (M±SD)	8,13±2,77	7,68±2,94	0,123	-	-

Valeurs manquantes : a = 93 ; b = 59 ; c = 32 ; d = 45 ; e = 52 ; f = 29 ; g = 34 ; h = 40.

M - moyenne ; SD - écart type.

* Le modèle multivarié intègre les variables du tableau 10.

Sous-section 3.1.2.4. Discussion

Les deux populations présentent des caractéristiques démographiques et professionnelles similaires aux travailleurs hospitaliers français, notamment l'âge moyen (41 ans), le sexe ratio (77,0% de femmes), le travail de nuit (35,3%), les astreintes

(12,5%) et les 48 heures consécutives de repos chaque semaine (74,6%) (Ernst & Dorothee, 2013 ; Vinck, 2014).

En général, le taux de réponse aux études portant sur le personnel soignant utilisant l'envoi de questionnaires est d'environ 56% (Cook et al., 2009), ce qui est plus faible que celui de la population transférée étudiée (59,2%) et plus élevé que celui de la population témoin (27,4%).

Les différences reportées entre les agents répondants et non répondants ainsi que les différences de spécialités des services d'appartenance peuvent expliquer les différences socio-professionnelles observées entre les deux populations. En effet, la population transférée comportant davantage d'agents provenant des unités de soins intensifs est susceptible d'être composée de sujets plus jeunes que ceux de la population témoin et de sexe plus fréquemment masculin que la population témoin (Estry-Behar et al, 2004).

Contraintes mentales au travail et santé perçue

La prévalence du job strain dans la population générale est de 23%. Dans cette étude, les deux populations rapportent une prévalence du job strain d'environ 50%, ce qui est plus élevée que celle observée (35%) dans la population soignante française (Walstisperger & Camus, 2009). La population témoin restée sur le Site 4, suite au départ des collègues, a pu ressentir un sentiment d'abandon et une baisse de satisfaction (Laschinger et al., 2003). A contrario, la population témoin du Site 2 a dû libérer un espace de travail pour accueillir la population transférée et augmenter ainsi ses contraintes mentales.

Bien que les agents transférés déclarent une augmentation de la charge de travail, tous s'estiment satisfaits de cette charge. Ils déclarent disposer d'une autonomie suffisante et la prévalence du job strain n'est pas significativement différente entre les deux populations. Selon Woodward et al., (1999) la combinaison usuelle de la restructuration avec une réduction d'effectif entraîne une augmentation de la charge de travail et une diminution de l'autonomie perçue. Cette divergence peut s'expliquer par le fait qu'ici le travail d'équipe n'a pas été affecté par une réduction d'effectif. Dans les services cliniques, la réalisation du travail en équipe tend à réguler les contraintes mentales et à être associée à une meilleure organisation des tâches (Bambra et al., 2007). Dans des travaux antérieurs, les contraintes organisationnelles comme « les bonnes relations au sein de l'équipe soignante » ont été trouvées significativement associées aux niveaux de contraintes mentales et de santé perçue (Bellagamba et al., 2015).

Nous avons relevé une prévalence de l'isostrain à hauteur de 33,1% dans la population transférée alors qu'elle est de 22,5% au sein de la population témoin. Ces résultats sont plus élevés que les 15% de personnes en isostrain dans la population générale française (Niedhammer et al., 2006a).

Une étude suggère que les variables liées au travail comme l'isostrain sont plus à même d'être impactées par la restructuration que des variables qui intègrent des critères plus vastes comme la santé perçue (Moyle & Parkes, 1999). Selon Armstrong-Stassen et al., (2003) les troubles de la santé ne peuvent pas être attribués au transfert lui-même mais plutôt à l'usage que font les travailleurs de leurs capacités d'adaptation.

Ici, les 2 populations présentent des scores de santé mentale perçue semblable. Les résultats de deux études suggèrent qu'une exposition ponctuelle à une restructuration conduit à des réponses émotionnelles et comportementales réversibles et qu'une exposition prolongée est nécessaire pour modifier la santé (Burgard et al., 2009 ; Ferrie et al., 2002).

Raveyre (2005) estime qu'afin d'éviter de perdre le sens de leur travail à la suite d'une restructuration les employés sont amenés à participer au traitement de problèmes émergents. Ceci tend à son tour à augmenter leur charge de travail et à intérioriser de nombreuses tensions.

Les managers ont un rôle central dans la mise en place d'actions préventives, en pouvant notamment apporter un soutien émotionnel, informatif et matériel (House, 1983). Le soutien de l'encadrement est associé à une réduction du stress perçu et de la survenue des affections qui peuvent en découler si les managers reçoivent la formation appropriée. (Estryn- Behar et al., 2007 ; International Labour Organization, 2014).

Dans un style de management participatif, le manager peut prendre des décisions qui répondent à la fois aux attentes des individus et aux exigences de l'organisation (Pennaforde, 2014). En identifiant des signes précoces d'altération de la santé mentale et en dialoguant avec le personnel affecté, les managers ont la possibilité d'engager leur rôle de régulation (International Labour Organization, 2014).

Contraintes organisationnelles

Un délai de 12 mois après une restructuration semble approprié pour mesurer l'impact d'une nouvelle organisation de travail (Leroyer et al., 2006). En effet, une baisse initiale de la satisfaction professionnelle et de la santé perçue du personnel sont constatées dans les suites immédiates d'une restructuration mais ces perceptions négatives s'estompent à l'issue d'une période de 12 mois (Moyle and Parkes, 1999 ; Geuskens et al., 2012).

Cet effet est en partie expliqué par l'insécurité liée à la restructuration (Geuskens et al., 2012 ; Virtanen, 2003). Dans la présente étude, 12 mois après le transfert, une incertitude semble persister chez les agents transférés au travers de leur propre questionnement sur une éventuelle intention de quitter leur poste.

Aucune différence significative n'a été établie entre les deux populations étudiées concernant les interruptions dans le travail, l'effectif suffisant dans le service, l'organisation qui permet le respect des congés. En revanche, la majorité des agents transférés ont déclaré une augmentation de la charge de travail suite au transfert. Des études suggèrent qu'un phénomène d'adaptation aux nouvelles formes d'organisation apparaît dans un contexte d'augmentation de l'intensité du travail (Askenazy, 2004).

La population transférée n'était pas satisfaite de l'organisation de la communication. Dans l'étude qualitative antérieure les agents transférées interrogés ont déploré que les réunions d'information soient réservées aux managers et notamment que de nombreux managers étaient trop occupés pour transmettre les informations (Tuchtan et al., 2013). Ils ont regretté leur absence d'implication dans l'organisation et la faible communication dans l'implémentation des nouvelles méthodes de travail.

Dans la présente étude, les deux tiers de la population transférée déclarent que les procédures de travail ont changé dans leur nouvel environnement et seulement 20% auraient eu une formation depuis leur transfert. Or, l'éthique et la recherche de la qualité des soins sont des critères qui auraient tendance à fédérer les activités de soins et à retenir les soignants dans leur emploi (Aiken, 2002).

Bien que les agents transférés ont connu une détérioration des relations au sein de l'équipe soignante, le partage de valeurs professionnelles est similaire dans les deux populations. Dans l'étude qualitative préliminaire les agents transférés ont rapporté un manque de communication à l'origine d'une diminution des rapports directs, de comportements individualistes et de relations déshumanisées (Tuchtan et al., 2013).

Habituellement, une restructuration est associée à une baisse du sentiment d'appartenance à la structure (Kozlowski et al., 1993). Plusieurs études ont établi un lien entre le sentiment d'appartenance et des symptômes de stress professionnel chez les infirmiers. Les démarches participatives tendent à promouvoir ce sentiment d'appartenance et apparaissent comme une pratique de management offrant plus de flexibilité, de contrôle, d'implication et de pouvoir décisionnel de la part des travailleurs (Laschinger et al., 2003).

Plusieurs études mentionnent le bénéfice de la mise en place d'infirmiers chargés de liaisons entre services et l'élaboration de documents pour faciliter le passage d'information (Van Sluisveld et al., 2015). Il pourrait être envisagé qu'en amont d'un transfert d'agents, un infirmier soit chargé de la communication et de la transmission de

la documentation entre les service. Ceci pourrait préparer les équipes à s'adapter aux nouvelles situations et aux nouvelles procédures. Certains auteurs proposent que cette liaison se traduise par une amélioration des communications afin d'impliquer le personnel dans la recherche de compromis appropriés et de mettre ensemble en œuvre des solutions (Bourmaud et al., 2011 ; Daniellou, 1998).

Forces et limites

La principale force de cette étude est de s'être centrée sur un personnel transféré au sein de la même organisation non assujettie à la réduction des effectifs. En outre, le nombre de répondants nous permet de remplir les conditions nécessaires à l'application de tests statistiques et permet d'atteindre une puissance statistique satisfaisante. La réalisation de l'enquête 12 mois après le transfert diminue l'effet initial du transfert sur les équipes (Moyle & Parkes, 1999). De plus, l'utilisation d'instruments de mesure standardisés permet de comparer les résultats avec d'autres enquêtes.

Cette étude présente également des limites. L'effet du départ et de l'arrivée de la population transférée sur la population témoin des sites 2 et 4 n'est pas connu. Le faible taux de réponses dans la population témoin a pu constituer un biais de sélection. Il est possible que les travailleurs ayant les niveaux de contraintes mentales les plus hauts ou les scores de santé perçue les plus faibles soient apparus plus sensibles aux objectifs de l'étude. Dans la population transférée, un biais du « travailleur sain » a pu conduire à sous-estimer les problèmes de santé (Niedhammer et al., 2008). En effet, des agents ont refusé d'être transférés et d'autres ont quitté leur emploi dans les douze mois suivant la relocalisation. Une étude longitudinale prospective aurait mieux décrit la progression des contraintes mentales au cours du transfert.

Sous-section 3.1.2.5. Conclusion

Douze mois après le déménagement, notre questionnaire a indiqué un sentiment accru d'isolement et d'incertitude parmi le personnel transféré. Il semble y avoir un lien logique entre une faible organisation permettant la communication, la détérioration des relations sociales et le sentiment d'isolement.

Pour maintenir le sentiment de bien-être de l'employé et éviter les problèmes de santé, un processus d'échange d'informations renforçant le sentiment d'appartenance est à mettre en œuvre.

La formation du personnel aux nouvelles procédures ainsi qu'un dialogue ouvert contribueraient à réussir la transition. En outre, nous proposons que les futures études évaluent le rôle de modérateur d'un infirmier de liaison entre les services impliqués dans le transfert.

Chapitre 3.2. Etudes ancillaires

Section 3.2.1. Etude des facteurs d'organisation associés à la tension au travail et à la qualité de vie mentale auprès de 145 professionnels des services des urgences et des soins intensifs

Cette section a fait l'objet de la rédaction d'un manuscrit qui a été publié dans la revue *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* (cf partie « Articles dans leurs versions originales » page 248).

Sous-section 3.2.1.1. Introduction

Plusieurs études ont montré que la tension au travail nommée job strain (JS), un aspect majeur du stress au travail (Karasek, 1979), affecte la santé physique et mentale du personnel (Tzeng et al., 2013 ; Niedhammer et al., 2006a). Les conséquences de cette tension pour les organisations intègrent un taux élevé de congés maladies, d'absentéisme (Head et al., 2006), de turnover (De Croon et al., 2004) et la dégradation de la productivité et du climat social. Le coût du stress professionnel a été évalué à 42 milliards de dollars aux États-Unis en 2001 (Kalia, 2002) ; à 14,81 milliards de dollars en Australie en 2008 (Medibank Private, 2008) ; et à 2-3 milliards d'euros en France en 2007 (Lassagne et al., 2012).

L'environnement de travail hospitalier génère des niveaux élevés de stress au sein du personnel (Peterson et al., 2008 ; Estryng-Behar et al., 1990). Le personnel est plus susceptible d'y développer une dépression (Alpert, 2008), les médecins et les infirmières en premiers (Firth-Cozens, 2003 ; Mc Grath et al., 2003). Dans les établissements de santé, les services des urgences et les unités de soins intensifs sont parmi les plus stressants (Donchin & Seagull, 2002 ; Healy & Tyrrell, 2011). Selon une étude britannique (Coomber et al., 2002), un membre du personnel de soins intensifs sur 3 déclare être stressé par son travail et 10% rapportent des symptômes dépressifs. Deux études récentes ont montré que les 1/3 des infirmières de soins intensifs (Poncet et al., 2007) et 82% des infirmières en salle d'urgence (Hooper et al., 2010) souffrent du syndrome de l'épuisement professionnel. Selon une étude réalisée auprès de 55 hôpitaux français (Estryng-Behar et

al., 2004), 13,7% du personnel des urgences et 12,9% des soins intensifs envisagent de quitter leur profession.

Les services d'urgence et de soins intensifs sont soumis à des niveaux élevés de stress, conséquences d'une gestion précaire, difficile et incertaine des situations médicales, de prises de décision rapide, de procédures complexes et d'exigences techniques considérables (Donchin & Seagull, 2002). Des études antérieures ont montré une association entre les facteurs organisationnels tels que le nombre élevé d'heures de travail, la mauvaise quantité de temps de chevauchement, le licenciement de personnel, la fermeture de lits, le passage à temps partiel et les expositions aux risques psychosociaux tels que le stress au travail, l'insatisfaction au travail, l'insécurité de l'emploi (Cartledge, 2001 ; Biaggi et al., 2003 ; Reader et al., 2009).

De nombreuses études ont évalué le JS et la qualité de vie des soignants. À notre connaissance, peu d'entre elles ont évalué les facteurs organisationnels qui pourraient influencer ces conditions.

L'objectif de notre étude était de mesurer l'association entre le JS, la qualité de vie mentale et les facteurs organisationnels de façon à identifier quels facteurs impactent le personnel des services d'urgence et de soins intensifs. L'hypothèse retenue a été qu'une organisation du travail inadéquate est associée à du JS et à une faible qualité de vie mentale.

Sous-section 3.2.1.2. Méthode

Conception de l'étude et population

Cette étude transversale descriptive a été conduite dans un hôpital universitaire public dans le sud de la France entre janvier et avril 2012 sous la direction du service de médecine et santé au travail. Les participants incluaient des médecins, des infirmières, des aides-soignants et d'autres soignants paramédicaux (kinésithérapeutes, diététiciens). Après avoir consenti à l'étude, chacun d'eux a reçu un questionnaire. Tous étaient affectés depuis au moins 1 an dans les unités sélectionnées.

Conception du questionnaire auto-administré

Le questionnaire auto-administré a été divisé en 4 parties :

La partie I - était composée de 51 items qui ont exploré les caractéristiques personnelles, professionnelles et organisationnelles. Ces items ont été établis à partir d'entretiens semi-directifs auprès d'un échantillon de personnels hospitaliers. Les entrevues ont été menées par un psychologue sur 22 travailleurs en tenant compte de 3 facteurs de confusion: sexe, groupe d'âge (moins et plus de 40 ans) et catégorie professionnelle (médicale, paramédicale et administrative/technique). Les entretiens ont porté sur le travail, l'organisation du service, l'environnement de travail et le plan de carrière. Le contenu des entretiens a été analysé à l'aide d'une grille de thématiques pré-identifiées et examinées par 10 membres du personnel de l'hôpital pour s'assurer de sa clarté et de sa cohérence.

La partie II - contenait 22 items qui ont été validés en français par le Nursing Work Index-Extended Organisation (NWI-EO). Ces items s'intéressent à 8 contraintes psycho-organisationnelles caractérisant l'environnement de travail des infirmières et des soignants. Ce sont : l'organisation qui favorise la communication ; le soutien de la hiérarchie ; l'effectif suffisant dans le service ; les interruptions dans le travail ; les relations au sein de l'équipe soignante ; le partage des valeurs de travail ; le soutien de l'administration ; l'organisation qui permet le respect des congés. La cohérence interne (coefficients alpha de Cronbach supérieurs à 0,65, sauf pour une dimension) et le test-retest sont satisfaisants. La stabilité de la structure factorielle est confirmée et la validité concurrente est également observée (Bonneterre et al., 2011). Certains items ont été adaptés ici pour les médecins et les personnels paramédicaux autres que les infirmiers et les aides-soignants.

La partie III - était composée de 26 items : le Job Content Questionnaire (JCQ) de Karasek a été utilisé pour évaluer les contraintes mentales associées à la demande psychologique du travail, à la latitude décisionnelle et au soutien social (Guignon & Sandret, 2008). La cohérence interne (coefficients alpha de Cronbach supérieurs à 0,65) est satisfaisante. L'analyse factorielle confirmatoire montre que le meilleur modèle est composé de 3 dimensions et les tests de validité convergente confirment l'association attendue avec des variables clés telles que l'âge, le statut de travail, un secteur d'activité, la profession (Niedhammer et al., 2006a).

La partie IV - contenait 6 items mesurant la qualité de vie liée à la santé mentale (Mental Component Summary - MCS). Ces 6 items proviennent du SF-12 (Health Survey Scoring Demonstration) qui est une version abrégée de la SF-36. Plus le score rapporté est élevé, meilleure est la qualité de vie. Les mesures de corrélations entre le score du SF-36 et du SF-12 sont très élevées (0,94 - 0,97) et la moyenne des scores des 12 items varient de 0,0 à 1,5 points (médiane = 0,5 points) dans chaque pays et sont comparables entre les groupes d'âge (Gandek et al., 1998).

Collecte des données

Le questionnaire auto-administré et une note d'information ont été envoyés à chaque participant entre juin et septembre 2011. Chaque sujet disposait d'un numéro d'anonymat et de 30 minutes sur son temps de travail pour remplir le formulaire. Les supérieurs hiérarchiques ont été informés par courrier des détails de l'enquête avant le début de l'étude. Le médecin responsable a recueilli tous les questionnaires dans chaque service. Quatre rappels ont été envoyés aux participants entre septembre 2011 et janvier 2012 par e-mail, appel téléphonique ou directement sur le lieu de travail.

La participation était volontaire et anonyme, conformément à la loi du 6 Août 2004. Cette étude a été approuvée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL; n° de déclaration: 1488513v0).

Procédure d'analyse des données

Une analyse statistique descriptive a été réalisée au moyen du logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20. Les variables quantitatives ont été décrites en utilisant des moyennes et des écarts-types. Les variables qualitatives ont été décrites sous forme de pourcentages. Chaque aspect des contraintes psycho-organisationnels avaient un score allant de 0 à 15, le score le plus élevé correspondant aux plus grandes contraintes. En ce qui concerne les contraintes mentales au travail, la combinaison d'une demande psychologique élevée ($JD > 20$) et d'une faible latitude décisionnelle ($JC < 71$) constituait une situation de JS (Karasek et al., 1998). Pour décrire le niveau de la qualité de vie mentale, le score moyen de la population française du MCS (47,2) a été utilisé (Lang & Delpierre, 2003). Un résultat situé au-dessus ou en dessous de ce score moyen est respectivement considéré comme une qualité de vie mentale haute ou basse. Les corrélations entre les variables qualitatives ont été établies par le test Chi2 de

Pearson. Les corrélations entre les variables qualitatives et quantitatives ont été déterminées par le test t de Student. Afin de mettre en évidence les facteurs organisationnels liés au JS ou à une faible qualité de vie mentale, une régression logistique, qui est un modèle multivarié, a été menée avec l'introduction de facteurs de confusion. Les facteurs de confusions ont été identifiés dans l'analyse de corrélation avec un seuil de $p < 0,2$ et ont été rapportés dans les tableaux de résultats. Le modèle multivarié visait à accroître la comparabilité entre les groupes en annulant l'effet des facteurs de confusion qui influencent à la fois la variable dépendante (i.e. job strain et qualité de vie mentale) et les variables explicatives (i.e. facteurs organisationnels). L'odds ratio ajusté (ORa) et son intervalle de confiance à 95% (IC 95%) ont été utilisés pour interpréter les résultats. Si l'IC 95% contenait 1, il n'y avait pas de différence significative. Si le ORa était > 1 ou < 1 , la variable dépendante était statistiquement plus ou moins fréquente dans un groupe. Plus la valeur de l'ORa est éloignée de 1, plus l'effet du facteur est significatif. Un seuil de signification statistique a été défini comme étant $p < 0,05$. Seules les différences significatives ont été reportées dans les tableaux de résultats.

Sous-section 3.2.1.3. Résultats

Caractéristiques démographiques et professionnelles des professionnels de santé

Les caractéristiques démographiques et professionnelles des répondants et des non-répondants sont présentés dans le tableau 14 (page 177).

Sur 375 travailleurs inclus dans l'étude, 145 (38,7%) ont répondu au questionnaire. La proportion de femmes dans les deux groupes de répondants et non-répondants est similaire. L'âge moyen des répondants était significativement plus faible dans le groupe de répondants que dans le groupe non-répondant. Il y a un nombre plus élevé d'infirmières et d'aides-soignants dans le groupe des répondants.

Facteurs associés au job strain

Le tableau 15 (page 177) présente les caractéristiques démographiques et professionnelles des travailleurs en fonction de leur statut par rapport au JS. Sur les 145 travailleurs qui ont répondu à l'enquête, 59,3% d'entre eux connaissent une situation de JS. Près de la moitié d'entre eux sont des infirmiers et plus du tiers sont des aides-soignants.

Tableau 14 : Caractéristiques démographiques et professionnelles des répondants et des non-répondants dans les services d'urgences et de soins intensifs

Variable	Répondants (N = 145)	Non-répondants (N = 230)	p
Genre (%)			0,110
féminin	72,4	79,6	
Age (années) (M±SD)	37,6±10,3	40,9±10,6	0,004
Catégorie professionnelle (%)			0,005
médecins	13,1	19,1	
infirmiers	53,1	45,7	
aides-soignants	29,7	21,7	
autres paramédicaux	4,1	13,5	

M – moyenne ; SD – écart type.

Tableau 15 : Comparaison des caractéristiques socio-professionnelles entre les travailleurs en situation de job strain et ceux qui ne sont pas en situation de job strain dans les services d'urgences et de soins intensifs

Variable	Répondants		p
	job strain (N = 86)	pas de job strain (N = 48)	
Genre (%)			< 0,001
féminin	80,2	50,0	
Age (years) (M±SD)	35,0±9,61	39,4±10,8	0,018
Catégorie professionnelle (%)			0,006
médecins	7,0	25,0	
infirmiers	48,8	45,8	
aides-soignants	38,4	18,8	
autres paramédicaux	5,8	10,4	

M – moyenne ; SD – écart type.

Les facteurs organisationnels associés au JS sont présentés dans le tableau 16 (page 178). Plus de 80% du personnel qui travaillait plus de 2 week-ends par mois était en situation de JS (ORa 3,94), ainsi que ceux qui étaient régulièrement d'astreinte (ORa 2,83). Plus de 70% considèrent leur lieu de travail dysfonctionnel (ORa 3,02) et plus de la moitié n'a pas participé à des réunions de travail régulières. Il y avait une différence significative lorsque l'organisation du travail ne favorisait pas la communication, ne mettait pas à disposition un effectif suffisant et ne promouvait pas des relations saines au sein de l'équipe soignante. Cependant, il n'y a pas de différence significative concernant le travail à temps plein, le travail de nuit, les horaires variables, les dépassements d'horaires.

Tableau 16: Prévalence des situations de « job strain » en fonction des facteurs d'organisation

Variable	Répondants		ORa	IC 95%	p
	job strain (N = 86)	pas de job strain (référence) (N = 48)			
Travail > 2 week-ends/mois (%)	81,3	55,3	3,94	1,73–8,97	0,001
Locaux dysfonctionnels (%)	74,1	46,8	3,02	1,31–6,95	0,010
Régulièrement d'astreinte (%)	84,1	55,3	2,83	1,04–7,70	0,042
Pas de réunions régulières (%)	53,5	28,3	2,40	1,01–5,68	0,047
Organisation ne favorisant pas la communication (M±SD)	9,54±2,10	8,25±1,76	1,49	1,13–1,96	0,004
Effectifs inadéquats (M±SD)	10,8±2,93	8,68±2,69	1,32	1,12–1,55	0,001
Relations tendues dans les équipes (M±SD)	8,25±2,12	6,97±1,86	1,31	1,05–1,64	0,017

ORa –odds ratio ajusté, contrôle des facteurs du tableau 15.

M – moyenne ; SD – écart type.

IC – intervalle de confiance.

Facteurs associés à la qualité de vie mentale

Le tableau 17 (page 179) représente les caractéristiques démographiques et professionnelles en fonction du score de qualité de vie mentale (MCS) des participants. Les répondants ayant un score faible (54,5%) sont principalement des femmes et sont plus âgés que ceux ayant un score élevé. Aucune différence significative n'a été observée pour les catégories professionnelles.

Tableau 17 : Comparaison des caractéristiques socio-professionnelles et d'hygiène de vie entre les travailleurs présentant des scores de qualité de vie mentale (MCS) forts ou faibles dans les services d'urgences et de soins intensifs

Variable	Répondants		p
	MCS* faible (N = 79)	MCS* élevé (N = 64)	
Genre (%)			
femme	78,5	60,9	0,022
Age (années) (M±SD)	37,7±10,1	34,8±10,5	0,018
Activités de loisir (a) (%)			<i>0,051</i>
occasionnellement	42,3	26,6	
régulièrement	57,7	73,4	
Consommation d'alcool (%)			<i>0,056</i>
jamais	34,2	18,8	
occasionnellement	64,6	75,0	
tous les jours	1,3	6,2	
Consommation de psychotropes (b) (%)			< 0,001
jamais	63,6	92,2	
occasionnellement	26,0	6,2	
tous les jours	10,4	1,6	

Valeurs manquantes : a = 1 ; b = 2.

M - moyenne ; SD - écart type.

* MCS - score de qualité de vie mentale.

Les facteurs organisationnels associés au score de qualité de vie mentale sont présentés dans le tableau 18 (page 180). Il existe une association entre la qualité de vie mentale et la fonctionnalité des lieux travail. En général, les travailleurs ayant une faible qualité de vie mentale considéraient leurs locaux de travail comme étant dysfonctionnels (ORa 2,58). Il y avait également des différences significatives entre les 2 groupes quant à savoir si oui ou non l'organisation favorisait la communication et mettait à disposition un effectif suffisant. Cependant, aucune différence significative n'a été observée en ce qui concerne les astreintes ou les dépassements d'horaires ou le travail de nuit.

Tableau 18 : Prévalence du faible score de qualité de vie mentale (MCS) en fonction des facteurs d'organisation

Variable	Répondants		ORa	95% CI	p
	MCS* faible (N = 79)	MCS* élevé (référence) (N = 64)			
Locaux dysfonctionnels (%)	76,4	54,7	2,58	1,15-5,79	0,022
Organisation ne favorisant pas la communication (M±SD)	9,72±1,93	8,54±1,95	1,46	1,15-1,87	0,002
Effectifs inadéquats (M±SD)	11,0±2,86	9,19±2,81	1,31	1,13-1,52	< 0,001

M - moyenne ; SD - écart type.

ORa -odds ratio ajusté, contrôle des facteurs du tableau 17.

IC - intervalle de confiance.

* MCS - score de qualité de vie mentale.

Sous-section 3.2.1.4. Discussion

Seuls les résultats significatifs ont été discutés dans cette partie. Les deux premiers paragraphes ont traité des données sur le JS et les deux suivants concernent les données sur la qualité de vie mentale.

Dans cette étude, la proportion de sujets présentant une situation de JS (59,3%) est beaucoup plus élevée que celle de la population générale française (23%) (Cartledge, 2001) et plus élevée que celles des infirmières étudiées en Suède, au Canada, ou de la Chine (Josephson et al., 1997 ; Bourbonnais et al., 1999 ; Chien et al., 2011). Ce taux élevé peut être expliqué par l'environnement de travail de l'hôpital (Cronin-Stubbs & Rooks, 1985). La nécessité d'intervenir dans de brefs délais, de prendre soin de personnes atteintes de graves pathologies ou de faire face aux agressions des patients ou de leur famille induisent des niveaux élevés de stress au travail (Healy & Tyrell, 2011).

Dans notre étude, les femmes en JS (80,2%) représentent une proportion plus élevée que dans la population générale française (51,5%). Elles reportent des exigences psychologiques plus élevées que les hommes (Guignon & Sandret, 2008). Dans une étude récente menée auprès d'infirmières chinoises (Tzeng et al., 2013), l'âge moyen des travailleurs en JS est inférieur (35 ans) à celui de ceux qui ne sont pas en JS (39,4 ans). Une étude réalisée en 2003 au sein d'hôpitaux français (Dumas & Le Lan, 2006) a montré que la perception des conditions de travail varie en fonction de l'âge. Les personnels les plus âgés se sentent moins exposés à des difficultés et dans une moindre mesure ont une plus grande capacité à gérer les défis que le personnel plus jeune. Cela peut signifier que l'expérience professionnelle induit une confiance accrue. Cependant, la forte fluctuation des personnels dans les services de soins intensifs et d'urgences (Cartledge, 2001) suggère aussi que le personnel plus âgé est mieux adapté à ces conditions de travail.

Le risque d'être en situation de JS varie également en fonction de la catégorie professionnelle. Dans notre étude, les infirmiers et les aides-soignants sont beaucoup plus tendus que les autres paramédicaux et les médecins. Si la demande psychologique est élevée pour la plupart des membres du personnel travaillant dans les services d'urgence ou de soins intensifs, il a été montré que les infirmières perçoivent une charge mentale supérieure aux aides-soignants ou aux autres professions paramédicales (Dumas & Le Lan, 2006).

L'organisation du travail joue un rôle important dans le développement du JS. Les résultats de notre étude indiquent que les employés travaillant au moins 2 week-ends par mois sont beaucoup plus tendus que les autres (ORa 3,94) et plus de 80% des employés qui sont régulièrement d'astreintes sont tendus au travail (ORa 2,83). Des études antérieures ont montré une forte association entre le nombre d'heures travaillées par semaine et le JS (Cartledge, 2001). Selon nos résultats, le JS est majoritairement attribuable à des périodes de repos insuffisantes entre les quarts plutôt qu'à la méconnaissance des horaires de travail à l'avance. Les horaires flexibles, les dépassements d'horaire etc., ne semblent pas avoir d'influence sur le JS.

Notre étude indique que le JS est lié à l'insuffisance des effectifs. Le déclin et le délabrement des hôpitaux français durant ces dernières années pourraient être une explication à l'augmentation des charges de travail et des exigences psychologiques sur le personnel. Les pénuries de personnel ont donné lieu à la nécessité de travailler des week-ends consécutifs ou d'être régulièrement d'astreinte. La forte association entre le JS, le travail de week-end et les astreintes peut aussi expliquer la difficulté à concilier le travail, les rythmes biologiques et la vie en dehors du travail. En outre, le JS a été associé à une diminution du temps de loisirs ou de l'activité physique (Fransson et al., 2012).

Plus des 2/3 du JS est lié à des environnements de travail dysfonctionnels. Ce résultat est plus élevé que dans l'étude de 2003 sur l'ensemble du personnel hospitalier français où 49% des équipes des services d'urgences et de soins intensifs considèrent leur milieu de travail comme dysfonctionnel (Embriaco et al., 2012). L'environnement physique (bruit et chaleur) et technique (conception et ergonomie) des lieux de travail est en effet connu pour être une cause majeure de stress au travail.

Les problèmes de communication liés à l'organisation des services ou à l'absence de réunions régulières et les relations discordantes entre les personnels influencent également le JS. Un lien entre des médecins des soins intensifs présentant des symptômes de dépression et la mauvaise qualité des relations professionnelles a été montré dans une précédente étude (Embriaco et al., 2007). Les conflits de groupes sont associés à des niveaux élevés de stress au travail (Biaggi et al., 2003).

Une étude Suisse a montré que des bonnes relations au travail est la principale attente des médecins interrogés (Reader et al., 2009). Le manque de communication ou le manque de soutien des supérieurs augmente également le risque de JS. La gestion autoritaire ou déficiente et un manque de reconnaissance de la part de la hiérarchie augmente les tensions au travail pour les employés.

Dans notre étude, l'accent est mis non seulement sur les mauvaises relations entre le personnel impliqué mais aussi sur les organisations qui entravent la communication. Un lien assez fort entre le JS et un manque de réunions régulières a été observé. Les contraintes économiques et organisationnelles des hôpitaux ont entraîné une réduction du temps de chevauchement qui permettait aux équipes d'échanger des informations et de débattre sur les besoins du personnel. Les données de la littérature indiquent que plus de 60% des personnels des urgences et des soins intensifs ne sont pas satisfaits de la quantité de temps de chevauchement et 65,1% d'entre eux estiment qu'ils ne peuvent pas discuter en détail des questions d'organisation (Estryn-Behar et al., 2004). La communication au sein des équipes est pourtant cruciale pour la gestion optimale des patients (Biaggi et al., 2003).

Dans la population étudiée, une faible qualité de vie mentale est observée pour 54,5% des travailleurs. Bien que les professionnels de santé soient connus pour avoir une mauvaise qualité de vie (He et al., 2012), à notre connaissance, il n'y a pas d'étude spécifique sur la qualité de vie mentale aux services des urgences et de soins intensifs. Les femmes ont la qualité de vie mentale la plus faible, ce qui se reflète également dans la population générale française (Albouy et al., 2012). De nombreuses études épidémiologiques ont montré que les femmes ont une prévalence plus élevée de la morbidité psychologique que les hommes (Niedhammer et al., 2006a ; Waldenström et al., 2003).

Contrairement à une précédente étude (Tzeng et al., 2013) sur les infirmières dans un hôpital militaire de Taiwan, la qualité de vie mentale est plus faible parmi les travailleurs âgés. Ceci pourrait être expliqué par la difficulté dans les services d'urgences et de soins intensifs de recruter des personnels plus âgés. La catégorie professionnelle dans cette étude ne semble pas influencer sur la qualité de la vie des travailleurs, ce qui est contraire aux résultats d'une étude précédente montrant que les infirmières avaient une qualité de vie mentale plus faible que les autres professionnels de santé (Silva et al., 2010). Il existe une relation établie entre la qualité de vie mentale et le style de vie montrant que le personnel avec des activités de loisirs réguliers sont beaucoup plus susceptibles d'avoir une meilleure qualité de vie mentale. Ces résultats sont également compatibles avec une étude récente Brésilienne (Torres et al., 2011). Notre étude confirme que la consommation de psychotropes augmente avec le stress au travail et que les personnels à forte consommation de drogue sont également ceux qui ont une mauvaise qualité de vie (Estryng-Behar et al., 1990).

La qualité de vie mentale du personnel des urgences et des soins intensifs est influencée par le modèle organisationnel de l'institution. Notre étude indique que plus de 2/3 de ceux qui ont une faible qualité de vie mentale considèrent leur environnement de travail comme dysfonctionnel (ORa 2,58). Un modèle organisationnel pauvre avec de faibles communications interpersonnelles est directement lié à de mauvais scores de qualité de vie mentale parmi le personnel.

Il semble qu'une meilleure organisation des horaires de travail avec des périodes de repos suffisants et une pratique régulière d'activités de loisirs pourraient améliorer le bien-être professionnel du personnel hospitalier. La mise en œuvre récente du travail en 12 heures semble soutenir cette assertion (Richardson et al., 2007). Le développement d'environnements de travail fonctionnels, ergonomiques et adaptés pourrait également contribuer à la réduction du stress professionnel dans les hôpitaux. La perception des médecins et des infirmières concernant les relations entre les travailleurs sont

dissemblables. Les médecins semblent être plus satisfaits de la communication entre médecin-infirmier et des collaborations avec les infirmiers (Thomas et al., 2003).

L'amélioration des communications peut être réalisée au moyen de solutions simples telles que des réunions régulières pour délimiter les rôles du personnel ainsi que clarifier et obtenir l'approbation des supérieurs. La participation à ces réunions du personnel de toutes catégories professionnelles semble bénéfique. Il faut aussi suffisamment de temps aux équipes de soins pour transmettre les informations concernant chaque patient et assurer la continuité des soins dans des conditions optimales. Le soutien des chefs de services peut être un régulateur très efficace puisqu'il est perçu par les employés comme un indicateur de stress (anxiété, dépression, insatisfaction) (Aiken et al., 2002).

Enfin, l'intégration du personnel dans la prise de décision renforce leur autonomie et leur investissement dans leur travail. La satisfaction au travail qui joue un rôle majeur dans la santé et la qualité de vie des professionnels pourrait ainsi être améliorée et, par extension, contribuer à la qualité des soins reçus par les patients.

Notre étude a des limites telles que le taux élevé de non-réponse qu'induit un biais d'information. Les infirmiers et les aides-soignants qui ont les scores les plus élevés de JS semblent plus sensibles aux objectifs de notre étude expliquent aussi le taux de réponse le plus élevé à notre questionnaire. Les non-répondants ont environ le même âge que les travailleurs non tendus. Il est probable que l'échantillon des participants représente les individus les plus motivés parce qu'ils subissent du stress au travail. Ainsi, le pourcentage de personnes en situation de JS dans la population pourrait être surestimé. Le caractère uni-centrique de l'étude réduit les possibilités de généraliser les résultats à d'autres types d'établissements de santé tels que les pôles de santé et les cliniques puisque ceux-ci ont des modèles d'organisation différents. De plus, il n'y a pas actuellement de questionnaire validé sur les contraintes psycho-organisationnelles pour les médecins.

Sous-section 3.2.1.5. Conclusion

À notre connaissance, notre étude est la première à étudier si certains déterminants des modèles d'organisation ont un impact sur la qualité de vie mentale des personnels des services des urgences et des soins intensifs. De plus, cette enquête quantifie la force des associations entre le JS et les différents facteurs identifiés dans l'étude, ce qui permet au

management d'implémenter logiquement des stratégies préventives concernant la qualité de vie au travail et la qualité des soins.

Dans les services d'urgences et de soins intensifs, l'ergonomie de l'environnement et la communication semblent être deux principaux déterminants de la qualité de vie mentale au travail. En outre, la gestion des hôpitaux doit fournir un meilleur équilibre entre les horaires de travail et hors-travail.

Section 3.2.2. Analyse lexicale de la qualité de vie au travail auprès de 16 psychiatres hospitaliers

Cette section a fait l'objet de la rédaction d'un manuscrit qui a été publié dans la revue *Santé Publique* (cf partie « Articles dans leurs versions originales » page 248).

Sous-section 3.2.2.1. Introduction

La QVT est un concept intuitif et dynamique fondé sur la perception qu'a un individu de sa place à la fois dans la sphère culturelle, organisationnelle et relationnelle de l'entreprise (Dupuis et al., 2009). Les RPS entendus comme les risques engendrés par les conditions d'emploi, l'organisation et les relations au travail sont des déterminants délétères de la QVT (Gollac & Bodier, 2011). En France, le concept de QVT a été introduit depuis quelques années dans les critères de certification des établissements de santé. En effet, la qualité de vie au travail des professionnels est nécessaire à une bonne qualité des soins et la délivrance de soins de qualité est nécessaire pour que les professionnels perçoivent une bonne QVT (Haute Autorité de santé, 2010).

Selon deux enquêtes françaises réalisées en 1998 puis en 2003, la perception que le personnel hospitalier a de ses conditions de travail au cours de cette période s'est globalement dégradée : rythmes plus contraignants, manque d'effectifs... (Donato, 2009). Concernant l'univers médical, de nombreux bouleversements sont apparus, en lien avec une augmentation des exigences et des contraintes diverses : responsabilités médicales, surcharge administrative, altération de la relation médecin-patient, pression politique et sociale... Les médecins ont une faible capacité à s'avouer leur propre souffrance

psychologique. Pourtant une étude française montre que chez les médecins, le taux de prévalence du syndrome d'épuisement professionnel est de 43%, des troubles psychologiques de 29% et d'une médiocre santé perçue de 8% (Estryn-Behar et al., 2011).

Plus spécifiquement, la psychiatrie, au sein d'une profession médicale déjà « à risque », semble particulièrement exposée aux RPS (Wiertz, 2012). Dans la littérature internationale, des études montrent que la psychiatrie est une spécialité à haut risque d'épuisement professionnel (Estryn-Behar et al., 2011 ; Kumar, 2011 ; Bressi et al., 2009 ; Umene-Nakano et al., 2013 ; Korkeila et al., 2003) et près de 35% des psychiatres en état d'épuisement professionnel ne pensent pas l'être (Wiertz, 2012). Elle constitue également une des spécialités médicales les plus à risque de suicide (Hawton et al., 2001 ; Rich & Pitts, 1980 ; Chocard & Juan, 2007). La littérature a mis en évidence des risques spécifiques pour la santé des médecins psychiatres (Fothergill et al., 2004 ; Kumar, 2007 ; Rössler, 2012) : exposition à la souffrance psychique et à la chronicité des troubles mentaux, charge émotionnelle intense de la relation médecin-patient, confrontation à la violence, au suicide et gestion du passage à l'acte. Ils doivent également faire face à la fois à la stigmatisation de la population qu'ils traitent et à celle de leur propre spécialité. Enfin, il existe un amalgame fréquent entre les pathologies psychiatriques et les problèmes d'ordre social ou judiciaire. Les facteurs de l'environnement de travail associés au syndrome d'épuisement professionnel diffèrent entre les psychiatres et les autres praticiens. Pour exemple, chez les psychiatres la durée de travail hebdomadaire entre 35 et 50 heures et un nombre de nuits travaillées de plus de 5 jours par mois apparaissent plus en lien avec ce syndrome alors que chez les autres spécialistes la violence de la part des patients et la pression temporelle élevée apparaissent plus en lien avec ce dernier (Estryn-Behar et al., 2011).

La plupart des études sur le vécu des conditions de travail en milieu hospitalier psychiatrique concerne les soignants paramédicaux (Estryn-Behar et al., 2006 ; Cintas, 2009) et très peu les psychiatres.

L'objectif de notre étude est de documenter la QVT des psychiatres des établissements publics hospitaliers afin de fournir des éléments pour préparer une enquête quantitative.

Sous-section 3.2.2.2. Méthodes

Type d'enquête

Il s'agit d'une enquête qualitative réalisée à l'aide d'entretiens semi-directifs. Ce type d'entretiens permet le recensement de données subjectives et s'attache à recueillir les éléments mis en avant par la personne interrogée dans des thématiques relativement larges (Britten, 1995). Une étude qualitative va permettre de générer des hypothèses conduisant dans un second temps à l'élaboration d'items qui seront intégrés à un questionnaire quantitatif (Brod et al., 2009). Une fois finalisé, ce questionnaire pourra être appliqué à l'ensemble de la population étudiée afin de tester ces hypothèses.

Population

Un entretien a été proposé à des psychiatres de deux établissements publics de santé mentale du sud de la France. L'un des deux établissements, intégré dans un centre hospitalo-universitaire et intervenant en secteur urbain, est en déficit avec un plan de retour à l'équilibre. Les postes de psychiatres de cet hôpital sont pourvus. Le second établissement, non universitaire et intervenant en milieu rural, n'est pas en déficit et est également correctement pourvu en praticiens (un seul poste vacant lors de l'enquête). Les psychiatres ont été tirés au sort parmi l'ensemble des psychiatres travaillant dans ces structures depuis au moins 6 mois. Afin de constituer l'échantillon, compte tenu des ressources importantes nécessaires pour réaliser les entretiens semi-directifs notamment les temps d'entretien et de saisie et en vue de respecter le principe de faisabilité de l'étude, quatre facteurs de confusion ont été sélectionnés par le comité de pilotage : l'établissement, la spécialisation en psychiatrie adulte ou en pédopsychiatrie, le genre et la tranche d'âge (<35 ans ou >= 35 ans). La prise en compte de ces facteurs (4 facteurs à deux modalités chacun) a nécessité l'inclusion de 16 sujets. Seize groupes, comportant une liste de quatre psychiatres tirés au sort, ont été constitués. Un rendez-vous a été proposé au premier psychiatre de la liste. En cas de refus ou de non réponse, le second médecin de la liste a été sollicité et ainsi de suite.

Recueil des données

Un guide d'entretien a été élaboré par deux spécialistes en médecine du travail, une psychologue et un épidémiologiste suivant trois étapes :

- 1) L'identification des thématiques à explorer à partir d'une analyse des facteurs de risque psychosociaux, identifiés par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, et à partir d'une revue de la littérature internationale sur les conditions d'exercice et le vécu des psychiatres hospitaliers.
- 2) L'analyse critique des thématiques par trois psychiatres des établissements étudiés.
- 3) L'application du guide afin de le tester auprès de deux psychiatres de ces établissements.

Le guide d'entretien aborde ainsi les huit thématiques suivantes : ressenti au travail et difficultés rencontrées dans l'exercice de la profession, impact de l'organisation du travail sur la façon de travailler, qualité des soins, relations interprofessionnelles, relations avec les patients et leur entourage, liens entre vie professionnelle et vie personnelle, influence du travail sur la santé, préconisations pour améliorer la QVT.

En avril et mai 2013, des entretiens semi-directifs confidentiels ont été conduits, pendant le temps de travail des médecins, par une interne en médecine du travail auprès de psychiatres tirés au sort ayant accepté de participer à l'étude. Ils ont été réalisés dans une salle réservée à cet effet dans les deux établissements. L'objectif de l'étude a été précisé dans une lettre d'information à chacun d'entre eux lors de la proposition d'entretien. Les entretiens ont été enregistrés avec leur accord et le principe de l'anonymat a été garanti.

Analyse des données

Le contenu des entretiens a été saisi informatiquement dans son intégralité par l'enquêteur. L'analyse de contenu des discours a été réalisée selon la méthode de l'analyse lexicale et thématique qui permet d'étudier la structure grammaticale de chaque entretien, la richesse du vocabulaire employé et de mettre en évidence les thématiques évoquées (Leplège & Coste, 2001). Cette analyse, effectuée à l'aide d'un logiciel Alceste, se décompose en quatre phases (Blanchet & Gotman, 2007) :

- Elaboration de la liste des mots employés réduits à leur racine ;
- Découpage du texte en unités de contexte élémentaire (correspondant à des phrases extraites des entretiens) puis regroupement des unités contenant les mêmes formes lexicales afin de constituer des classes de mots dont le sens sera ensuite attribué par l'analyste ;
- Pour chaque classe de mots obtenue, classement des mots sur la base de leur représentativité déterminée par un test de Khi2 à partir du nombre d'occurrences et de co-occurrences (fréquence de survenue de mots associés ensemble) ;
- extraction des unités de contexte élémentaire les plus représentatives de chaque classe en fonction de leur valeur de Khi2.

La valeur du Khi2 exprime le coefficient d'association entre une unité de contexte élémentaire et une classe. Par convention, la valeur minimum du Khi2 est déterminée lorsque 70% des unités de contexte élémentaire sont classées ; chaque classe étant ainsi considérée comme stable (Reinert, 1993). Dans le cas de cette étude, la valeur minimum du Khi2 est de 16. Pour l'interprétation des données, seuls les mots et unités de contexte ayant une valeur de Khi2 supérieure à 16 ont donc été pris en compte. A partir des classes de mots obtenues, deux spécialistes en médecine du travail, une psychologue et un épidémiologiste ont structuré l'analyse en thèmes et sous-thèmes.

Aspects éthiques

La participation était volontaire et anonyme, conformément aux dispositions de la loi du 6 août 2004. Cette étude a reçu l'approbation de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL ; N° de déclaration : 669167v0).

Sous-section 3.2.2.3. Résultats

Afin de pouvoir inclure 16 sujets dans l'étude, 24 psychiatres ont dû être contactés. Huit psychiatres de chaque établissement ont accepté de participer à l'enquête (taux de réponse : 67 %). Parmi les huit qui n'ont pas répondu à la proposition d'entretien, 3 ont déclaré ne pas pouvoir se libérer durant les créneaux proposés, 3 ont indiqué ne pas en avoir le temps et 2 ont été injoignables. La durée des entretiens a varié de 20 à 90 minutes (moyenne et écart-type en minutes : $46,8 \pm 19,8$).

Les caractéristiques socioprofessionnelles (sexe, âge, spécialisation, secteur d'activité principale, fonction) des médecins interrogés sont les suivantes : 8 femmes, 11 psychiatres âgés d'au moins 35 ans, 11 travaillant en psychiatrie adulte, 12 exerçant principalement en intra-hospitalier et 4 en Centre médico-psychologique (CMP). Parmi eux, 11 sont Praticiens Hospitaliers, 3 Chefs de pôle, 1 Chef de Clinique-Assistant et 1 Professeur des Universités - Praticien Hospitalier. Quatre thèmes ont été mis en évidence à la suite de l'interprétation des données fournies par Alceste. Chaque thème est constitué de sous-thèmes caractérisés par les occurrences et co-occurrences de mots les plus fréquentes selon les résultats de l'analyse du logiciel Alceste (tableau 19, page 191).

Les thèmes 1 et 2, qui représentent respectivement 22% et 19% du corpus, concernent principalement la pédopsychiatrie, avec la prise en charge médico-sociale du patient et la qualité des soins. Le premier thème comporte trois sous-thèmes : l'environnement socio-familial de l'enfant, les contraintes structurelles et les interactions avec le réseau de soins (tableau 20, page 192). Le second se compose quant à lui des sous-thèmes suivants : la formation des professionnels de santé et la dimension relationnelle (tableau 21, page 193).

Les thèmes 3 et 4 sont davantage en lien avec la psychiatrie adulte. Le thème 3 représente 47% du corpus et se rapporte à l'exercice dans le système hospitalier public avec trois sous-thèmes : le rôle du médecin-gestionnaire, la perte de sens du travail et la satisfaction au travail (tableau 22, page 194). Enfin, le dernier thème, correspondant à 12% du corpus, concerne la spécificité du travail en psychiatrie avec les aspects médico-légaux d'une part et la violence d'autre part (tableau 23, page 195).

Tableau 19 : Thèmes et sous-thèmes issus de l'analyse du vocabulaire des entretiens avec les psychiatres hospitaliers

	Thème 1	Thème 2	Thème 3	Thème 4
	Prise en charge médico-sociale du patient	Qualité des soins	Exercice dans le système hospitalier public	Spécificité du travail en psychiatrie
Sous-thèmes Vocabulaire utilisé	Environnement socio-familial de l'enfant <i>Enfant, petit, confronter, situation, parent, familial, famille, recevoir, pression, éducation, domicile</i>	Formation des professionnels de santé <i>Qualité, soin, professionnel, formation, personnel, penser, connaissance, capacité, utile</i>	Rôle du médecin-gestionnaire <i>Management, position, chef, prendre, décision, règle, directeur, cadre</i>	Aspects médico-légaux <i>Contrainte, certificat, signer, traiter, hospitalisation, garde, loi, marquer, mot, dossier, pratique, juge, perdre, liberté, couvrir, pratique, époque, condamner</i>
	Contraintes structurelles <i>Secteur, lieu, structure, CMP^a, accueillir, accueil, place, délai, confronter, suivre</i>	Dimension relationnelle <i>Liaison, relation, mouvement, participe, égard, équipe, regard, bienveillant, personnel</i>	Perte de sens du travail <i>Administratif, impression, individu, collectif, règle, parler, valeur</i>	Violence <i>Danger, agressif, frapper, taper, sédation, contenu, chambre, isolement, peur</i>
	Interactions avec le réseau de soins <i>Secteur, CMP, hôpital, pédiatrie, suivre, scolaire, solliciter, intervenir, psycho, CATTP^b</i>		Satisfaction au travail <i>Venir, boulot, envie, content, bosser</i>	

a Centre Médico-Psychologique

b Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps partiel

Tableau 20 : Illustration du thème 1 et des sous-thèmes par des extraits issus de l'analyse des entretiens

Thème 1		Prise en charge médico-sociale du patient	
Sous-thèmes Extraits d'entretiens	Environnement socio-familial de l'enfant	« c'est beaucoup en pédopsychiatrie des demandes par rapport à la scolarité, (1) par rapport aussi aux situations familiales, c'est vrai que la famille vit un petit peu une crise, (...), les parents divorcent, les familles se recomposent, les enfants sont au milieu, et souvent il y a des complications »	
		« on voit de plus en plus effectivement des familles en difficulté sociale (2) et donc aussi tout ce qui concerne le suivi des enfants placés »	
	Contraintes structurelles	« manque de places par rapport aux structures institutionnelles »	(3)
		« délais d'attente qui sont importants »	(4)
		« si ce n'est pas urgent, c'est de l'ordre de 6 mois 1 an d'attente »	(5)
		« on ne dispose pas des locaux »	(6)
		« un manque de temps, un manque de moyens »	(7)
		« cet aspect manque de temps, pression, effectivement je crois avoir le sentiment de ne pas arriver à répondre à toutes les demandes (...) le sentiment d'être un petit peu dispersé, éclaté, de travailler dans différents lieux sans forcément qu'il y ait de lien de continuité »	(8)
	Interactions avec le réseau de soins	« on envisage en CMP ^a à ce moment-là de combiner des soins de rééducation orthophonique ou psychomotrice et un groupe thérapeutique hebdomadaire »	(9)
		« par le biais soit du médecin scolaire, soit de la psychologue scolaire, donc quand les enfants ont des troubles du comportement importants (...) ou voilà, là il y a une pression de ce côté-là et puis aussi par le Conseil Général c'est à dire les Maisons du Rhône qui (...) reçoivent aussi des familles en difficulté et donc nous sollicitent pour les suivre »	(10)

a Centre Médico-Psychologique

Tableau 21 : Illustration du thème 2 et des sous-thèmes par des extraits issus de l'analyse des entretiens

Thème 2		Qualité des soins
Sous-thèmes Extraits d'entretiens	Formation des professionnels de santé	« on a besoin que les équipes soient formées, qu'elles soient formées de façon cohérente à des choses qui sont adaptées à leur vrai besoin de formation » (1)
		« je pense que ça dépend en premier lieu de l'implication des soignants, tout-à-l'heure je disais que j'ai une équipe qui n'est pas très bien formée, mais ils sont tellement impliqués que du coup (...) ça pallie un peu ce manque de formation » (2)
		« la disponibilité du professionnel, de sa bienveillance, de ses compétences, de l'équipe qui l'entoure et du fonctionnement institutionnel dans lequel il travaille et de la communication qui existe entre les différents professionnels » (3)
	Dimension relationnelle	« la qualité des soins elle est aussi garantie par la qualité des liaisons avec les équipes partenaires, ça c'est sûrement une vraie difficulté, on est dans des institutions qui ont des mandats différents et qui ne sont pas faites pour communiquer ensemble » (4)
		« cette qualité de la relation n'est pas exclusivement la qualité de la relation soignante, (...) elle ne peut pas être isolée de la qualité de la relation soignante, de la qualité de la relation au sein d'une équipe, et de la relation avec les collègues » (5)

Tableau 22 : Illustration du thème 3 et des sous-thèmes par des extraits issus de l'analyse des entretiens

Thème 3		Exercice dans le système hospitalier public
Sous-thèmes Extraits d'entretiens	Rôle du médecin-gestionnaire	« (...) je fais beaucoup moins de clinique que de travail de responsabilité (1) (...) » (2) « moi j'ai plus, là il me semble, évoqué des affaires de management, que l'on n'apprend pas, qu'on ne nous apprend pas »
	Perte du sens du travail	« progressivement, on en devient plus ou moins prestataire de services au (3) lieu d'être, on va dire, un élément moteur de la politique de soins » « je ne me prive pas de le dire aux visiteurs de l'HAS ^a qui viennent nous (4) certifier, je pense qu'à un moment donné, à force de vouloir tout codifier, on a perdu un certain bon sens et on n'accepte plus de prendre des risques (5) et soigner c'est prendre un risque » « le poids de l'administratif et des papiers à rendre et (...) des formulaires (...) aussi prend sur le temps clinique. Donc c'est vraiment conjoncturel mais pénible, parce qu'avant tout on est médecin »
	Satisfaction au travail	« je suis satisfaite de venir travailler » (6)
		« je suis très contente de ce que je fais. C'est fatigant mais c'est bien » (7)

a Haute Autorité de Santé

Tableau 23 : Illustration du thème 4 et des sous-thèmes par des extraits issus de l'analyse des entretiens

Thème 4		Spécificité du travail en psychiatrie
Sous-thèmes Extraits d'entretiens	Aspects médico-légaux	<p>« je n'ai pas d'avis favorable ou défavorable par rapport à la loi mais c'est sûr, ça a influencé la pratique » (1)</p> <p>« passer devant le juge, déjà c'est extrêmement compliqué, souvent ils ne comprennent pas, alors on explique bien que c'est sur (...) la forme (...) plus que sur le fond, mais déjà ça, ce n'est pas évident » (2)</p> <p>« le certificat médical initial de SDRE^a n'a pas été suffisamment étayé, bien que l'hospitalisation était tout à fait justifiée et que la mise sous traitement était tout à fait justifiée, mais il a été condamné un truc symbolique » (3)</p>
	Violence	<p>« c'est une violence faite au patient que de le contenir (...) » (4)</p> <p>« j'ai eu à subir des agressions où j'ai toujours trouvé un moyen de gérer la situation de crise, sauf une fois quand j'étais interne » (5)</p>

a Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat

Sous-section 3.2.2.4. Discussion

Le vocabulaire employé et les extraits d'entretiens des 16 psychiatres ayant accepté de participer à l'étude ont permis de documenter une réflexion autour des 4 thèmes suivants.

Prise en charge médico-sociale du patient

Les pédopsychiatres déclarent être de plus en plus sollicités et confrontés à des difficultés en lien avec l'environnement socio-familial de l'enfant (tableau 20, page 192, réf. 1 et 2). En pédopsychiatrie, comme en psychiatrie adulte, les attentes de la société et des pouvoirs publics sont fortes à l'égard de cette spécialité qui doit à présent faire face à la « psychiatrisation » des problèmes sociaux, eux-mêmes accrus par le contexte actuel de crise socio-économique. Cet élargissement des limites de la spécialité et la banalisation des soins psychiatriques augmentent ainsi considérablement la charge de travail (Wiertz,

2012). La difficulté croissante, pour les pédopsychiatres interrogés, à répondre à toutes les demandes et la pression ainsi engendrée sont mises en évidence par les fréquentes co-occurrences des mots famille, recevoir, pression.

Les contraintes d'ordre structurel sont soulignées par des mots tels que secteur, lieu, structure, CMP, accueillir, place, délai. Certains psychiatres exerçant en CMP rapportent un « manque de places par rapport aux structures institutionnelles », et de ce fait « des délais d'attente qui sont importants » (tableau 20, page 192, réf. 3 et 4). D'autres dénoncent un manque de locaux (tableau 20, page 192, réf. 6) ou bien des locaux vétustes ou inadaptés. Beaucoup évoquent également « un manque de temps, un manque de moyens » (tableau 20, page 192, réf. 7). Or, la psychiatrie est une spécialité fondée sur la relation à l'autre où l'accompagnement du patient prend une place considérable dans le soin. Ce manque de temps conduit à un sentiment de disponibilité moindre et de pression supplémentaire (tableau 20, page 192, réf. 8). Selon l'enquête santé et satisfaction des médecins au travail (SESMAT), le manque de temps pour parler au patient apparaît relié à l'épuisement professionnel des psychiatres (Estryn-Behar et al., 2011). Des études concernant l'hôpital psychiatrique montrent que les moyens attribués au système de soins s'amenuisent (réduction du nombre de lits, du nombre de soignants,...) tandis que paradoxalement la charge de travail s'alourdit (Wiertz, 2012 ; Estryn-Behar et al., 2006 ; Cintas, 2009).

Le développement de l'extra-hospitalier induit pour les médecins une activité multi-sites plus fréquente avec une multiplication de partenaires médicaux, paramédicaux et sociaux (Wiertz, 2012). Ces interactions avec le réseau de soins sont caractérisées par des mots comme secteur, CMP, hôpital, pédiatrie, suivre, scolaire, solliciter, intervenir (tableau 20, page 192, réf. 9 et 10). Ce travail multi-sites est à l'origine d'une réduction des pauses repas et multiplie par deux la survenue de l'épuisement professionnel (Estryn-Behar et al., 2011).

Qualité des soins

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la qualité des soins se définit comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques, qui lui assure le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque

iatrogène et pour la plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (Roemer et al., 1988). Cependant, des études réalisées auprès du personnel hospitalier sur la signification et la mesure de la qualité des soins soulignent l'absence de définition unique et la différence de représentation entre encadrants et soignants (Or & Com-Ruelle, 2008 ; Claveranne et al., 2003). Pour ces derniers, la qualité des soins est centrée sur les aspects relationnels et inscrite dans une pratique collective professionnelle.

Les mots qualité, soin, professionnel, formation, personnel, connaissance, utile se réfèrent à la formation des professionnels de santé. Certains psychiatres évoquent le manque de formation de l'équipe infirmière (tableau 21, page 193, réf. 1). L'enquête PRESST-NEXT fait état également de ce ressenti d'une déficience de formation du personnel paramédical en psychiatrie, en lien notamment avec la disparition depuis 1992 du diplôme infirmier de secteur psychiatrique. Ce ressenti est exprimé aussi bien par les infirmiers que par la hiérarchie (Estryn-Behar et al., 2006). Cependant, un des psychiatres interrogés déclare que ce manque de formation peut être compensé dans certains cas par l'investissement du soignant (tableau 21, page 193, réf. 2). Afin d'améliorer la formation infirmière, une nouvelle formation initiale (1ère promotion 2009-2012) doit être évaluée en tenant compte de son impact sur la qualité des soins (Ministère chargé de la santé & Ministère chargé des solidarités, 2011).

Tous les psychiatres évoquent la dimension relationnelle en employant des mots tels que liaison, relation, mouvement, participe, égard, équipe, regard (tableau 21, page 193, réf. 3 et 4). L'importance de la relation soignant-soigné, avec les places primordiales de l'écoute et de l'échange, est rapportée dans toutes les études concernant les conditions de travail en psychiatrie (Estryn-Behar et al., 2011 ; Wiertz, 2012 ; Estryn-Behar et al., 2006 ; Cintas, 2009). Les soignants déplorent la rationalisation du temps au détriment du relationnel. Leur perception globale est celle d'une détérioration de la qualité des soins et de la relation soignant-soigné (Cintas, 2009 ; Douguet et al., 2005). Certains dénoncent l'évolution de la conception du soin de « la relation humaine soignant/soigné » à une conception « efficacité » (Brient, 2007). En outre, comme le signale l'un des psychiatres de l'étude, la relation soignant-soigné ne peut être dissociée de la relation soignant-soignant (tableau 21, page 193, réf. 5). L'enquête SESMAT montre que la survenue de l'épuisement professionnel est doublée en cas de relations interpersonnelles hostiles ou tendues dans l'équipe et quasiment multipliée par trois lorsque la qualité du travail d'équipe est déclarée faible (Estryn-Behar et al., 2011). Les possibilités d'échange dans l'équipe apparaissent déterminantes, notamment sous leur modalité informelle. Les

psychiatres de notre étude déplorent ainsi la disparation progressive de ces temps informels. Ceux-ci aident en effet à diluer une part du stress chronique en permettant les décharges émotionnelles autant que les réassurances en cas de difficultés rencontrées (Estryn-Behar et al., 2011).

Exercice dans le système hospitalier public

Les trois chefs de pôle interrogés évoquent leur nouvelle fonction de responsable de gestion (tableau 22, page 194, réf. 1) instituée lors de la création des pôles d'activités par la réforme de la Nouvelle Gouvernance Hospitalière puis le Plan Hôpital en 2007. Dans notre étude, des mots tels que management, position, chef, prendre, décision, directeur, cadre se rapportent au rôle du médecin-gestionnaire. Cette fonction dépasse à présent le seul champ de la médecine du fait de l'introduction d'outils gestionnaires et du phénomène de « managérialisation » à l'hôpital public (Burellier, 2011). L'émergence d'un nouvel équilibre entre pouvoir médical et pouvoir gestionnaire (Vallet-Armellino, 2007) renforce les mécanismes de domination entre médecins et gestionnaires (Sainsaulieu, 2006). Ceci s'ajoute aux contraintes rencontrées par l'activité psychiatrique depuis la loi de 1990, en particulier la difficulté de délimiter les tâches des institutions et des professionnels ainsi que la relation entre l'offre de soins des établissements et la permanence des soins.

La rationalité économique et la culture du résultat envahissent l'activité de soins et prennent le pas sur les relations humaines (Cintas, 2009). Les réformes instaurées cette dernière décennie se sont associées pour beaucoup de soignants à une certaine perte de sens du travail (tableau 22, page 194, réf. 3), illustrée dans leurs propos par les mots administratif, impression, individu, collectif, règle, parler, valeur. Les nouvelles démarches de qualité et de certification représentent une vision des soins qualifiée de procédurale par les soignants en psychiatrie (tableau 22, page 194, réf. 4). Ce système n'évalue pas le processus réel du travail et oublie la subjectivité et la compréhension de l'autre (Institut de psycho dynamique du travail au Québec, 2006). Cette représentation est en contradiction avec leur propre conception, centrée sur le temps, la disponibilité et le relationnel (Cintas, 2009). Ces procédures introduisent une prescription du travail de plus en plus individualisée. Elle va ainsi à l'encontre de la culture du personnel soignant car perçue comme aboutissant à la dislocation du collectif de travail et à la remise en cause des valeurs associées à l'identité professionnelle (Collectif infirmier, 2007). La part de

temps consacrée à l'activité administrative augmente (tableau 22, page 194, réf. 5) au détriment de l'écoute du patient, contribuant à l'augmentation des situations de violence, qui sont plus difficilement anticipées. Cette organisation crée un décalage entre « prescrit et réel » formant un environnement porteur de violence (Dejours, 2005). Aussi, bien que les changements organisationnels n'affectent pas spécifiquement le secteur psychiatrique, ils ont cependant un retentissement plus fort dans des situations déjà porteuses de violence (Cintas, 2009). La perte de sens du travail constitue un facteur de risque de l'épuisement professionnel (18). Dans ce cadre, de nombreuses résistances à la culture du résultat apparaissent en psychiatrie (Borgès Da Silva, 2003).

Historiquement, des glissements de tâches s'opèrent fréquemment en service de psychiatrie. Des études récentes ont mis en évidence une réduction des possibilités de coopération notamment entre catégories professionnelles au sein des équipes de psychiatrie par l'introduction de la division formalisée du travail (Dougnet & Munoz, 2005). Les soignants n'ont plus la possibilité de construire les « savoir-faire de prudence » essentiels dans la prévention des situations de crise (Cintas, 2009).

Néanmoins la plupart des psychiatres interrogés sont satisfaits de leurs activités professionnelles, comme l'attestent les mots venir, boulot, envie, content, bosser (tableau 22, page 194, réf. 6 et 7). La satisfaction professionnelle serait un facteur protecteur de l'épuisement professionnel (Bressi et al., 2009 ; Fischer et al., 2007). La conservation d'un état de satisfaction au travail est souvent rapportée dans les études concernant les psychiatres hospitaliers malgré un niveau d'épuisement professionnel parfois avancé (Wiertz, 2012 ; Kumar et al., 2007).

Spécificité du travail en psychiatrie

Dans cette étude, l'influence des nouvelles réglementations sur la pratique quotidienne est évoquée par les psychiatres (tableau 23, page 195, réf. 1 et 2). Les aspects médico-légaux sont caractérisés par les mots mettre, mot, marquer, dossier, traiter, loi, pratique, lever, contrainte, juge, perdre, liberté, signer. Une étude réalisée 6 mois après l'application de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge montre que cette dernière apporte certains avantages mais aussi des difficultés : articulation entre univers médical et judiciaire complexe, manque de moyens, certificats médicaux trop nombreux... (République Française, 2011 ; Cambier et al., 2013). Les mots couvrir, époque,

condamner, certificat sont utilisés pour évoquer certaines situations ayant été vécues par des confrères (tableau 23, page 195, réf. 3). L'enquête PRESST-NEXT indique que les nouvelles directives législatives et réglementaires afférentes aux droits des malades et aux obligations des structures de soins laissent place à la judiciarisation et aux conflits avec les usagers, amplifiant ainsi le risque médico-légal (Estryng-Behar et al., 2006).

La violence est caractérisée par des mots tels que danger, agressif, frapper, taper, sédation, contenu, chambre, isolement, peur. Sont citées à la fois les situations violentes que peuvent vivre certains patients (tableau V, réf. 4) et celles vécues par les soignants (tableau 23, page 195, réf. 5). En psychiatrie, le risque d'exposition à des situations de violence est élevé. Cependant, il existe une certaine forme de « tolérance » de la part des praticiens. En effet, ils attribuent cette violence à la maladie mentale et non directement au patient. Cette tolérance constitue un élément non négligeable du stress vécu au travail (Deleplancque et al., 2009).

Limites de l'étude

L'interprétation des résultats de cette enquête doit rester prudente, la faible taille de l'échantillon ne le rendant pas représentatif de l'ensemble des psychiatres hospitaliers. Le choix d'entretiens semi-directifs réalisés par un seul enquêteur peut comporter un biais lié à la directivité. Toutefois, la part de subjectivité dans l'interprétation des entretiens a pu être réduite par l'utilisation du logiciel Alceste. Comme pour toute étude qualitative, ce n'est pas la représentativité de la population qui a été souhaitée mais celle de la diversité des situations (âge, sexe, secteur) (Britten, 1995 ; Brod & Tesler, 2009). Celle-ci a été augmentée en réalisant les entretiens sur deux établissements différents. Des facteurs de confusion comme le fait de travailler exclusivement en secteur ouvert ou fermé ou bien en CMP ou en milieu carcéral n'ont pas été choisis car la majorité des psychiatres de ces établissements travaillaient dans plusieurs services à la fois. De même la spécialité en addictologie n'a pas été retenue. Ces caractéristiques sont néanmoins à étudier et pourront faire l'objet d'une enquête ultérieure.

Sous-section 3.2.2.5. Conclusion

Il apparaît au travers des entretiens des psychiatres que parmi les éléments à améliorer en priorité figurent une organisation du temps de travail favorisant l'écoute des

patients, les échanges interprofessionnels, notamment au cours de moments informels ainsi que la formation du personnel paramédical en psychiatrie. Ce travail a permis d'élaborer un questionnaire spécifique qui pourra être appliqué à une plus large population de psychiatres hospitaliers.

Conclusion générale

Dans ces travaux de thèse nous avons choisi d'investiguer le champ de la qualité de vie au travail (QVT) puisqu'il s'agit d'un concept fortement prisé par les partenaires sociaux et par la population active depuis 2013. Nous avons vu que la prise en charge de la QVT est une progression naturelle de la santé/sécurité au travail vers une logique sociétale.

Dans ces travaux nous avons proposé d'employer une approche multidimensionnelle de la QVT qui permet notamment de décloisonner les investigations entre les disciplines de l'épidémiologie, de la psychologie et de la médecine. Pour ce faire, nous n'avons pas cherché à concevoir de nouveaux concepts, nous avons préféré réunir divers concepts existants pouvant être associés à la QVT. Nous avons organisé les dimensions associées à ces concepts au sein d'un modèle original dans lequel une grande partie des dimensions est indépendante.

L'objectif de ces travaux de recherche était d'identifier les facteurs d'organisation liés à la dégradation ou à l'amélioration de la QVT parmi les professionnels en établissement de santé.

Les résultats généraux de nos études concordent avec les résultats largement acceptés dans la littérature sur le fait que les perceptions sont hétérogènes selon l'âge, le sexe et la catégorie socio-professionnelle. Ainsi les femmes, plus jeunes, de profession paramédicale sont effectivement plus exposées aux situations de contraintes mentales au travail. Les femmes de catégorie paramédicale présentent également une qualité de vie plus faible. Néanmoins dans nos études, une discordance avec la littérature est apparue puisque les individus les plus âgés présentent une qualité de vie mentale supérieure aux plus jeunes.

La population hospitalière étudiée présente une prévalence des contraintes mentales (i.e. job strain et isostrain) deux fois plus élevée qu'en population générale Française et 1,5 fois plus élevée que la moyenne des établissements de la fonction publique hospitalière (FPH). La qualité de vie mentale est similaire à la population générale Française. La qualité de vie physique est légèrement supérieure à celle de la population Française dans la même tranche d'âge. Cette dernière différence peut être expliquée par

le fait que notre population est constituée de personnes en activité professionnelle, ayant de fait une qualité de vie physique plus élevée que les personnes en inactivité incluses dans la population générale.

Au sein des présentes recherches, 5 axes de travail pour l'amélioration de la QVT ont été étudiés. Ceux-ci figurent parmi les orientations stratégiques ratifiées dans l'accord national interprofessionnel (ANI) sur la QVT du 19 juin 2013.

Ainsi, concernant l'axe 1) de l'ANI « qualité de l'information partagée au sein de l'entreprise », les résultats des travaux menés ici nous ont permis de dégager les éléments suivants. Que ce soit dans un contexte d'activité stable ou à la suite d'une réorganisation importante de l'organisation du travail à l'image d'un transfert de services, la communication apparaît comme le vecteur de QVT le plus important à stabiliser.

La mise en place de supports de communication formelle tels que les réunions régulières d'information et d'échanges est primordiale. Cette approche du processus de communication doit permettre de transmettre et de disposer d'une information fiable qui ne serait pas pervertie par des « bruits de couloir ». Cependant, il est important de ne pas occulter l'efficacité de la communication informelle qui permet notamment de rendre à chacun sa singularité.

Dans le cadre d'évènements spécifiques comme le transfert de service, les présents travaux nous ont amené à proposer la mise en place d'un « infirmier de liaison » qui aurait pour mission de dynamiser la communication informelle et de faire le lien avec la communication formelle produite par la hiérarchie supérieure. Cette solution mise en place suffisamment longtemps à l'avance permettrait à chacun de s'organiser et de limiter son incertitude quant à l'évolution des évènements.

Il est important de veiller au fait que la mission de l'infirmier de liaison n'empiète pas sur le rôle d'encadrement des cadres de proximité. Pour ce faire, il semble opportun de laisser aux cadres leur mission de favoriser la participation des agents à la réorganisation du travail et leur mission de fédérer la mise en place des actions qui en découlent.

L'axe 2) de l'ANI propose de valoriser la « qualité des relations au travail ». Or, les personnels interrogés par entretien identifient une recrudescence des comportements individualistes en situation d'incertitude qui entachent les relations entre soignants. Les résultats quantitatifs ont mis en évidence la persistance du sentiment d'isolement parmi

les soignants un an après le transfert de services. Certains agents s'interrogeaient quant à éventuellement quitter leur poste de travail.

Dans le milieu du soin, le partage des valeurs soignantes, au centre de la personnalité du soignant, joue un rôle majeur dans les relations sociales au travail. Selon les propos des agents interrogés, ces valeurs sont érodées à la fois par la transformation de la conception du soin « relationnel soignant –soigné» vers le soin « strictement efficace » et la dégradation de la relation soignant – soignant.

S'il est commode d'employer les valeurs soignantes pour rassembler les soignants, il est important de ne pas négliger le principe beaucoup plus standard de soutien émotionnel, informatif et matériel. Pour ce faire, il faut permettre au management de proximité de retourner « sur le terrain ». Les cadres de proximité sont phagocytés par leur rôle d'interface entre l'encadrement supérieur et les gestionnaires. Ils ne disposent plus du temps et des compétences nécessaires pour piloter les activités de leurs équipes et de ce fait fuient leur rôle de régulation.

Dans le cadre des réorganisations, il faudrait favoriser l'utilisation des démarches participatives qui promeuvent le sentiment d'appartenance et offrent au management l'occasion de donner plus de flexibilité et de contrôle aux travailleurs.

Concernant l'axe 3) de l'ANI « qualité de l'environnement physique » de l'ANI, nos investigations ont montré sans surprise que la mise à disposition des moyens suffisants pour travailler est un facteur essentiel dans la promotion de la QVT et de la performance. Aussi, lorsque l'environnement physique (i.e. les expositions professionnelles d'origine physique, les conditions ergonomiques) et technique (ex : les places disponibles, les équipements) ou que le nombre de personnel affecté n'est pas suffisant, les contraintes mentales et la qualité de vie mentale se dégradent.

L'axe 4) de l'ANI propose d'améliorer la « qualité de l'organisation du travail et l'axe 5) de « concilier vie professionnelle et vie personnelle ». Ces axes regroupent un vaste panel de variables. Dans nos études nous nous sommes intéressés aux agencements des horaires de travail.

Ainsi, si le temps de travail hebdomadaire de plus de 48h de travail est largement identifié dans la littérature comme un facteur de risque de dégradation de la QVT, dans notre population les diverses formes d'agencement des heures de travail (i.e. temps

plein/partiel, horaires variables, dépassements d'horaires) n'apparaissent pas comme délétères.

Concernant les variables qui influencent à la fois les temps de repos et la balance vie professionnelle – vie personnelle, le travail le week-end et les astreintes augmentent les contraintes mentales et réduisent la qualité de vie mentale.

L'axe 6) de l'ANI « qualité du contenu du travail » n'a pas été explicitement investigué puisqu'il n'était pas techniquement possible d'étudier l'ensemble des déterminants de la QVT dans une même étude. Néanmoins, lorsque que nous avons interrogé les praticiens sur les principaux déterminants qui constituent la QVT, il ressort que près de la moitié de leur discours a trait au sens du travail et à la satisfaction professionnelle.

Lors des mêmes interviews, 1/5 du discours portait sur la qualité des soins. Les éléments discutés étaient d'une part l'importance de la formation et de la relation dans l'acte de soins. Concernant la formation, il a été mis en lumière que de nombreux soignants et leur encadrement ne disposent pas de formations suffisantes pour effectuer correctement leur travail. Pour faire face à cette carence, de nombreux soignants sont amenés à la compenser par un investissement excessif.

De plus, les nouvelles démarches d'assurance qualité sont structurées selon une approche procédurale du soin, vecteur d'un processus de gestion qui n'évalue pas le processus réel de travail et ne s'intéresse pas aux aspects du temps, de la disponibilité et du relationnel pourtant nécessaires aux soins. L'application de ces démarches prend du temps au détriment du patient et induit un sentiment d'indisponibilité, source de tensions supplémentaires.

Néanmoins, l'organisme de certification des établissements de santé, la Haute Autorité de Santé (HAS), développe petit à petit des démarches d'amélioration plus actives de la qualité des soins qui associent à la fois le vécu du patient et les échanges pluri-professionnels à l'image du « patient traceur ». Ces démarches ont pour vocation d'aboutir à un diagnostic partagé entre les soignants et les soignés, moins à l'origine d'un indicateur qualité qu'à la mise en place d'actions pratiques d'amélioration des pratiques.

Enfin, parmi les facteurs d'organisation en lien avec la QVT, la perception d'une augmentation de la charge de travail décrite par la plupart des agents ayant connu le transfert de leur service diverge avec les mesures indirectes de la charge (i.e. job strain)

et de la satisfaction rapportée vis-à-vis de cette charge de travail. Deux hypothèses nous ont semblé cohérentes pour expliquer ces observations. Premièrement, les efforts réalisés par chacun pour maintenir le sens du travail et la cohérence des activités dans un contexte de refonte des pratiques amènent les professionnels à intérioriser ces tensions. Ces tensions resurgissent comme un sentiment d'accroissement de la charge de travail mais ne constituent pas factuellement une activité de soin. Deuxièmement, des auteurs ont observé que dans les situations de réorganisation du travail, un phénomène d'adaptation collectif apparaît dans un contexte d'intensification du travail.

Ces réflexions soulignent l'importance de la prise en compte des perceptions dans l'évaluation de la QVT. Une étude de la QVT ne saurait se limiter à la mesure d'indicateurs objectifs (ex : absentéisme) qui n'identifieraient ni la problématique, ni les éléments positifs et ne prendraient pas en compte nécessairement les différences individuelles.

Les résultats de ces recherches mettent en évidence l'importance du choix des variables à investiguer et les instruments de mesure à employer. En effet les mesures directes de la charge de travail (i.e. la composante principale de l'approche interactionniste du stress), de la satisfaction professionnelle et de la souffrance au travail n'ont pas mis en évidence de différences significatives entre les différents groupes comparés. Ainsi, si nous nous étions limités à employer le stress ou la satisfaction au travail en tant qu'uniques indicateurs pour évaluer la QVT, comme certains auteurs le préconisent, nous aurions éludé les sphères physiques, communicationnelles et relationnelles sous tendues dans la QVT. Cette observation conforte notre opinion relative à la nécessité d'adapter le contenu des investigations à la fois à la nature des phénomènes étudiés, au contexte organisationnel dans lequel ces événements se déroulent et aussi aux possibilités d'actions pratiques pouvant être engagées dans les entreprises.

Nos résultats ont également conforté le principe qu'en fonction des modalités de mesures d'une variable, de la taille des populations étudiées et de l'importance du phénomène, les instruments nécessaires pour mettre en évidence des différences avérées entre deux populations ne sont pas les mêmes. Pour exemple, dans le cadre de la réalisation d'une étude transversale sur une petite population (i.e. une centaine de sujets), il est plus opportun de focaliser la mesure des perceptions sur des variables qui apparaissent a priori plus sensibles au phénomène (ex : mesure du soutien social au travail). En revanche dans la conduite d'une étude longitudinale sur une cohorte dans laquelle plusieurs phénomènes pourront être étudiés, il est plus indiqué d'employer des instruments de mesure plus généraux (ex : mesure de la qualité de vie mentale).

A l'issue de ces travaux de recherche les perspectives sont de trois ordres.

La première perspective est d'ordre opérationnel. Les présentes recherches, réalisées sur un modèle de recherche-actions, étayent la nécessité de repositionner le manager de proximité au contact de ses agents. D'une part, l'enjeu est de favoriser la transmission d'informations entre les partenaires et de favoriser la participation des agents dans les processus d'organisation du travail. L'objectif est de fluidifier les flux d'informations et de connecter les organisations hiérarchiques aux organisations transversales. D'autre part, l'encadrement doit être garant de l'ajustement des moyens techniques et humains nécessaires à la réalisation du travail, dans la limite des investissements viables. Enfin, il appartient aux managers de tout échelon d'assurer le maintien d'un climat de travail et de relations de travail respectueuses de l'intégrité de chacun.

Néanmoins les résultats ne traitent pas de l'important rôle d'interface du manager. Il est nécessaire de continuer à positionner l'encadrement de proximité en tant que pivot entre les agents de terrain et les instances de gouvernance des établissements. Pour ce faire la mise à disposition des outils employés par l'ingénierie des ressources humaines (ex : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, développement professionnel continu, espaces de discussion) semble tout indiquée. Ces outils ont pour vocation de répondre au besoin de gestion anticipative des gestionnaires et de valoriser le développement professionnel des salariés. Cette approche confère aux ressources humaines une mise en avant plus marquée de sa fonction stratégique aux côtés de sa fonction d'administration de la structure.

La seconde perspective est d'ordre conceptuel. Ces travaux avaient pour ambition de justifier l'intérêt de promouvoir une modélisation encadrante et flexible de la QVT. Cette caractérisation du concept par ses frontières, plutôt que par une définition précise de son contenu, permet d'adapter ses investigations et l'interprétation de ses résultats aux besoins formalisés par les entreprises. Ainsi, l'utilisation d'une modélisation encadrante pourrait avoir pour avantage de mettre à disposition un vaste thésaurus évolutif. Celui-ci permettrait de répondre au besoin de sélectionner différentes dimensions en fonction de l'objectif des investigations (ex : identifier les facteurs de motivation extrinsèque en lien avec une réduction de la perception d'une charge de travail trop élevée).

La troisième perspective est d'ordre méthodologique. L'approche à la fois globale et factorisable de la QVT en tant que cadre conceptuel permet l'application de nouvelles méthodes d'investigation. En parallèle des méthodes d'enquêtes épidémiologiques « classiques » (utilisées dans ces travaux), de nouvelles méthodes d'exploration et d'analyse des données émergent. Il s'agit des méthodes de traitement des données massives (i.e. Big data analysis). Elles permettent de s'adapter aux contraintes de ces bases de données dont la quantité d'informations saisies est croissante, le contenu très souvent modifié et les formes sont variables (ex : bases de données relationnelles, bases de données orientées objet). La puissance des modélisations construites à l'aide des outils du Big data pourrait apporter une solution à l'impossibilité actuelle, liée aux outils classiques de l'épidémiologie, d'associer un grand nombre de dimensions introduites dans le modèle de la QVT.

Les solutions techniques du Big data permettraient de donner du sens à l'informatisation de masse, à la multiplication des mesures et des indicateurs ainsi que de mieux répondre aux attentes de la société en terme de qualité de vie. Un des avantages des outils d'analyse du Big data est de favoriser l'exploitation de toutes les formes de bases de données. Cette caractéristique permet notamment l'exploitation de l'ensemble des bases de données existantes. L'algorithmie et le machine learning (i.e. analyse prédictive) permettent l'automatisation du traitement des données et l'identification des signaux faibles (i.e. informations partielles et fragmentaires fournies par l'environnement permettant d'anticiper une opportunité ou une menace). Enfin, l'approche du Big data pourrait faciliter les démarches d'enquêtes épidémiologiques qui sont actuellement extrêmement chronophages.

L'imbrication de ces perspectives et leur développement pourraient être à l'origine d'un renouvellement des processus stratégiques et managériaux de gestion des organisations. La capacité de réaction serait augmentée par un repérage plus précis et automatisé des indicateurs divergeants. La prévention serait fondée sur l'anticipation des profils à risques établis par des corrélations statistiquement significatives des variables entre elles.

Cette évolution implique dans les organisations, une refonte des principes d'exploitation de l'ingénierie des ressources humaines (ex : transparence administrative, analyse des comportements) et la formation de l'encadrement supérieur.

Bibliographie

A

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, International Hospital Outcomes Research Consortium. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Int J Qual Health Care*; 14(1):5-13.

Aiken LH, Fagin CM. (1997). Evaluating the consequences of hospital restructuring. *Med Care*; 35(10 Suppl):OS1-4.

Aiken LH. (2002). Superior outcomes for magnet hospitals: The evidence base. Magnet hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses. Washington, DC: American Nurses Publishing. McClure ML, Hinshaw, AS. (eds.); 61-82.

Albouy V, Duée M, Godefroy P. (2012). [Quality of life for men and women. Looks on parity]. *Insee Références: Édition 2012*.

Alderfer CP. (1969). An empirical test of a new theory of human needs. *Organizational behavior and human performance*; 4(2):42-175.

Alderson M. (2004). [The psychodynamics of work and the stress paradigm: a sound and useful complementarity in favor of the development of knowledge in occupational health field]. *Santé mentale au Québec* ; 29(1):261-280.

Aldwin CM. (1994). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. New York: Guilford.

Algava E, Davie E, Loquet J, Vinck L. (2014). Conditions de travail : reprise de l'intensification du travail chez les salariés. *Dares Analyses*, n°49.

Allen NJ, Meyer JP. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*; 63(1):1-18.

Alpert JS. (2008). Physician depression. *Am J Med*; 121(8):643.

Amira S, Ast D. (2014). Des risques professionnels contrastés selon les métiers. *Dares analyses*, n°39.

ANIa. (2008). Accord national interprofessionnel sur le stress au travail.

ANIb. (2010). Accord du 26 mars 2010 sur le harcèlement et la violence au travail.

ANIC. (2013). Accord national interprofessionnel - Qualité de vie au travail - Accord du 19 juin 2013. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social conventions collectives.

Anses. (2015). Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (rnv3p) - Rapport d'activité 2013-2014.

Antonovsky A. (1990). Testing the sense of coherence model. in Friedman H (Ed.), *Personality and Disease*. New York: John Wiley.

Armenakis AA, Bedeian AG. (1999). Organizational change: A review of theory and research in the 1990s. *Journal of Management*; 25:293–315.

Armstrong-Stassen M, Cameron SJ, Horsburgh ME. (2001). Downsizing-initiated job transfer of hospital nurses: how do the job transferees fare? *J Health Hum Serv Adm*; 23(4):470–489.

Armstrong-Stassen M. (1998). Downsizing the Federal Government: A longitudinal study of managers' reactions. *Canadian Journal of Administrative Sciences*; 15:310–321.

Armstrong-Stassen M. (2003). Job Transfer during Organizational Downsizing A Comparison of Promotion and Lateral Transfers. *Group Organ Manag*; 28(3):392–415.

Arnaudo B, Léonard M, Sandret N, Cavet M, Coutrot T, Rivalin R, Thiérus L. (2013). Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs. *Dares Analyses* n°10.

Arnaudo B, Léonard M, Sandret N, Cavet M, Coutrot T, Rivalin R, Thierus L. (2013). Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs. *Dares analyses*, n°10.

Arnaudo B, Léonard M, Sandret N, Cavet M, Coutrot T, Rivalin R. (2012). L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête SUMER. *Dares analyses*, n° 23.

Askenazy P. (2004). [Work disorder]. *La République des idées*. Seuil, Paris.

B

Baba VV, Jamal M. (1991). Routinisation of job context and job content as related to employees quality of working life: a study of psychiatric nurses. *Journal of Organisational Behaviour*; 12:379–386.

Bambra C, Egan M, Thomas S, Petticrew M, Whitehead M. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 2. A systematic review of task restructuring interventions. *J Epidemiol Community Health*; 61(12):1028–1037.

Barnes DJ, Harmon P, Kish JP. (1986). A displacement orientation program. Effects on transferred nurses. *J Nurs Adm*; 16(7-8):45–50.

Barnett RC, Marshall NL, Singer JD. (1992). Job experiences over time, multiple roles, and women's mental health: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*; 62:634–644.

Baudelot C, Gollac M. (2003). *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*. Fayard (ed.) : Paris.

Baumann C, Erpelding ML, Régat S, Collin J, Briançon S. (2010). The WHOQOL-BREF questionnaire: French adult population norms for the physical health, psychological health and social relationship dimensions. *Rev Epidemiol Sante Publique*; 58:33–39.

Bellagamba G, Alcaraz-Mor R, Lehucher-Michel MP. Assessment of quality of work life in healthcare settings: which concept to use? *Journal of Interprofessional Care*. [soumis]

Bellagamba G, Gionta G, Senergue J, Bèque C, Lehucher-Michel MP. (2015). Organizational factors impacting job strain and mental quality of life in emergency and critical care units. *Int J Occup Med Environ Health*; 28(2):357–367.

Biaggi P, Peter S, Ulich E. (2003). Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents – What can be done? *Swiss Med Wkly*; 133(23–24):339–346.

Biesse N, Cabannes PY. (2015). 30 ans de transformation de l'emploi : un emploi plus féminin, salarié et tertiaire. *Marché du travail - Séries longues in Emploi population active*, n° 162 Société.

Bigot F. (2014). Analyse Préliminaire des Qualités Psychométriques d'une Version Française du Work Design Questionnaire. *Psychologie du Travail et des Organisations*; 20:203–232.

Biron C, Ivers H, Brun JP, Cooper CL. (2006). Risk assessment of occupational stress: Extensions of the Clarke and Cooper approach. *Health, Risk & Society*; 8(4): 417-429.

Blais MR, Brière NM, Lachance L, Riddle AS, Vallerand RJ. (1993). L'inventaire des motivations au travail de Blais. *Revue Québécoise de Psychologie*; 14:185–215.

Blais MR, Vallerand RJ, Pelletier LG, Brière NM. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du « Satisfaction with Life Scale ». *Revue canadienne des sciences du comportement*; 21:210–223.

Blanchet A, Gotman A. (2007). *L'enquête et ses méthodes – L'entretien*. 2ème éd. Paris : Editions Armand Colin, Collection 128.

BNET Business Dictionary. (2008). Quality of worklife. Online.

Bobillier-Chaumon ME. (2003). Évolutions techniques et mutations du travail : émergence de nouveaux modèles d'activité. *Le travail humain*; 66(2):161–192.

Boisselier J, LargerD. (1988). *Le Droit de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail*. Les Éditions d'Organisation, Paris.

Boisselier J. (2004). Naissance et évolution de l'idée de prévention des risques professionnels. Petite histoire de la réglementation en hygiène, en sécurité et en conditions de travail. ED 926. INRS.

Boisvert M. (1977). *La qualité de vie au travail*. Ecole des Hautes Etudes Commerciales: Montréal.

Bonde JPE. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med*;65(7):438–45.

Bonnetterre V, Ehlinger V, Balducci F, Caroly S, Jolivet A, Sobaszek A, et al., ORSOSA group. (2011). Validation of an instrument for measuring psychosocial and organisational work constraints detrimental to health among hospital workers: the NWI-EO questionnaire. *Int J Nurs Stud*; 48(5):557–567.

Bonneterre V, Jolivet A, Lang T, Caroly S, Ehlinger V, Sobaszek A, et al. (2010). Evaluation des contraintes psychologiques et organisationnelles (CPO) chez les soignants : cohorte ORSOSA et applications. *Arch Mal Prof Environ*; 71(3):489–492.

Bonzini M, Bertu L, Veronesi G, Ferrario MM, Conti M, Coggon D, Bertu L. (2015). Is musculoskeletal pain a consequence or a cause of occupational stress? A longitudinal study. *Int Arch Occup Environ Health*;88(5):607–12.

Borgès Da Silva G. (2003). La qualité des soins en hôpital psychiatrique : revue de littérature et perspectives. *Santé Publique*; 15(2):213–222.

Bortner RW. (1969). A short rating scale as a potential measure of pattern A behavior. *J Chronic Dis*; 22(2):87–91.

Bourbonnais R, Brisson C, Malenfant R, Vézina M. (2005). Health care restructuring, work environment, and health of nurses. *Am J Ind Med*; 47(1):54–64.

Bourbonnais R, Comeau M, Vézina M. (1999). Job strain and evolution of mental health among nurses. *J Occup Health Psychol*; 4(2):95–107.

Bourmaud G, Brebion S, Retaux X, Sich P. (2012). [Facing a restructuring together: encountering perspectives and multiple constructions]. in *Actes du 47ème Congrès de la SELF. Innovation & Travail : sens et valeurs du changement, Lyon : 5-7 septembre*; 112–119.

Boyer R, Durand JP. (1993). *L'après-fordisme*. Paris, Syros.

Brami L, Damart S, Detchessahar M, Devigne M, Habib J, Kletz F, Krohmer C. (2014). *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital - Comprendre et agir*. Presses des Mines, collection Economie et gestion, Paris.

Bressi C, Porcellana M, Gambini O, Madia L, Muffatti R, Peirone A et al. (2009). Burnout among psychiatrists in Milan: a multicenter survey. *Psychiatr Serv*; 60(7):985–988.

Brian JM. (2015). *Etat des lieux de la fonction Qualité, Hygiène, Sécurité, Environnement dans le secteur Sanitaire - Baromètre 2013-2014. De la contrainte réglementaire à l'efficacité opérationnelle ? Etude conduite par le blog qualite-hygiene-securite-environnement.fr*.

Brief AP. (1998). *Attitudes in and around organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Brient P. (2007). Les effets de la formation sur site auprès des soignants d'unités en psychiatrie générale : bilan d'une expérience. *Pratiques Psychologiques*; 13(4): 459-464.

Britten N. (1995). Qualitative interviews in medical research. *BMJ*; 311(6999):251-253.

Brod M, Tesler LE, Christensen TL. (2009). Qualitative research and content validity: developing best practices based on science and experience. *Qual Life Res*; 18(9):1263-1278.

Brown H, Zijlstra F, Lyons E. (2006). The psychological effects of organizational restructuring on nurses. *J Adv Nurs*; 53(3):344-357.

Bruchon-Schweitzer M, Rasclé N, Cousson-Gélie F, Bidan-Fortier C, Sifakis Y, Constant A. (2003). Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6) : une adaptation française. *Psychologie Française*; 48(3):41-53.

Bruchon-Schweitzer M, Siksou M. (2008). La psychologie de la santé. *Le Journal des psychologues*; 7(260):28-32.

Brun JP, Biron C, Martel J, Ivers H. (2002). Évaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines - Rapport de recherche. Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations. Canada.

Brun JP, Lamarche C. (2006). Évaluation des coûts du stress au travail - Rapport de recherche. Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations. Canada.

Brunet S. (2013). La prévention des risques psychosociaux - Avis du Conseil Economique, Social et Environnemental. *Journal officiel de la république française*.

Buono AF, Bowditch JL. (1989). *The Human Side of Mergers and Acquisitions*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.

Burellier F. (2011). Etre ou ne pas être médecin-gestionnaire ? Etude de la transition vers le rôle de responsable de pôle au sein des hôpitaux publics français. Thèse de Doctorat de l'université de Grenoble, spécialité Sciences de Gestion, Centre d'Etudes et de Recherches Appliquées à la Gestion (CERAG), Ecole Doctorale de Sciences de Gestion de Grenoble.

Burgard SA, Brand JE, House JS. (2009). Perceived job insecurity and worker health in the United States. *Soc Sci Med* 1982; 69(5):777-785.

C

Cambier G, Bougerol T, Micheletti P. (2013). Enquête qualitative sur la loi du 5 juillet 2011 en psychiatrie. *Santé Publique*; 25(6):793–802.

Carlson HC. (1980). A model of quality of work life as a developmental process. Bruke WW, Goodstein LD (eds.), *Trends and issues in OD: Current theory and practice*; University Associates, San Diego, Ca : 83–123.

Cartledge S. (2001). Factors influencing the turnover of intensive care nurses. *Intensive Crit Care Nurs*; 17(6):348–355.

Cartron D, Gollac M, Hamon-Cholet S. (2009). L'intensification du travail : phénomène durable ou effet d'apprentissage ? in Appay B, Jefferys S: *Restructurations, précarisation, valeurs*. Editions Octares.

Cascio WF. (2005). Strategies for responsible restructuring. *Acad Manag Exec*; 19(4):39–50.

Cella DF. (1992). Quality of life: the concept. *Journal of Palliative Care*; 8(3):8–13.

Cézard M, Dussert F, Gollac M. (1992). Taylor va au marché. *Organisation du travail et informatique. Travail et Emploi*; 54(4/92):4–19.

Chien TW, Lai WP, Wang HY, Hsu SY, Castillo RV, Guo HR, et al. (2011). Applying the revised Chinese Job Content Questionnaire to assess psychosocial work conditions among Taiwan's hospital workers. *BMC Public Health*; 11:478.

Chocard AS, Juan F. (2007). Suicide et tentatives de suicide chez les médecins. *La lettre du Psychiatre. Janvier-février*; 3(1-2):10–13.

Cintas C. (2009). Pénibilité du travail en hôpital psychiatrique. *Pistes*; 11(1):1–17.

Clarke SG, Cooper CL. (2000). The risk management of occupational stress. *Health, Risk & Society*; 2:173–187.

Claveranne JP, Vinot D, Fraisse S, Robelet M, Candel D, Dubois D et al. (2003). Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé. Rapport de recherche GRAPHOS-CNRS, LCPE/LNST-CNRS.

Clot Y. (2010). Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux. La Découverte, coll. Cahiers libres.

Code du travail. (2011). Article L4121-1. Version en vigueur au 2 septembre 2011.

Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*; 24:385–396.

Collectif infirmier. (2007). À l'écoute de la folie avec un collectif d'infirmiers en psychiatrie. *Nouvelle revue de psychosociologie*; 4:159–181.

Colquitt JA. (2001). On the dimensionality of organizational justice: a construct validation of a measure. *Journal of applied psychology*; 86:386–400.

Cook JV, Dickinson HO, Eccles MP. (2009). Response rates in postal surveys of healthcare professionals between 1996 and 2005: An observational study. *BMC Health Serv Res*; 9(1):160.

Coomber S, Todd C, Park G, Baxter P, Firth-Cozens J, Shore S. (2002). Stress in UK intensive care unit doctors. *Br J Anaesth*; 89(6):873–881.

Cooper CL, Cartwright S. (1997). *Managing Workplace Stress*. Sage, London.

Cortina JM. (1993). What is coefficient alpha: an examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*; 78:98–104.

Côté N, Bélanger L, Jacques J. (1994). *La dimension humaine des organisations*. Gaëtan Morin éditions.

Cour des comptes. (2013). Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale - Les fragilités du redressement financier des hôpitaux:201-228.

Cousson F, Bruchon-Schweitzer M, Quintard B, Nuissier J, Rasclé N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la W.C.C. *Psychologie Française*; 41(2):155–164.

Cousson-Gélie F, Cosnefroy O, Christophe V, Segrestan-Crouzet C, Merckaert I, Fournier E, Libert Y, Lafaye A, Razavi D. (2010). The Ways of Coping Checklist (WCC) Validation in French-speaking Cancer Patients. *Journal of health psychology*; 15(8):1246–56.

Cox T, Griffiths AJ, Barlowe CA, Randall RJ, Thomson LE, Rial-Gonzalez E. (2000). *Organisational Interventions for Work Stress: A Risk Management Approach*. Sudbury: HSE Books.

Cranny CJ, Smith PC, Stone EF. (1992). Job Satisfaction: How People Feel About Their Jobs and How It Affects Their Performance. New York: Lexington Books.

Cronin-Stubbs D, Rooks CA. (1985). The stress, social support and burnout of critical care nurses: The results of research. *Heart Lung*; 14(1):31–39.

Cunningham JB, Eberle T. (1990). A guide to job enrichment and redesign. *Personnel*; 67(2):56–61.

D

Daniellou F. (1998). [Participation, representation, and decisions in ergonomic intervention]. *Des pratiques en réflexion*. Paris, Octares Editions.

Davezies P. (2008). Stress, pouvoir d'agir et santé mentale. in 30e Congrès national de médecine et santé au travail. *Arch Mal Prof Environ*; 69(2):195–203.

Davie E. (2014). Les risques psychosociaux dans la fonction publique Faits et chiffres, édition 2014, La Documentation française.

Davis LE, Cherns AB. (1975). The quality of working life, Vols. 1 and 2. Free Press, New York.

Dayan JL. (2008). L'emploi en France depuis trente ans. Vue d'ensemble in *L'emploi, nouveaux enjeux*. Insee référence, édition 2008.

Dazord A, Gerin P, Brochier C, Cluse M, Terra JL, Seulin C. (1993). Un modèle de qualité de vie subjective adapté aux essais thérapeutiques : intérêt chez les patients dépressifs. *Sante Ment Que*;18(2):49–74.

De Coninck F, Gollac M. (2006). L'intensification du travail : de quoi parle-t-on ? in Askenazy et al., *Organisation et intensité du travail*.

De Croon EM, Sluiter JK, Blonk RW, Broersen JP, Frings-Dresen MH. (2004). Stressful work, psychological job strain, and turnover: A 2-year prospective cohort study of truck drivers. *J Appl Psychol*; 89(3):442–454.

De Zanet F, Hansez I, Bossut M, Vandenberghe C, De Keyser V. (2004). Analyse du discours de travailleurs confrontés à des changements organisationnels : une perspective transactionnelle. *Le travail humain*; 67(3):257–281.

Deci EL, Ryan RM. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.

Dejours C, Abdoucheli E. (1990). Itinéraire théorique en psychopathologie du travail. *Prévenir*; 20:127–149.

Dejours C. (1993). *Travail : usure mentale, De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Nouvelle édition augmentée, Paris, Bayard.

Dejours C. (2005). *Travaux préparatoires du Plan violence et santé*. Commission Violence, travail, emploi, santé, Conseil économique et social.

Dejours C. (2009). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Editions du Seuil.

Dejours C. (2010). Le travail entre souffrance individuelle, intelligence collective et promesse d'émancipation. *Le sujet dans la cité*;1(1):59–72.

Deleplancque N, Fabian M, Quievreux JL, Masurel I, Vandamme M, Caby MJ et al. (2009). *Stress, Violence externe et interprofessionnelle: Etude de Risques Psychosociaux au sein de quinze fonctions proches du Soins en Psychiatrie. Etude Multicentrique dans 3 EPSM du Nord de la France (Armentières Bailleul Saint André)*. Available from : <<http://www.santementale5962.com>>.

Delmas P, Escobar M, Duquette A. (2001). La qualité de vie au travail : validation de la version française d'un instrument de mesure. *L'infirmière du Québec* ; 8(6):16–28.

Denvir A, Hillage J, Cox A, Sinclair A, Pearmain D. (2008). *Quality of Working Life in the UK*. Research Report 452, Sector Skills Development Agency.

Dériot G. (2010). *Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales par la Mission d'information sur le mal-être au travail*. Sénat de la République française.

Descatha A, Roquelaure Y, Chastang JF, Evanoff B, Melchior M, Mariot C, Ha C, Imbernon E, Goldberg M, Leclerc A. (2007). Validity of Nordic-style questionnaires in the surveillance of upper-limb work-related musculoskeletal disorders. *Scand J Work Environ Health*;33(1):58-65.

Detchessahar M, Grevin A. (2009). Un organisme de santé... malade de « gestionniste ». *Annales des Mines. Collection Gérer et comprendre*;4(98):27–37.

Detchessahar M. (2011). Management et santé. *Revue française de gestion*; 5(214):65–68.

Detchessahar M. (2013). Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*; 1(19):57–80.

DGAFP. (2009). Accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique. Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'état.

DGAFP. (2013). Protocole d'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique. Dispositifs d'appui à la démarche d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique. Ministère de la réforme de l'état, de la décentralisation et de la fonction publique.

Dion G, Tessier R. (1994). Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Revue canadienne des sciences du comportement*; 26:210–227.

Direction générale de l'administration et de la fonction publique. (2014). [Methodological guide for identifying, evaluating and preventing psychosocial risks in the public service]. Ministère de la réforme de l'état, de la décentralisation et de la fonction publique.

Donato J. (2009). Une perception dégradée des conditions de travail. *Santé & Travail* n°66.

Donchin Y, Seagull FJ. (2002). The hostile environment of the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care*; 8(4):316–20.

Dong-Jin L, Singapakdi A, Sirgy J. (2007). Further Validation of a Need-based Quality-of-Work-Life (QWL) Measure; Evidence from Marketing Practitioners. *Applied Research in Quality of Life*; 2(4):273–287.

Douguet F, Munoz J, Le Boul D. (2005). Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants. DREES, Série Etudes n°48.

Douillet P. (2013). Prévenir les risques psychosociaux – Outils et méthodes pour réguler le travail. Collection Agir sur... Anact (eds).

DRASS - ARHIF. (2008). Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales - Référentiel d'aide à l'élaboration et à l'autoévaluation de la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels.

Dumas A, Le Lan R. (2006). [Age and working conditions in health facilities. Social Data in French society]. [cited 2013 Feb 2]. Available from: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/donsoc06ys.pdf. French.

Dumesnil J. (2011). Art médical et normalisation du soin. Editions puf, Collection Souffrance et théorie.

Dupret E, Bocéréan C, Teherani M, Feltrin M. (2012). Le COPSQ : un nouveau questionnaire français d'évaluation des risques psychosociaux. Santé Publique; 24:189–207.

Dupuis G, Martel J, Voirol C, Bibeau L, Hébert-Bonneville N. (2009) [The quality of work life: Knowledge assessment]. Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales.

Duvigneaux P. (1974). La synthèse écologique. Douin, Paris.

E

Easton S, Van Laar DL. (2012). User Manual of the WRQoL Scale. University of Portsmouth: Portsmouth.

Elizur D, Shye S. (1990). Quality of work life and its relation to quality of life. Applied Psychology: An International Review; 39(3):275–291.

Eller NH, Netterstrøm B, Gyntelberg F, Kristensen TS, Nielsen F, Steptoe A, Theorell T. (2009). Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. Cardiol Rev;17(2):83–97.

Ellis N, Pompli A. (2002). Quality of working life for nurses. Commonwealth Dept of Health and Ageing, Canberra.

Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. (2007). High level of burnout in intensivists: Prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med*; 175(7):686–692.

Embriaco N, Hraiech S, Azoulay E, Baumstarck-Barrau K, Forel JM, Kentish-Barnes N, et al. (2012). Symptoms of depression in ICU physicians. *Ann Intensive Care*; 2(1):34.

Ernst E, Dorothée O. (2013). [Employment in the public service in 2011. Decline in the public service of the State, global increase in hospital centers]. *Insee première* n°1460.

Estryn-Behar M, Ben-Brik E, Le Nezet O, Affre A, Arbieu P, Bedel M, et al. (2004). [The situation of caregivers of public and private institutions in France in 2002: Analysis of the results of the first part of the study PRESST-NEXT]. *Arch Mal Prof Env*; 65(5):413–437.

Estryn-Behar M, Braudo MH, Fry C, Guetarni K. (2011). Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *L'information psychiatrique*; 87:95–117.

Estryn-Behar M, Duville N, Menini NL, Le Foll S, Le Nezet O, Bocher R. (2006). Mots à maux... Expression de la souffrance des soignants en Psychiatrie. Etude comparative en France et dans 3 autres pays européens. *Annales Médico Psychologiques*; 164:732–748.

Estryn-Behar M, Kaminski M, Peigne E, Bonnet N, Vaichere E, Gozlan C, et al. (1990). Stress at work and mental health status among female hospital workers. *Br J Ind Med*; 47(1):20–28.

Estryn-Béhar M, Van der Heijden BIJM, Ogińska H, Camerino D, Le Nézet O, Conway PM, et al., NEXT Study Group. (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Med Care*; 45(10):939–950.

Estryn-Béhar M. (2008). Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. *Presse de l'EHESP, Rennes : France.*

EU-OSHA. (2007). Annual Report 2007 - European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Evin C. (2009). L'hôpital en crise ? *Les Tribunes de la santé*, n°22:75-80.

Eymard-Duvernay F. (1987). Les entreprises et leurs modèles. In Eymard- Duvernay et al., *Entreprise et produits, Cahier du CEE*, n°3, PUF édition.

F

Feldman DC. (1995). The impact of downsizing on organizational career development activities and employee career development opportunities. *Hum Resour Manag Rev*; 5(3):189–221.

Ferrans C.E. (1990). Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*; 17(3):15–19.

Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfeld SA, Marmot MG. (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*; 56(6):450–454.

Ferris A, Robertson RM, Fabunmi R, Mosca L, American Heart Association, American Stroke Association. (2005). American Heart Association and American Stroke Association national survey of stroke risk awareness among women. *Circulation*. 15;111(10):1321–6.

FHF. (2013). L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public - Rapport de la Commission permanente de l'attractivité médicale.

Firth-Cozens J. (2003). Doctors, their wellbeing, and their stress: It's time to be protective about stress and prevent it (editorials). *BMJ*; 326–670.

Fischer J, Kumar S, Hatcher S. (2007). What makes psychiatry such a stressful profession? A qualitative study. *Australas Psychiatry*; 15(5):417–421.

Fisher GN, Tarquinio C. (2006). [The basic concepts of health psychology]. Paris: Dunod.

Forest J, LeBrock P, Madore I, Boudrias JS. (2005). Comment mesurer le plaisir au travail? in *Actes Du 13e Congrès de Psychologie Du Travail et Des Organisations*. Presented at the La qualité de la vie au travail dans les années 2000, Bologna; 707–716.

Fothergill A, Edwards D, Burnard P. (2004). Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. *Int J Soc Psychiatry*; 50(1):54–65.

Fransson E, Heikkilä K, Nyberg S, Zins M, Westerlund H, Westerholm P. (2012). Job strain as a risk factor for leisure-time physical inactivity: An individual-participant meta-analysis of up to 170,000 men and women. *Am J Epidemiol*; 176(12):1078–1089.

Freudenberger HJ. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*; 30:159–165.

G

Gagné M, Forest J, Vansteenkiste M, Crevier-Braud L, Broeck A, Aspeli AK, Bellerose J, Benabou C, Chemolli E, Güntert ST, Halvari H, Indiyastuti DL, Johnson PA, Molstad MH, Naudin M, Ndao A, Olafsen AH, Roussel P, Wang Z, Westbye C. (2015). The Multidimensional Work Motivation Scale: Validation evidence in seven languages and nine countries. *European Journal of Work and Organizational Psychology*; 24(2):178–196.

Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, Bullinger M, Kaasa S, Leplege A, Prieto L, Sullivan M. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol*; 51(11):1171–1178.

Gauthier J, Bouchard S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du "State-Trait Anxiety Inventory" de Spielberger. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*; 25(4):559–578.

George JM, Brief AP. (1992). Feeling good-doing good: a conceptual analysis of the mood at work-organizational spontaneity relationship. *Psychol Bull*; 112(2):310–29.

Gervais RL, Pawlowska Z, Bojanowski R, Kounonen A, Kanika-Murray M, Van den Broek K, De Greef M. (2009). Occupational safety and health and economic performance in small and medium-sized enterprises: a review. Working environment information. Working paper. European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg: Office for Official Publications of European Communities.

Geuskens GA, Koppes LLJ, van den Bossche SNJ, Joling CI. (2012). Enterprise restructuring and the health of employees: a cohort study. *J Occup Environ Med Am Coll Occup Environ Med*; 54(1):4–9.

Gheorghiu MD, Moatty F. (2014). L'emploi et le travail hospitaliers à l'épreuve des réformes. *Connaissance de l'emploi*, Le 4 pages du CEE, janvier 2014, n°109.

Gibeault G, Gauthey O, Bernard X. (2014). *Les clés de la santé et de la sécurité au travail – Principes et méthodes de management*. Afnor éditions ; La Plaine Saint-Denis: France.

Girin J. (1983). Les situations de gestion. in Berry M, *Le rôle des outils de gestion dans l'évolution des systèmes sociaux complexes*. Rapport pour le Ministère de la recherche et de la technologie.

Gledhill JA, Rodary C, Mahé C, Laizet C. (2002). Validation française de l'échelle de fatigue révisée de Piper. *Rech Soins Infirm*; 68:50–65.

Glick WH. (1985). Pitfalls of organization climate research. *Academy of Management Review*; 10:296–311.

Golembiewski RT, Billingsley K, Yeager S. (1976). Measuring change and persistence in human affairs: Types of change generated by OD designs. *Journal of Applied Behavioural Science*; 12:133–157.

Gollac M, Bodier M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser - Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé*.

Gollac M, Volkoff S. (2000). *Les conditions de travail*. Repères, Éditions La Découverte.

Goode DA. (1989). Quality of life, quality of work life. in Kiernan WE, Schalock RL (eds.): *Economics, Industry and Disability: A Look Ahead* (Paul H. Brookes, Baltimore):337-349.

Gorgeu, A, Mathieu, R. (2011). Intérim, conditions de travail, et santé : une étude de cas dans la filière automobile en France. in *Visages de l'intérim en France et dans le Monde*, eds. Belkacem R, Kornig C, Michon F. Paris : Harmattan:77–97.

Grevin A. (2012). Quand la performance pilote le management... Les effets du tournant gestionnaire sur le management de proximité dans une clinique. *Journal de gestion et d'économie médicales*;7(30):469–490.

Grosjean V, Kop JL, Formet N, Althaus V. (2013). *Approche «bien-être au travail» pour la prévention des RPS - SATIN (version 2.1) - Questionnaire d'évaluation des conditions de travail et de la santé - Manuel d'utilisation*. Note scientifique et technique, INRS. NS299.

Groupe d'experts HIRES. (2009). [Health during Restructuring: Innovative Approaches and Policy Recommendations]. Rapport HIRES.

Guignon N, Sandret N. (2008). Les facteurs psychosociaux au travail : une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003. Premières Synthèses, Dares, n°22.1.

H

Hackman JR, Lawler EE. (1971). Employee reactions to job characteristics. *Journal of Applied Psychology*; 55:259–286.

Hackman JR, Oldham GR. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*; 16:250–279.

Hackman JR, Oldham GR. (1980). *Work redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Hamon-Cholet S. (2002). Accidents, accidentés et organisation du travail. Premières Synthèses, DARES, n°20.1.

Hansez I, Mahy A, Grisard A, Peters S, Keyser De V. (2004). Le WOCCQ, un outil de diagnostic des risques psychosociaux liés au travail. Création de normes et développement d'une base de données. *Médecine du travail et ergonomie*; 41(2):79–84.

Haute Autorité de Santé. (2010). Actes du séminaire « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé ». La Plaine Saint-Denis, 21 octobre 2010.

Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, Simkin S, Deeks JJ. (2001). 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*; 55:296–300.

He M, Wang Q, Zhu S, Tan A, He Q, Chen T, et al. (2012). Health-related quality of life of doctors and nurses in China: Findings based on the latest open-access data. *Qual Life Res*; 21(10):1727–1730.

Head J, Kivimäki M, Martikainen P, Vahtera J, Ferrie JE, Marmot MG. (2006). Influence of change in psychosocial work characteristics on sickness absence: The Whitehall II Study. *J Epidemiol Community Health*; 60(1):55–61.

Healy S, Tyrrell M. (2011). Stress in emergency departments: Experiences of nurses and doctors. *Emerg Nurse*; 19(4):31–37.

Hellemans C, Karnas G. (1997). Epreuves de validation du modèle de Karasek auprès de travailleur du secteur tertiaire. Relation du modèle avec les « tensions mentales ». *Rev Eur Psychol Appl*; 49(3):215–224.

Hemsworth D, Muterera J, Baregheh A. (2013). Examining Bass's Transformational Leadership In Public Sector Executives: A Psychometric Properties Review. *Journal of Applied Business Research*; 29(3):853–862.

Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. (1959). *The Motivation to Work*. John Wiley: New York.

Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs*; 36(5):420–427.

Hoppock R. (1935). *Job Satisfaction*. Harper and Brothers, New York.

Hospimedia. (2016). Les 32 CHU-CHR enregistrent une chute de leur capacité d'autofinancement de 18% depuis 2013. in articles Hospimedia du 3 mai 2016.

House JS. (1983). *Work stress and social support*. 2. pr. Reading, Mass.: Addison-Wesley.

Hsu MY. (2016). A Quality of Working Life Survey Instrument for Hospital Nurses. *J Nurs Res*; 24(1):87–99.

Hwang WJ, Hong O. (2012). Work-related cardiovascular disease risk factors using a socioecological approach: implications for practice and research. *Eur J Cardiovasc Nurs*;11(1):114–26.

I

Ilfeld FW. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*; 39(3):1215–1228.

Institut de psychodynamique du travail au Québec. (2006). *Espace de réflexion et espace d'action : enquêtes en psychodynamique du travail au Québec*. Presses Universitaires de Laval.

International Conference on the Quality of Working Life. (1975). *The quality of working life (1972 : New York)*. [edited with commentary by] Davis LE, Cherns AB, and associates. New York: Free Press.

International Labour Organization. (2014). *Mental ill-health at the workplace: Don't let stigma be our guide*.

Isaksen J. (2000). Constructing meaning despite the drudgery of repetitive work. *Journal of Humanistic Psychology*; 40:84–107.

J

Jennings BM. (2008). Restructuring and Mergers. in *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Chapter 24. *Advances in Patient Safety*.

Josephson M, Lagerström M, Hagberg M, Wigaeus Hjelm E. (1997). Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: A study over a 3 year period. *Occup Environ Med*; 54(9):681–685.

Joulain M, Martin N. (2013). La qualité de vie au travail dans les services de ressources humaines. *PTO* ; 19(1) :71-87.

K

Kahn WA. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of management journal*; 33(4):692–724.

Kalia M. (2002). Assessing the economic impact of stress. The modern day hidden epidemic. *Metabolism*; 51(6 Suppl 1):49–53.

Kanungo RN. (1982). Measurement of job and work involvement. *Journal of Applied Psychology*; 67(3):341–349.

Karasek R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*; 24:285–308.

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. *J Occup Health Psychol*; 3(4):322–355.

Karasek R, Theorell T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.

Karasek RA. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Admin Sci Quart*; 24(2):285–308.

Katzell RA. (1983). Improving quality of work life. *American Psychologist*; 38:126.

Kaufmann JC. (1996). *L'entretien compréhensif*. Editions Nathan : Paris.

Kavanagh MG, Halpern M. (1977). The impact of job level and sex differences on the relationship between life and job satisfaction. *Academy of Management Journal*; 20:66–73.

Kerce EW, Booth-Kewley S. (1993). Quality of work life surveys in organizations: Methods and benefits. in Sage Focus (eds.), *Improving Organizational Surveys: New Directions, Methods, and Applications*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA; 188–209.

Kierman WE, Marrone J. (1995). Quality of work life for persons with disabilities: emphasis on the employee. in Schalock R (ed.). *Quality of life volume 2: Applications to persons with disabilities*; 63–77. Washington DC: American Association on Mental Retardation.

Kiernan WE, Knutson K. (1990). Quality of work life. in Schalock RL, Begab MJ (eds), *Quality of Life: Perspectives and Issue*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *J. Person. Soc. Psychol*; 42:168–177.

Kohl ML, Schooler C. (1982). Job conditions and personality: A longitudinal assessment of reciprocal effects. *American Journal of Sociology*; 87:1257–1286.

Korkeila JA, Töyry S, Kumpulainen K, Toivola JM, Räsänen K, Kalimo R. (2003). Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists : a national survey. *Scand J Public Health*; 31: 85–91.

Kornhauser A. (1965). *Mental health of the industrial worker: A Detroit study*. New York, John Wiley & Sons.

Kovess-Masféty V et les membres du groupe de travail « Santé mentale et déterminants du bien-être ». (2010). *La santé mentale, l'affaire de tous - Pour une approche cohérente de la qualité de la vie. Rapport du groupe de travail présidé par Kovess-Masféty V*. La Documentation française, Paris.

Kozlowski SWJ, Chao GT, Smith EM, Hedlund J. (1993). Organizational downsizing: Strategies, interventions, and research implications. in Cooper CL, Robertson IT (eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*; 8:263–332.

Kumar S, Fischer J, Robinson E, Hatcher S, Bhagat RN. (2007). Burnout and job satisfaction in New Zealand psychiatrists: a national study. *Int J Soc Psychiatry*; 53(4):306–316.

Kumar S. (2007). Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry*; 6(3):186–189.

Kumar S. (2011). Burnout and psychiatrists: what do we know and where to from here? Review. *Epidemiol Psychiatr Sc*; 20(4):295–301.

L

Labarre I. (2004). Une trousse de prévention, un succès de librairie. Prévention au travail.

Lachmann H, Larose C, Penicaud M. (2010). Bien-être et efficacité au travail - 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail.

Lambert SJ. (1990). Processes linking work and family: A critical review and research agenda. *Human Relations*; 43(3):239–257.

Lang T, Delpierre C. (2008). [Self-evaluated health, « objectified » health and social sectors. Secondary analysis of the INSEE decadal survey 2003]. Unité Mixte de Recherche 558, ING36.

Laschinger H., Finegan J, Shamian J, Wilk P. (2003). Workplace Empowerment as a Predictor of Nurse Burnout in Restructured Healthcare Settings. *Healthcare Quarterly*; 6(4).

Lassagne M, Perriard J, Rozan A, Trontin C. (2012). *L'évaluation économique du stress au travail*. Editions Quae, Versailles, France.

Lau RSM, Bruce EM. (1998). A win-win paradigm for quality of work life and business performance. *Human Resource Development Quarterly*; 9(3):211–226.

Lavoie-Tremblay M, Bonin J-P, Lesage AD, Bonneville-Roussy A, Lavigne GL, Laroche D. (2010). Contribution of the psychosocial work environment to psychological distress among health care professionals before and during a major organizational change. *Health Care Manag*; 29(4):293–304.

Lawler EE. (1975). Measuring the psychological quality of working life: The why and how of it. in Davis LE, Cherns AB (eds.). *The Quality of Working Life*, Vol. 1. Free Press, New York; 123–133.

Lazarus RS, Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lefrand G. (2011). Rapport d'information fait par la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les risques psychosociaux au travail. Sénat de la République française.

Lemyre L, Tessier R. (1988). Mesure de stress psychologique (MSP): se sentir stressé(e). *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*; 20:302–321.

Lepège A, Coste J. (2001). [Perceptual Health and Quality of Life measurement: Methods and Applications]. Éditions ESTEM.

Leroyer A, Kraemer-Heriaud H, Marescaux L, Frimat P. (2006). Prospective evaluation of the impact of organizational change on perceived stress and health in assembly-line workers in an automobile plant. *Rev Epidemiol Santé Publique*; 54(1):15–25.

Leruse L, Di Martino I. (2004). Le stress au travail, facteur de risque, évaluation et prévention. Direction générale Humanisation du travail. SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

Lesage FX, Berjot S, Deschamps F. (2012). Psychometric properties of the French versions of the Perceived Stress Scale. *Int J Occup Med Environ Health*; 25(2):178–184.

Lesage FX, Chamoux A. (2008). Utilisation de l'échelle visuelle analogique (EVA) dans l'évaluation du stress au travail : limites et perspectives. *Revue de la littérature. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*; 69(5):667–671.

Lesage FX, Martens-Resende S, Deschamps F, Berjot S. (2011). Validation of the General Health Questionnaire (GHQ-12) adapted to a work-related context. *Open Journal of Preventive Medicine*; 1(2):44–48.

Link-Pezet J. (1999). De la représentation à la coopération : évolution des approches théoriques du traitement de l'information. *Solaris* n°5.

Linton SJ. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*; 25:1148–56.

Locke EA. (1976). The nature and causes of job satisfaction, in Dunnette, MD. (ed.), *Hand book of Industrial and Organizational Psychology* (Rand-McNally, Chicago); 1279–1349.

Lombrail P. (2010). Mutation du travail : la situation des établissements de santé, in Haute Autorité de Santé. Actes du séminaire - Qualité de vie au travail et qualité des soins. La Plaine Saint-Denis.

Lorenz E, Valeyre A. (2004). Les formes d'organisation du travail dans les pays de l'union européenne. Document de travail CEE; n°32. Noisy-le-Grand : France.

Loscocco KA, Roschelle AR. (1991). Influences on the quality of work and nonwork life: Two decades in review. *Journal of Vocational Behavior*; 39:182–225.

Lötters F, Burdorf A, Kuiper J, Miedema H. (2003). Model for the work-relatedness of low-back pain. *Scand J Work Environ Health*;29(6):431–40.

Lourel M, Gana K, Wawrzyniak S. (2005). [Home–work interaction: a French adaptation and validation of “Survey Work– Home Interaction-Nijmegen” (SWING)]. *Psychologie du travail et des organisations*; 11:227–239.

Lourel M, Gueguen N. (2007). [A meta-analysis of job burnout using the MBI scale]. *Encephale*; 33(6):947–953.

Lourel M. (2006). Stress et santé : le rôle de la personnalité. Présentation de quelques outils d'évaluation de la personnalité. *Recherche en soins infirmiers*; 2(85):5–13.

M

MacDuffie JP, Krafcik J. (1992). Integrating Technology and Human Resources For High Performance Manufacturing: Evidence From the International Auto Industry. in Kochan T, Useem M. (eds), *Transforming Organisations*, New York, Oxford University Press; 209–226.

Macfarlane GJ, Hunt IM, Silman AJ. (2000). Role of mechanical and psychosocial factors in the onset of forearm pain: prospective population based study. *Br Med J*;321:676–9.

Marchand O. (2010). 50 ans de mutations de l'emploi. *Insee Première*, n°1312.

Martel JP, Dupuis G. (2006). Quality of work life: theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument. *Social Indicators Research*, 77 :333–368.

Martin R. (1996). A Longitudinal Study Examining the Psychological Reactions of Job Relocation. *J Appl Soc Psychol*; 26(3):265–282.

Maslach C, Jackson SE. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*; 2(2):99–113.

Maslach C, Jackson SE. (1982). Burnout in health professionals: a social psychological analysis. In: Sanders G, Suls J editors. Social psychology of health and illness. Hillsdale, NJ: Lawrence A. Erlbaum Associates.

Maslow AH. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*; 50:370–396.

Maslow AH. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row.

Massé R, Poulin C, Dassa C, Lambert J, Bélair S, Battaglini MA. (1998). [Elaboration and validation of a tool to measure psychological well-being: WBMMS]. *Can J Public Health*; 89(5):352–357.

May DR, Gilson RL, Harter LM. (2004). The psychological conditions of meaningfulness, safety and availability and the engagement of the human spirit at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*; 77(1):11–37.

Mayo E. (1960). *The human problems of an industrial civilization*. New York : Viking Press.

McGrath A, Reid N, Boore J. (2003). Occupational stress in nursing. *Int J Nurs Stud*; 40(5):555–565.

McGregor D. (1944). Conditions of effective leadership in the industrial organization. *Journal of Consulting Psychology*; 8:55–63.

Medibank Private. (2008). *The Cost of Workplace Stress in Australia*. [cited 2013 March 5]. Available from: <http://www.medibank.com.au/Client/Documents/Pdfs/The-Cost-of-Workplace-Stress.pdf>.

Memmi S, Sandret N, Niezborala M, Lesuffleur T, Niedhammer I. (2016). *L'organisation du travail à l'épreuve des risques psychosociaux*. *Dares Analyses* n°4.

Mignonac K. (2004). Que mesure-t-on lorsque l'on invoque le concept de satisfaction au travail ? *Revue de Gestion des Ressources Humaines, ESKA*; 80–93.

Milczarek M, Scheider E, González ER. (2009). *OSH in figures: stress at work – facts and figures*. European risk observatory report. European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg: Office for Official Publications of European Communities.

Ministère chargé de la santé, Ministère chargé des solidarités. (2011). *Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015*. Available from : <www.sante.gouv.fr> .

Mintzberg H. (1982). Structure et dynamique des organisations. Paris, Éditions d'Organisation.

Molinié AF, Leroyer A. (2011). Suivre les évolutions du travail et de la santé : EVREST, un dispositif commun pour des usages diversifiés. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé; 13(2):1-23.

Molinié AF, Volkoff S. (2002). La démographie de travail pour anticiper le vieillissement. Lyon : Éditions de l'ANACT.

Moyle P, Parkes K. (1999). The effects of transition stress: a relocation study. J Organ Behav; 20(5):625-646.

N

Nadler DA, Lawler E. (1983). Quality of work life: Perceptions and direction. Organizational Dynamics; 11(3):20-30.

Nasermoadeli A, Sekine M, Hamanishi S, Kagamimori S. (2003). Associations between sense of coherence and psychological work characteristics with changes in quality of life in Japanese civil servants: a 1-year follow-up study. Ind Health; 41:236-241.

Nasse P, Légeron P. (2008). Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail.

National Library of Medicine. (1998). PubMed: Truncation, Automatic Explosion, Mapping, and MeSH Headings. NLM Technical Bulletin; 302.

Niedhammer I, Chastang JF, David S, Barouhiel L, Barrandon G. (2006). Psychosocial work environment and mental health: Job-strain and effort-reward imbalance models in a context of major organizational changes. Int J Occup Environ Health; 12(2):111-119.

Niedhammer I, Chastang J-F, David S. (2008). Importance of psychosocial work factors on general health outcomes in the national French SUMER survey. Occup Med Oxf Engl; 58(1):15-24.

Niedhammer I, Chastang JF, Gendrey L, David S, Degioanni S. (2006). Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la

latitude décisionnelle et du soutien social du « Job Content Questionnaire » de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER. *Santé Publique*; 18(3):413–427.

Niedhammer I, David S, Degioanni S, 143 Médecins du travail. (2006). [The French version of the Leymann's questionnaire on workplace bullying: the Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT)]. *Rev Epidemiol Sante Publique*; 54(3):245–262.

Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, David S, Bugel I, Landre MF. (1998). Psychosocial Work Environment and Cardiovascular Risk Factors in an Occupational Cohort in France. *J. Epidemiol. Community Health*;52(2): 93–100.

Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF, Goldberg M, Leclerc A. (2000). [Psychometric properties of the French version of the Effort-Reward Imbalance model]. *Rev Epidemiol Sante Publique*; 48(5):419–437.

Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occup Med (Lond)*;60(4):277–86.

Norrish BR, Rundall TG. (2001). Hospital restructuring and the work of registered nurses. *Milbank Q*; 79(1):55–79, IV.

O

Or Z, Com-Ruelle L. (2008). La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? IRDES, DT n°19.

P

Palmer K, Calnan M, Wainwright D, Poole J, O'Neill C, Winterbottom A, Watkins C, Coggon D. (2005). Disabling musculoskeletal pain and its relation to somatization: A community-based postal survey. *Occup Med*;55:612–617.

Palmer KT, Harris EC, Coggon D. (2007). Carpal tunnel syndrome and its relation to occupation: a systematic literature review. *Occupational medicine* (Oxford, England);57(1):57–66.

Parkes K. (2010). Personality, psychosocial risks at work, and health. A report prepared for the “Collège d’expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail” and commissioned by the DREES.

Pedersen NL, Plomin R, McClearn GE, Friberg L. (1988). Neuroticism, extraversion, and related traits in adult twins reared apart and reared together. *J Pers Soc Psychol*; 55(6):950–957.

Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Picinin CT. (2014). Construction and validation of TQWL-42: a quality of work life measurement instrument. *Rev salud pública*; 16(6), Bogotá.

Pelletier J. (2015). La QVT : une voie pour innover. dans Réseau Anact/Aract (eds), *Qualité de vie au travail : négocier le travail pour le transformer, enjeux et perspectives d’une innovation sociale*. *Revue des conditions de travail*:16-23.

Pennaforte A. (2014). [Participative management]. in Zawieja P, Guarnieri F, *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris : Le Seuil.

Perneger T. (2004). Le questionnaire de recherche : mode d’emploi à usage des débutants. *Revue des Maladies Respiratoires*; 21(4):671–674.

Peterson U, Demerouti E, Bergström G, Samuelsson M, Asberg M, Nygren A. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *J Adv Nurs*; 62(1):84–95.

Phillips E, Pugh SD. (2010) *How to get a PhD: A handbook for students and their supervisors* (5th Edition). Buckingham: Open University Press.

Piper BF. (1997). Measuring fatigue. in Frank-Stromborg M, Olsen SJ, *Instruments for Clinical Health-Care Research*; 482–486.

Pisljar T, van der Lippe T, den Dulk L. (2011). Health among hospital employees in Europe: a cross-national study of the impact of work stress and work control. *Soc Sci Med*; 72: 899–906.

Poisson JF, Jardé O. (2009). *Commission de réflexion sur la souffrance au travail*.

Poisson JF. (2011). Les risques psychosociaux au travail - Texte remis à la mission d'information de l'Assemblée nationale sur les risques psychosociaux.

Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F, et al. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med*; 175(7):698–704.

Porter LW. (1961). A Study of Perceived Need Satisfaction in Bottom and Middle Management Jobs. *Journal of Applied Psychology*; 1–10.

Q

Quick JC, Quick JD. (1984). *Organizational Stress and Preventive Management*. New York: McGraw-Hill.

Quinn MA, Wilcox A, Orav EJ, Bates DW, Simon SR. (2009). The relationship between perceived practice quality and quality improvement activities and physician practice dissatisfaction, professional isolation, and work-life stress. *Med Care*;47(8):924–8.

R

Rasclé N, Aguerre C, Bruchon-Schweitzer M. (1997). Soutien social et santé : adaptation française du questionnaire de soutien social de Sarason, le S.S.Q. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*; 33(1):35–50.

Rasclé N, Irachabal S. (2001). Médiateurs et modérateurs : implications et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. *Le Travail Humain*; 64(2):97–118.

Raveyre M, Ughetto P. (2003). Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières. *Revue française des affaires sociales*; 3(3):95–119.

Raveyre M. (2005). Le travail dans le management des restructurations : entre déni et omission. *Revue de l'Ires n°47, Spécial « Restructuration, nouveaux enjeux »*.

Reader TW, Flin R, Mearns K, Cuthbertson BH. (2009). Developing a team performance framework for the intensive care unit. *Crit Care Med*; 37(5):1787–1793.

Reeve BB, Stover AM, Alfano CM, Smith AW, Ballard-Barbash R, Bernstein L, McTiernan A, Baumgartner KB, Piper BF. (2012). The Piper Fatigue Scale-12 (PFS-12): psychometric findings and item reduction in a cohort of breast cancer survivors. *Breast Cancer Res. Treat*; 136(1):9–20.

Reinert M. (1993). Les mondes lexicaux et leur logique à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars. *Langage et société*; 66(1):5-39.

République Française. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. *JORF n°0155 du 6 juillet 2011 page 11705, texte n°1*.

Rich CL, Pitts FN Jr. (1980). Suicide by psychiatrists: a study of medical specialists among 18,370 consecutive physician deaths during a five-year period, 1967- 1972. *J Clin Psychiatry*; 41(8):261–263.

Richardson A, Turnock C, Harris L, Finley A, Carson S. (2007). A study examining the impact of 12-hour shifts on critical care staff. *J Nurs Manag*; 15(8):838–846.

Rivalin R, Sandret N. (2014). Subir un comportement hostile dans le cadre du travail : plus de 20 % des salariés s'estiment concernés. *Dares analyses*, n°44.

Rizzo JR, House RJ, Lirtzman SI. (1970). Role Conflict and Ambiguity in Complex Organizations. *Administrative Science Quarterly*; 15(2):150–163.

Robbins S. (1989). *Organizational Behavior: Concepts, Controversies and Applications*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice – Hall.

Roemer MI, Montoya-Aguilar C, World Health Organization. (1988). *Quality assessment and assurance in primary health care*. Geneva: WHO Offset Publication, Report n°105.

Rosenberg M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rössler W. (2012). Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 262 (Suppl 2):565–569.

Rotter JB. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*; 80:1–28.

Rousseau DM. (1978). Relationship of work and nonwork. *Journal of Applied Psychology*; 63:513–517.

Roussel P. (2001). La motivation au travail - Concept et théories. in *Les grands auteurs en GRH*; Editions EMS : Paris.

Rutter M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry*; 147:598–611.

S

Sainsaulieu I. (2006). *La communauté des soins en question*, Éditions Lamarre.

Sashkin M, Burke WW. (1987). Organizational development in the 1980's. *Journal of Management*; 13(2):393–417.

Sauter S, Swanson N. (1996). An ecological model of musculoskeletal disorders in office work. In: Moon SD, Sauter SL, editors. *Beyond biomechanics: psychosocial aspects of musculoskeletal disorders in office work*. Taylor & Francis; London: 3–21.

Scheier MF, Carver CS. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*;4:219–247.

Schernhammer ES, Colditz GA. (2004). Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*;161(12):295–302.

Schlesinger IM, Guttman L. (1969). Smallest space analysis of intelligence and achievement tests. *Psychological Bulletin*; 71(2):95–100.

Schmitt N, Bedeian AG. (1982). A comparison of LISREL and two-stage least squares analysis of a hypothesized life-job satisfaction relationship. *Journal of Applied Psychology*; 67:806–817.

Schmitt N, Mellon PM. (1980). Life and job satisfaction: Is job central? *Journal of Vocational Behaviour*; 16:51–58.

Schreiber A, Vicard A. (2011). La tertiarisation de l'économie française et le ralentissement de la productivité entre 1978 et 2008. Dossier in *L'économie française*. Insee référence, édition 2011.

Schwarzer R, Jerusalem M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. in Weinman J, Wright S, Johnston M, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs; 35–37. Windsor, UK: NFER-NELSON.

Seashore SE. (1975). Defining and measuring the quality of working life. in Davis LE, Cherns AB (eds.). *The Quality of Working Life, Vol. 1* (Free Press, New York):105–118.

Sheppard HL. (1975). Some indicators of quality of working life: A simplified approach to measurement. in Davis LE, Cherns AB (eds.). *The Quality of Working Life, Vol. 1* (Free Press, New York):119–122.

Siegrist J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*; 1(1):27–41.

Silva AA, Pacheco de Souza JM, da Silva Borges FN, Fischer FM. (2010). Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. *Rev Saude Publica*; 44(4):718–725.

Sirgy MJ, Efraty D, Siegel P, Dong-Jin L. (2001). A new measure of quality of work life (QWL) based on need satisfaction and spillover theories. *Social Indicators Research*; 55 :241–302.

Sirin M, Sokmen SM. (2015). Quality of Nursing Work Life Scale: The Psychometric Evaluation of the Turkish Version. *International Journal of Caring Sciences*; 8(3):543–554.

Skrovan DA. (1980). Brief Report from ASTD Quality of Work Life Task Force. *Training and Development Journal*; 34(3).

Spector PE, Zapf D, Chen PY, Frese M. (2000). Why negative affectivity should not be controlled in job stress research: Don't throw out the baby with the bath water. *Journal of Organizational Behavior*; 21:79–95.

Spector PE. (1985). Measurement of human service staff satisfaction: development of the Job Satisfaction Survey. *Am J Community Psychol*; 13(6):693–713.

Spielberger CD. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press Inc., Palo Alto, California.

Staal Einarsen HH. (2009). Measuring exposure to bullying at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work and Stress*; 23(1):24–44.

Staines GL. (1980) Spillover versus compensation: A review of the literature on the relationship between work and nonwork. *Human Relations*; 33:111–129.

Star SL, Griesemer JR. (1989). Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects : Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-1939. *Social Studies of Science*; 19(3):387–420.

T

Taylor JC. (1978). An empirical examination of the dimensions of quality of working life. *Omega*; 6(2):153–160.

TEF. 2011. Emploi par activité. Travail – Emploi in *Tableaux de l'économie française*, édition 2011.

The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*; 41:1403–1409.

Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. (2003). Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med*; 31(3):956–959.

Timossi DSL, Pedroso B, Pilatti LA, De Francisco AC. (2009). Walton's model adaptation for quality of work life evaluation. *R. da Educação Física/UEM. Maringá*; 20(3):395–405.

Timossi L, Pedroso B, Francisco, A, Pilatti L. (2008). Evaluation of quality of work life: An adaptation from the walton's QWL model. *Proceedings of the 14th International Conference on Industrial Engineering and Operations Management, October 13-16, 2008, Rio de Janeiro, Brazil.*

Torres A, Ruiz T, Müller S, Pereira Lima MC. (2011). Quality of life, physical and mental health of physicians: A self-evaluation by graduates from Botucatu Medical School – UNESP. *Rev Bras Epidemiol*; 14(2):264–275.

Trist E, Westley WA. (1981). La qualité de la vie au travail dans la fonction publique fédérale. Travail Canada: Ottawa.

Trompette P, Vinck D. (2010). Retour sur la notion d'objet-frontière (2). Fécondité de la notion dans l'analyse écologique des objets innovants. Revue d'anthropologie des connaissances; 4(1):11-15.

Tuchtan L, Bellagamba G, Favre N, Baumstarck K, Faivre-Pierret J-C, Lehucher-Michel MP. (2013). [Experiences of staff transferred between two sites: Qualitative survey within a public hospital in Southeastern France]. Arch Mal Prof Environ; 74(2):140-148.

Turcotte PR. (1988). QVT : La Qualité de Vie au Travail : Une Voie vers l'Excellence. Agence d'ARC: Montréal.

Tyssen R, Vaglum P, Grønvold NT, Ekeberg O. (2001). Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. J Affect Disord;64(1):69-79.

Tyssen R. (2007). Health Problems and the Use of Health Services among Physicians: A Review Article with Particular Emphasis on Norwegian Studies. Ind Health;45(5):599-610.

Tzeng DS, Chung WC, Yang CY. (2013). The effect of job strain on psychological morbidity and quality of life in military hospital nurses in Taiwan: A follow-up study. Ind Health; 51(4):443-451.

U

Uhalde M. (2005). Crise de modernisation et dynamique des identités de métier dans les organisations. La Revue de l'Ires;1(47):135-154.

Umene-Nakano W, Kato TA, Kikuchi S, Tateno M, Fujisawa D, Hoshuyama T et al. (2013). Nationwide Survey of Work Environment, Work-Life Balance and Burnout among Psychiatrists in Japan. PLoS ONE; 8(2):1-8.

V

Valentin M. (1978). *Travail des hommes et savants oubliés*. Docis, Paris.

Valeyre A. (2003). *Formes d'intensification du travail, dynamiques de l'emploi et performances économiques*. Document de Travail du Centre d'études de l'emploi, n°25, Noisy-le-Grand.

Vallerand RJ. (2012). The role of passion in sustainable psychological well-being. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*; 2(1).

Vallet-Armellino M. (2007). Tomber juste. Des effets sur la clinique des nouvelles normes de gestion de la psychiatrie. *Nouvelle revue de psychosociologie*, Édition ERES; 4:143–159.

Van Laar D, Edwards JA, Easton S. (2007). The Work-Related Quality of Life scale for healthcare workers. *J Adv Nurs*; 60(3):325–333.

Van Sluisveld N, Hesselink G, Van der Hoeven JG, Westert G, Wollersheim H, Zegers M. (2015). Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge. *Intensive Care Med*; 41(4):589–604.

Vets C, De Witte H, Notelaers G. (2009). Analyse de la charge psychosociale du travail en Belgique : résumé de 10 ans de recherches fondées sur la banque de données de la DiRACT.

Vézina M, Bourbonnais R. (2001). Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale. in *Portrait social du Québec : données et analyses*, p279-286. Québec : Institut de la statistique du Québec, Gouvernement du Québec.

Vinck L. (2014). [Exposure to occupational hazards. The organizational and relational constraints]. *Enquête SUMER 2010 Dares – SynthèseStat n°7*.

Virtanen M. (2003). From insecure to secure employment: changes in work, health, health related behaviours, and sickness absence. *Occup Environ Med*;c60(12):948–953.

W

Waldenström K, Lundberg I, Waldenström M, Härenstam A; MOA Research Group. (2003). Does psychological distress influence reporting of demands and control at work? *Occup Environ Med*; 60(11):887–891.

Wall M, Schenck-Gustafsson K, Minucci D, Sendén MG, Løvseth LT, Fridner A. (2014). Suicidal ideation among surgeons in Italy and Sweden - a cross-sectional study. *BMC Psychol*;29;2(1):53-61.

Walstisperger D, Camus I. (2009). [Caregivers occupational risk exposure in 2003]. *Enquête SUMER 2003, Dares – Premières Synthèses n°414*.

Walton RE. (1973). Quality of work life. *Sloan Management Review*; 15(1):11–12.

Walton RE. (1974). QWL indicators: prospects and problems. In Portigal, A.H. (Eds.). *Measuring the quality of working life. A symposium on Social Indicators of Working Life*. Ottawa, March; 19–20.

Ware JE Jr. (1976). Scales for measuring general health perceptions. *Health Serv Res*; 11(4):396–415.

Warr P, Cook J, Wall T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*; 52(2):129–148.

Watson D, Pennebaker JW. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychol Rev*; 96(2):234–254.

Watson Wyatt Worldwide. (2001). *Staying @ work 2000/2001 - The dollars and sense of effective disability management*. n° W-377. Vancouver: Watson Wyatt Worldwide.

Weiss HM. 2002. Deconstructing job satisfaction: separating evaluations, beliefs and affective experiences. *Hum. Resource Manage. Rev*; 12(2):173–194.

Weisskopf-Joelson E. (1968). Meaning as an integrating factor. in Bühler C, Massarik F (ed.), *The course of Human Life: a Study of Goals in the Humanistic Perspective*. Oxford, England: Springer.

Wichert I. (2002). Job Insecurity and Work Intensification: the effects on health and well-being. in Burchell B, Ladipo D, Wilkinson F (eds): *Job Insecurity and Work Intensification*. London: Routledge.

Wickrama KAS, Surjadi Florensia F, Lorenz Frederick O, Elder Glen H Jr. (2008). The Influence of Work Control Trajectories on Men's Mental and Physical Health during the Middle Years: Mediation Role of Personal Control. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*; 63(3):135–145.

Wiertz R. (2012). *Psychiatres et burnout ? : étude de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel auprès des psychiatres hospitaliers du Nord Pas De Calais*. Thèse de Doctorat en Médecine, Université du droit et de la santé Lille 2.

Wilensky H. (1960). Work, careers and social integration. *International Social Science Journal*; 12:543–560.

Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. (2007). The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Manage Rev*;32(3):203–12.

Woodward CA, Shannon HS, Cunningham C, McIntosh J, Lendrum B, Rosenbloom D, et al. (1999). The impact of re-engineering and other cost reduction strategies on the staff of a large teaching hospital: a longitudinal study. *Med Care*; 37(6):556–569.

Z

Zigmond AS, Snaith RP. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*; 67(6):361–370.

Zohar D, Luria G. (2005). A multilevel model of safety climate: cross-level relationships between organization and group-level climates. *J Appl Psychol*; 90(4):616–628.

Résumé des études réalisées

TITRE. Qualité de vie au travail et environnement organisationnel : études qualitatives et quantitatives sur les personnels en établissement de santé.

INTRODUCTION. Dans un contexte socio-professionnel changeant, les récentes logiques d'organisations modifient les conditions d'emploi dans lesquelles les professionnels évoluent. Matérialisées par les facteurs dits organisationnels, ces logiques d'organisations créent de nouvelles contraintes qui pèsent sur les professionnels.

OBJECTIF. Ces travaux de recherche ont étudié l'association entre la qualité de vie au travail (QVT) et les facteurs d'organisation au sein des personnels en établissement de santé.

METHODE. Une enquête qualitative par entretiens auprès de personnels de services transférés a été conduite 2 mois après leur transfert. Les entretiens se sont focalisés sur l'organisation du travail, l'environnement de travail, les relations interpersonnelles et l'influence du travail sur la santé. Le contenu de ces entretiens a été analysé en utilisant une grille thématique. Les analyses ont permis d'élaborer un questionnaire ad-hoc qui a été distribué lors de l'étude quantitative suivante.

Une étude transversale par questionnaire ad-hoc et par questionnaires standardisés a été menée auprès d'une population de personnels un an après le transfert de services entre deux sites hospitaliers. Puis une étude a été réalisée auprès des personnels de services de soins intensifs et d'urgences. Ces études ont exploré les caractéristiques psychosociales professionnelles (JCQ), la qualité de vie (SF-12) et les contraintes psycho-organisationnelles des personnels (NWI-EO). Les résultats ont été comparés entre deux groupes à l'aide d'analyses statistiques univariées et multivariées.

Une autre enquête qualitative a été réalisée auprès de personnels des services de psychiatrie. Les domaines étudiés sont identiques à ceux de l'étude qualitative sus-citée. Le contenu de ces entretiens a été analysé en utilisant un logiciel d'analyse lexicale.

RESULTATS. L'enquête qualitative relative au transfert de services à montré que, sur 22 professionnels interrogés, 14 d'entre eux relèvent un défaut de communication et d'information sur leur transfert par leur hiérarchie supérieure. Quinze agents expriment des difficultés d'adaptation à leur nouveau poste du fait d'un remaniement dans l'organisation du travail.

Un total de 452 professionnels a participé à l'étude quantitative sur les transferts de personnels. Comparé au groupe témoin (n=272), le groupe transféré (n=180) a présenté une prévalence plus forte de la caractéristique psychosociale professionnelle « isostrain » et a présenté des contraintes psycho-organisationnelles plus fortes concernant « l'organisation qui permet la communication » et « les relations au sein de l'équipe soignante ».

Concernant l'étude des personnels de services de soins intensifs et d'urgences, parmi 145 travailleurs participant à l'étude, 59,3% d'entre eux rapportent une tension au travail et 54,5% d'entre eux présentent de faibles scores de qualité de vie mentale. Les principaux facteurs associés sont le fait de travailler plus de 2 week-ends par mois, d'être régulièrement de garde, de travailler dans des environnements non fonctionnels et de ne pas participer à des réunions régulières.

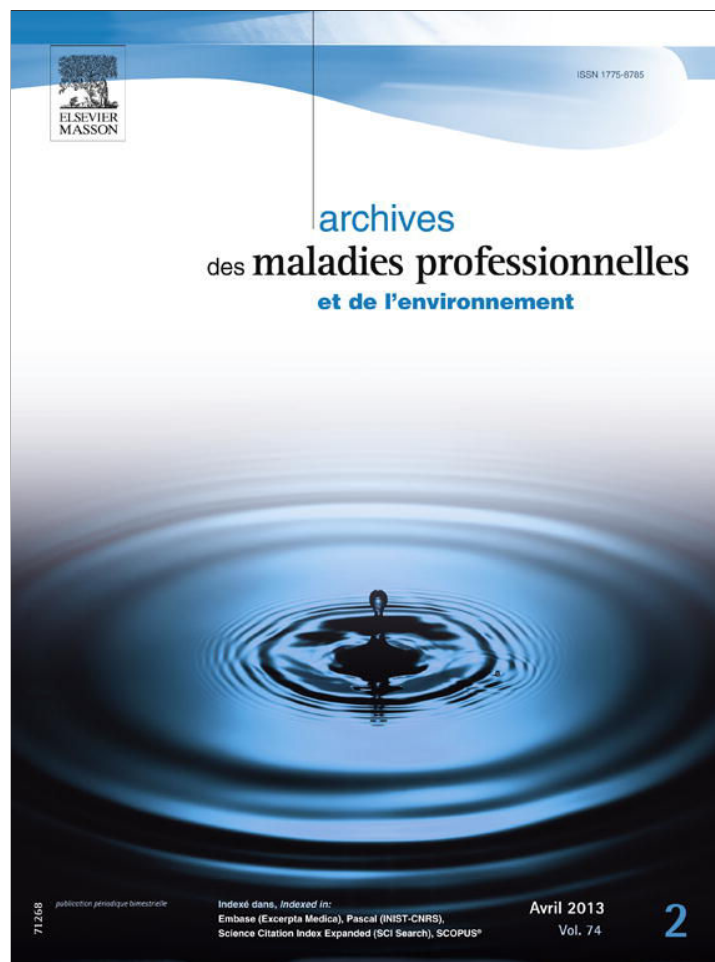
Concernant l'enquête qualitative en psychiatrie, 16 psychiatres ont été interrogés. Quatre thèmes relatifs à l'organisation du travail et à la QVT ont été identifiés. Le premier thème identifié concerne la prise en charge médico-sociale du patient. Le second est relatif à la qualité des soins. L'exercice dans le système public hospitalier constitue le troisième thème. Le dernier thème fait référence à la spécificité du travail en psychiatrie.

CONCLUSION. Ces résultats appellent à une réflexion sur des actions à prévoir en termes de communication, d'organisation et de soutien des équipes dans leurs pratiques. La gestion des hôpitaux a besoin de concevoir en priorité des processus de communication adaptés, des horaires de travail qui fournissent un bon équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle ainsi qu'un environnement ergonomique et fonctionnel.

MOTS CLES. Administration et organisation ; Environnement de travail ; Equipe soignante ; Hôpitaux ; Qualité de vie ; Restructuration hospitalière ; Stress psychologique

Articles dans leurs versions originales

Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>



ELSEVIER
MASSON

Reçu le :
2 novembre 2012
Accepté le :
3 janvier 2013

Disponible en ligne sur

SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Vécu d'agents hospitaliers transférés entre deux sites : étude qualitative au sein d'un hôpital public du Sud-Est de la France

Experiences of staff transferred between two sites: Qualitative survey within a public hospital in Southeastern France

L. Tuchtan^a, G. Bellagamba^{a,b}, N. Favre^c, K. Baumstarck^b, J.-C. Faivre-Pierret^d, M.P. Lehucher-Michel^{a,b,*}

^a Consultation de pathologie professionnelle, service de médecine et santé au travail, hôpital Timone, AP-HM, 13385 Marseille, France

^b Unité d'aide méthodologique à la recherche clinique, DRC, AP-HM, EA 3279 évaluation de la santé perçue, faculté de médecine, université de la Méditerranée, 27, boulevard Jean-Moulin, 13385 Marseille, France

^c Service de médecine du travail du personnel, AP-HM, 13385 Marseille, France

^d Direction des ressources humaines, AP-HM, 13385 Marseille, France

Summary

Purpose of the study. A qualitative survey was carried out among relocated hospital staff ($n = 237$) during summer 2010 between two sites of Marseille Public Hospital. The aim was to find out about their experience at work within this reorganization and to provide information to prepare a quantitative survey conducted in August–December 2011.

Method. Semi-guided interviews were conducted by a staff psychologist among 22 employees, male and female, from different occupational groups. Data were analyzed from a thematic point of view.

Results. Fourteen agents are female, eight over 40, five from the medical staff, nine paramedical and eight administrative and technical. Two themes stand out from this study. First of all, 14 subjects point out a lack of communication and information about their transfer from their hierarchy. Secondly, 15 medical and paramedical agents express difficulty in adjusting to their new job, because of a change in work organization: lack of personnel, workload increase, problems due to a change in work pattern (transition to 12 hours), travel time increase and also a lack of communication within the department. At last, the data show personal experience heterogeneity depending on gender, age, and professional category, suggesting that male agents, agents under 40 and those having an administrative or technical work seem better disposed towards changes.

Résumé

Objectif. Une enquête qualitative a été réalisée auprès des personnels hospitaliers transférés au cours de l'été 2010 entre deux sites de l'Assistance Publique–Hôpitaux de Marseille. Il s'agissait de documenter le vécu au travail de cette population dans le cadre de ce redéploiement et de fournir des éléments pour préparer une enquête quantitative réalisée en août–décembre 2011.

Méthode. Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 22 agents des deux genres et de différentes catégories professionnelles par une psychologue du personnel. Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse du contenu de type thématique.

Résultats. Quatorze agents sont de genre féminin, huit sont âgés de moins de 40 ans, cinq sont des personnels médicaux, neuf paramédicaux et huit administratifs et techniques. Deux thématiques ressortent de cette étude. Tout d'abord, 14 sujets relèvent un défaut de communication et d'information sur leur transfert par leur hiérarchie supérieure. Deuxièmement, 15 agents médicaux et paramédicaux expriment des difficultés d'adaptation à leur nouveau poste du fait d'un remaniement dans l'organisation du travail : manque de personnel, augmentation de la charge de travail, difficultés liées au changement de rythme horaire (passage en 12 heures), augmentation du temps de trajet ou encore manque de communication au sein même du service. Enfin, les données montrent une hétérogénéité dans le vécu des agents selon leur genre, leur âge et leur catégorie professionnelle, suggérant que les sujets de genre masculin, ceux de

* Auteur correspondant.

e-mail : marie-pascale.lehucher@ap-hm.fr

Conclusion. These results raise different working hypotheses that will be further explored in the quantitative survey. Nonetheless, they focus on the problems that hospital staff, of all professional categories, meet after their transfer to a new work site. They lead us to think about the actions to be planned in terms of communication, organization and support in their practice.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Restructuring, Hospital staff, Qualitative study, Communication

Les risques psychosociaux (RPS) au travail se réfèrent aux aspects de l'organisation du travail, aux modes de gestion et au contexte social et environnemental, susceptibles de nuire aux travailleurs sur le plan social, psychologique et physique [1]. L'ampleur de leur impact a conduit les pouvoirs publics à promouvoir dans les objectifs prioritaires du Plan santé-travail 2010–2014 une politique active de prévention des RPS.

Selon le Code du travail, « l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs... [Il] veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des conditions existantes » [2]. La problématique prise en compte de la dimension travail par le management n'est pas l'exclusivité des entreprises privées [3].

Les restructurations hospitalières entendues comme les changements d'organisation, de cadre du travail dans les hôpitaux publics [4] sont sources d'émergence des RPS [5,6].

L'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM), troisième établissement hospitalier de France, a révisé son projet d'établissement début 2009 et mis en place une modification importante de son offre de soins. Un transfert d'activités a été organisé durant l'été 2010 des Hôpitaux Sud vers l'Hôpital Nord où la demande de soins est en augmentation en raison du dynamisme démographique. Ces deux sites sont distancés de 18 km. Cette réorganisation entrant dans le cadre d'un contrat de retour à l'équilibre financier avec des contraintes très rigoureuses sur la gestion du personnel, une cellule locale d'accompagnement social (CLASMO) a été mise en place avec l'attribution d'indemnités de mobilité, de changement de résidence et de départ volontaire, et des actions de conversion professionnelle. Parmi les services ciblés par la délocalisation, certains ont été regroupés avec des services similaires (EFR, pneumologie, réanimation, stérilisation, cuisine et pharmacie), d'autres ont simplement intégré de nouveaux locaux (oncologie et chirurgie thoracique).

moins de 40 ans et ceux ayant une profession administrative ou technique semblent mieux disposés au changement.

Conclusion. Ces résultats soulèvent plusieurs hypothèses qui seront approfondies lors de l'enquête quantitative. Ils alertent toutefois sur les difficultés que peuvent rencontrer les agents de toute catégorie professionnelle après leur transfert sur un nouveau site de travail. Ils appellent à une réflexion sur des actions à prévoir en termes de communication, d'organisation et de soutien dans leur pratique.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Restructuration, Agents hospitaliers, Enquête qualitative, Communication

L'observation de fusion entre plusieurs établissements hospitaliers [7] a montré que même lors d'un management soucieux de prendre en compte les dimensions sociales, les aspects liés aux pratiques de travail demeurent peu traités, seuls les aspects les plus formels relatifs à la gestion classique du personnel étant abordés.

Peu d'études ont analysé de façon approfondie la nature des liens entre les changements organisationnels et le bien-être au travail [8,9]. Norrish et Rundall [4] stipulent que les restructurations ont un impact sur la satisfaction au travail des infirmiers et pourraient ainsi affecter la qualité des soins.

Une enquête qualitative a été réalisée entre septembre et novembre 2010 peu après le redéploiement auprès du personnel (médical, paramédical, administratif et technique) transféré au site Nord de l'AP-HM afin de documenter leur vécu au travail et de fournir des éléments pour préparer une enquête quantitative réalisée à distance du transfert, entre août et novembre 2011.

Patients et méthodes

Population

Un entretien avec une psychologue a été proposé, dans le cadre de la surveillance médicale du travail, aux agents transférés tirés au sort, âgés d'au moins 18 ans, des deux genres et de toute catégorie professionnelle.

Afin de recueillir un éventail le plus large possible de points de vue et de constituer un échantillon diversifié, trois facteurs de confusion ont été retenus pour tirer au sort les agents : le genre, la classe d'âge (moins de 40 ans et plus de 40 ans) et la catégorie professionnelle (médicale, paramédicale et administrative/technique). En raison d'un effectif limité dans les catégories administrative et technique, et dans un souci de confidentialité, nous avons regroupé les deux catégories.

La liste des 237 sujets transférés du site Sud au site Nord de l'AP-HM a été scindée selon les trois facteurs de confusion en

12 sous-listes (correspondant à 12 catégories d'agents). Quatre agents par sous-listes ont été tirés au sort : deux agents interrogés et deux agents complémentaires pour pallier aux éventuels refus. Pour obtenir un nombre d'entretiens suffisant, lorsque dans une catégorie professionnelle, les agents de la sous-liste complémentaire ont également émis un refus, les sujets ont été recrutés sur une autre catégorie. Enfin, si dans une catégorie le nombre de sujets masculins était faible ou nul, un sujet de sexe féminin a été inclus à partir de la sous-liste complémentaire.

Procédure de recueil des données

Entre septembre et novembre 2010, une psychologue spécialisée dans le domaine de la santé au travail a réalisé des entretiens semi-directifs [10,11], d'une durée moyenne de 60 minutes, auprès des agents ayant accepté de participer à l'étude. Les entretiens portaient notamment sur le vécu des agents vis-à-vis de l'annonce du transfert, le déroulement du déménagement, de l'accueil dans les nouveaux locaux, du nouveau poste, de l'organisation du service, de l'ambiance de travail et du projet professionnel.

Analyse des données

Les données des entretiens avec les agents ont été transcrites par le psychologue au fur et à mesure de leur déroulement. Puis, une analyse de leur contenu de type thématique a été effectuée. Pour chaque transcription, un premier codage exploratoire a été réalisé afin d'identifier les thèmes émergents. Une grille d'analyse thématique a été établie, dans laquelle les transcriptions ont été analysées de façon approfondie. La fréquence de certains thèmes a été étudiée selon la fonction des agents et le type de leur service d'activité. Enfin, une analyse a été réalisée sur le vécu du transfert de l'agent perçu par la psychologue.

Résultats

L'enquête a été réalisée sur 22 agents (38 contactés, taux de réponse : 57,9 %). Les motifs de refus sont : les difficultés pour se libérer (cinq agents), l'agent ne se sent pas concerné (trois agents), démission ou maladie (deux agents), pas de motif (six agents). Les caractéristiques socioprofessionnelles (sexe, âge, service, fonction, statut) des agents interrogés sont détaillées dans le [tableau I](#).

Les principales thématiques de cette recherche relatives au vécu du transfert et à l'adaptation au nouveau poste sont synthétisées dans le [tableau II](#).

Vécu de la situation de travail antérieure au transfert

Dix-neuf sujets étaient satisfaits de l'organisation et de l'ambiance au travail dans l'établissement Sud dans lequel

Tableau I
Caractéristiques des agents interrogés lors de l'étude qualitative (n = 22 agents).

Caractéristiques des agents interviewés	Nombre d'agents
Sexe	
Homme	8
Femme	14
Âge	
< 40 ans	8
≥ 40 ans	14
Service	
Réanimation médicale	3
Médecine : pneumologie, oncologie, exploration fonctionnelle respiratoire	9
Chirurgie thoracique	4
Laboratoire et technique : pharmacie, cuisine, stérilisation	6
Fonction	
Médicale ^a : 2 CCA, 1 PH, 1 MCU-PH, 1 PU-PH	5
Paramédicale ^b : 4 IDE, 3 AS, 1 IBODE, 1 PP	9
Administratifs et technique ^c : 1 AA, 2 AEQ, 1 A. Sté, 2 SM, 1 CS, 1 CSS	8
Statut	
Titulaires	18
Non titulaires	4

^a CCA : chef de clinique-assistant ; PH : praticien hospitalier ; MCU-PH : maître de conférences universitaires-praticien hospitalier ; PU-PH : professeur des universités-praticien hospitalier.

^b IDE : infirmière diplômée d'état ; AS : aide-soignante ; IBODE : infirmier de bloc opératoire diplômé d'état ; PP : préparateur en pharmacie.

^c AA : adjoint administratif ; AEQ : agent d'entretien qualifié ; A. Sté : agent de stérilisation ; SM : secrétaire médicale ; CS : cadre de santé ; CSS : cadre supérieur de santé.

ils auraient souhaité rester. Un agent y évoque « une ambiance familiale ». L'un des deux sujets non satisfaits dénonce un « certain laxisme ». La majorité (90 %) du personnel interrogé connaissait leur cadre de santé et leur cadre supérieur sur ce site.

Communication/information relative au transfert

Un tiers (36 %) des agents dit avoir été informés tout d'abord par des « bruits de couloir », près d'un tiers précise avoir été prévenus du transfert par les cadres « que trois mois avant ». Dix agents considèrent que le nombre de réunions a été insuffisant et deux déplorent leur absence. La majorité déplore un manque de communication globale, certains déclarent que les cadres « possédaient des informations floues, s'enfermaient dans leur bureau car ils avaient beaucoup de papiers administratifs à faire, ne venaient pas à notre rencontre » ou encore « les réunions d'informations étaient réservées aux cadres et aux médecins ». L'un des agents interrogés regrette de ne pas avoir été « intégré aux projets des responsables et consulté pour prendre part aux décisions ». Le manque de communication et d'information

Tableau II

Principaux thèmes relevés auprès des agents sur le vécu du transfert et l'adaptation au nouveau poste.

Thèmes relevés	Fonction ^a (nombre d'agents)			Service ^b (nombre d'agents)			
	Adm/Tech	Méd	Paraméd	Réa	Méd	Chir	Labo/Tech
<i>Situation de travail antérieure au transfert</i>							
Organisation et ambiance satisfaisante	8	4	7	2	7	4	6
Connaissance des cadres	7	4	9	1	9	4	6
<i>Communication/information sur le transfert</i>							
Annonce par bruit de couloir	1	3	4	2	3	2	1
Annonce par les cadres 3 mois avant	1	1	4	0	4	1	1
Annonce entre 3 mois et un an	5	2	5	1	4	3	4
Réunions du personnel insuffisantes	3	2	7	2	4	3	3
<i>Déroulement du déménagement</i>							
Manque de soutien	0	1	4	1	2	1	1
Pas de soutien de l'encadrement	0	1	2	1	1	1	0
Période mal choisie	2	3	0	1	2	1	1
Lors des congés annuels	3	1	0	1	0	1	2
Bien vécu	5	2	5	1	6	2	3
<i>Accueil au site Nord</i>							
Bon accueil	8	2	7	1	7	3	6
Trajet augmenté	2	3	6	2	6	1	2
Insuffisance de place de parking	1	0	3	0	2	1	1
Prime insuffisante	1	0	4	0	2	2	1
Non contacté ou en attente	2	2	2	1	2	1	2
Chef de service non rencontré	1	0	1	0	1	0	1
Chef de service impliqué	2	1	1	1	3	0	0
Présentation des équipes non satisfaisante	2	3	4	2	4	1	2
Bonne intégration	4	1	4	1	3	2	3
<i>Adaptation au nouveau poste</i>							
Effectifs insuffisants	3	3	4	2	4	3	1
Changement d'organisation du travail	2	4	7	2	6	1	4
Matériels et locaux vétustes ou inadaptés	1	3	8	2	5	1	4
Charge de travail augmentée	0	2	3	1	4	0	0
Changement du rythme horaire difficile	1	1	3	1	3	1	0
Communication difficile	3	4	2	2	4	2	1
Réunions trop rares ou absentes	2	2	5	1	3	3	2
<i>Vécu actuel/projet professionnel</i>							
Bon vécu	6	1	1	1	3	2	2
Absence de reconnaissance du travail	2	0	4	0	2	1	3
Désir quitter l'AP-HM	0	2	1	2	1	0	0

^a Fonction : Adm/Tech : administratif et technique ; Méd : médicale ; Paraméd : paramédicale.

^b Service : Réa : réanimation médicale ; Méd : médecine ; Chir : chirurgie ; Labo/Tech : laboratoire et technique.

a été très mal vécu par la majorité des participants, certains considérant avoir été « traités comme des pions ».

Déroulement du déménagement

La moitié des agents déclare avoir bien vécu le déménagement mais la plupart d'entre eux mentionne qu'il s'est effectué durant « une période mal choisie » (congés estivaux) induisant « un manque d'aide, un surcroît de travail pour la confection des cartons ou le triage des archives ». Certains agents signalent regretter l'absence d'encadrement lors du déménagement alors que les cadres déclarent « s'être trouvés

seuls face à cela ». Quatre agents interrogés étaient en congés annuels pendant cette période. Parmi le tiers relatant avoir mal vécu le transfert, certains évoquent « un manque d'aide », ou « de nouveaux locaux non prêts ».

Accueil/arrivée au site Nord

« Malgré quelques tensions au début », l'ensemble des agents déclare avoir été bien accueilli par l'équipe en place ou le service voisin, exceptés quatre d'entre eux, tous affectés dans le même service. En outre, la moitié des sujets précise effectuer un temps de trajet beaucoup plus long (jusqu'à deux

Tableau III
Perception par la psychologue du vécu du transfert des agents selon l'âge, le service et la fonction.

Vécu du transfert	Nombre total (n = 22)	Âge ≥ 40 ans (n = 14)	Sexe féminin (n = 14)	Fonction		
				Méd	Paraméd	Adm/Tech
Bien	8	3	4	1	3	4
Ni bien ni mal	3	2	2	1	1	1
Mal	11	9	8	3	5	3

Adm/Tech : administratif et technique ; Méd : médicale ; Paraméd : paramédicale.

heures de plus). Certains ont dû déménager. La prime de mobilité de la CLASMO est jugée insuffisante pour cinq des personnes interrogées, déplorant l'absence de prise en compte de l'augmentation du coût de l'essence et de l'usure de la voiture. Les places de parking sont estimées insuffisantes surtout par les personnels paramédicaux qui prennent leur service en début d'après-midi. À leur arrivée au site Nord, neuf agents indiquent « avoir dû se débrouiller seuls, ne pas avoir été présentés à l'équipe et informés de la nouvelle organisation du service, se sentant rejetés, et considérés comme des incompetents, avec des méthodes de travail archaïques ».

Adaptation au nouveau poste

La majorité des agents médicaux et paramédicaux a ressenti que la prise de fonction de leur nouveau poste a impliqué un remaniement dans l'organisation du travail. Dix personnes issues de toutes les catégories professionnelles soulignent « un réel manque d'effectifs dans tous les services » avec l'augmentation de la charge de travail que cela implique. Certains précisent que « pour le personnel de jour, les AS sont en nombre correct mais les IDE pas assez nombreuses et les intérimaires mal formés, ce qui peut poser un problème dans un service très lourd ». D'autres mentionnent que « le passage en 12 heures a été très difficile physiquement et éreintant bien qu'ils aient plus de jours de repos ». L'équipe de jour reproche à l'équipe de nuit de lui « laisser un surcroît de travail ». Un agent précise que « les liens avec l'équipe de nuit sont difficiles car il y a beaucoup d'absentéisme chez le personnel de nuit et certains ne sont qu'en dix heures. Il y a donc des périodes où l'on est seul ».

Les locaux sont considérés parfois comme vétustes et inadaptes : on ne sait pas où stocker les produits, la salle de repos est trop petite, on est obligé d'attendre notre tour pour manger.

Neuf agents de tous services confondus se plaignent d'un manque de communication dans les services et entre chefs de service nuisant à la bonne mise en œuvre de nouvelles méthodes de travail ou de nouveaux protocoles : « les relations sont déshumanisées, les rapports moins directs avec les décideurs ; les chefs de service nous ont braqués, c'est comme ça et pas autrement ! ; la communication ne passe pas à tous les niveaux, mauvaise passation des consignes

entre médecins, alors que les méthodes de l'un pourraient être profitables à l'autre et inversement ».

Enfin, quatre agents déclarent avoir exprimé à leur supérieur hiérarchique un refus d'être transférés dans le site Nord mais face au manque d'effectifs ou à l'impossibilité d'acquiescer un autre emploi dans un bref délai, ils auraient été contraints de subir cette mutation temporairement.

Vécu actuel/projet professionnel et suggestions

La perception du vécu du transfert de l'agent par la psychologue selon l'âge, le service et la fonction est exposée dans le [tableau III](#). La moitié des agents interrogés est perçue comme ayant vécu difficilement son transfert. La plupart sont des agents médicaux et paramédicaux qui, au moment de l'entretien, continuent à mal vivre ce changement. Parmi eux, trois agents féminins, dont deux âgés de plus de 40 ans, issus des trois catégories professionnelles, sont qualifiés comme susceptibles de présenter un syndrome de burn-out. Tout le personnel transféré a subi en partie le changement de collègues et de supérieur hiérarchique. Un agent regrette « la perte de l'ambiance familiale » antérieure au déménagement « qui soudait l'ensemble de l'équipe médicale ». Les professions paramédicales, administratives et techniques déplorent un défaut de reconnaissance de leur travail : « aucun remerciement de la part de l'hôpital alors que l'on a fait des heures supplémentaires ; aucune reconnaissance de travail ». Parmi les suggestions d'amélioration des conditions de travail émises par les agents ayant mal vécu le transfert, l'augmentation du nombre de réunions du personnel et l'amélioration de la communication avec les supérieurs hiérarchiques sont les deux propositions récurrentes. Certains auraient préféré une information officielle plus précoce, d'autres être intégrés au projet des responsables et prendre part aux décisions.

Discussion

Les études relatives aux changements organisationnels ont défini quatre thématiques principales : leur contenu, leur contexte, leur processus et leurs conséquences [12]. Les psychologues du travail ont plus particulièrement analysé les conséquences des changements organisationnels majeurs en entreprise [13]. Ils ont mis en évidence combien ces derniers

peuvent affecter négativement le fonctionnement et les performances d'une entreprise, mais aussi et surtout le bien-être des travailleurs [14]. Ils ont alerté les responsables sur l'indispensable prise en compte des facteurs humains dans la réussite de tels changements. Dans la présente étude, les principales difficultés rencontrées par les agents, pouvant engendrer une altération du bien-être, sont liées à la communication et à l'adaptation.

Difficultés liées à la communication

Chez les salariés victimes de mutations au sein de l'entreprise, le manque de communication est décrit comme un réel facteur de stress [15]. La perception d'une insuffisance de communication sur le déménagement avec notamment un faible nombre de réunions d'information du personnel est l'un des problèmes le plus souvent relaté par les agents de l'AP-HM alors même que la DRH a mis en place un programme de communication spécifique aux transferts. Ainsi, ils n'ont pu se préparer suffisamment tôt pour pouvoir s'organiser autant sur le plan pratique que psychologique. Sur le plan pratique, certains déclarent avoir eu très peu de temps pour déménager, trouver un mode de garde ou encore changer de voiture compte tenu du temps de trajet augmenté. Sur le plan psychologique, ils soulignent combien il leur a été difficile d'obtenir une information fiable. Ils ont été intégrés dans un service dont ils ne connaissaient pas le mode de fonctionnement, ils ont « appris sur le tas ». Le dispositif de communication de la DRH nécessitait un relais sur le terrain (directions des sites hospitaliers, encadrement soignant, de proximité). Ce défaut d'information est sans doute une des conséquences du mode de gestion de nombreuses entreprises. En effet, le centre de décision d'une entreprise ne se trouve pas toujours en son sein et, dès lors, même les gestionnaires se trouvent confrontés à l'incertitude du changement, incertitude qu'ils répercutent auprès de leurs collaborateurs [16]. Ici, le centre de décision (direction générale, DRH) n'était pas, en l'occurrence, celui des transferts (sites hospitaliers).

Côté et al., [16] soulignent l'impact de la participation des individus au changement organisationnel. Ils indiquent que la productivité est plus importante dans les groupes où les membres ont participé à la mise en place du changement que dans les groupes sans possibilité de participation. Sur le site d'accueil, dans certains services de spécialité similaire ayant été regroupés, un défaut de communication entre les services et les chefs de service a été mentionné : il ne facilitait pas une bonne entente entre les équipes, gênant la maîtrise de nouvelles méthodes de travail et induisant chez les nouveaux arrivants un sentiment de manque d'unité et d'entraide. Ces doléances soulignent combien le supérieur hiérarchique direct occupe un rôle crucial dans la gestion du changement, les travailleurs attendant de lui un support technique et émotionnel utile à la compréhension des événements.

Difficultés liées à l'adaptation

Les résultats suggèrent que les agents plus âgés présentent davantage de difficultés d'adaptation dans leur nouveau site que les plus jeunes. Toutefois, si l'âge physiologique peut être en cause, il peut s'agir également d'habitudes de travail anciennes plus difficiles à modifier. Certaines contraintes posent davantage de problèmes aux salariés plus avancés en âge : les horaires irréguliers et/ou nocturnes, les postures pénibles, les fréquentes situations d'urgences et le manque de possibilités d'anticiper. L'apport de l'expérience professionnelle dépend des marges de manœuvre dont chacun dispose dans son travail. Quand ces marges sont trop étroites, la situation de travail est très difficile à vivre pour les anciens [17].

En ce qui concerne la nature des changements auxquels les travailleurs ont été confrontés, trois points sont récurrents : un temps de trajet considérablement allongé, un matériel et des locaux jugés vétustes ou inadaptés et enfin un changement d'organisation du travail avec notamment le passage à un temps de travail en 12 heures mal ressenti pour certains. Les changements entraînant le plus de difficultés d'adaptation sont liés aux nouveaux collègues ou supérieurs hiérarchiques considérés comme ayant un comportement individualiste, ou utilisant des procédés de travail différents. L'effectif global insuffisant souligné par la plupart des sujets quel que soit le service ou le niveau hiérarchique, à l'origine de surcharge de travail et de fatigue, a conduit certains à éprouver un sentiment de faible auto-efficacité avec apparition d'un syndrome de burn-out.

Les organisations sont actuellement de plus en plus amenées à être flexibles et capables de s'adapter rapidement aux contraintes externes et internes. D'un côté, elles favorisent la productivité et peuvent améliorer la qualité de vie des travailleurs par le développement de nouvelles compétences ou encore un aménagement du temps de travail. D'un autre côté, elles peuvent conduire à des réductions d'effectifs, une précarité de l'emploi, une exposition grandissante aux risques physiques et psychosociaux et avoir des répercussions pour les travailleurs notamment en termes d'horaires et d'intensification du travail [18].

Vécu des agents

Les données du *tableau II* montrent que les agents ont des perceptions variées des changements. Concernant les conséquences à court terme, ces données vont dans le sens des études empiriques, à savoir que les changements organisationnels sont plutôt associés à une détérioration de la qualité de vie. Dix agents rapportent avoir l'impression d'une charge de travail lourde (quantité et rythme de travail, ressources disponibles), d'une dégradation dans la définition et la clarté de leurs tâches. Certains rapportent également se sentir moins motivés par leur travail et avoir davantage envie de quitter l'entreprise qu'auparavant. Les changements sont

associés à une diminution de l'implication organisationnelle, à une diminution du rendement au travail et de la productivité ou encore à une augmentation de l'intention de quitter l'entreprise [3,19,20].

Huit agents déclarent regretter ne pas avoir eu de soutien social et moral, se sentir seuls, angoissés. Le rôle modérateur du soutien social entre les contraintes professionnelles et les réponses adaptatives est mal défini [21]. Il apparaît comme une variable importante pour la compréhension du vécu lors d'un changement organisationnel et du stress. Rasclé et al. [22] mentionnent différents types de soutien social. Il peut provenir de plusieurs sources telles que les collègues, les supérieurs ou les relations externes au travail. Ces auteurs précisent que le soutien social perçu prédit le mieux la qualité de vie ultérieure. Sous l'effet du stress, les sujets ayant un faible soutien social perçu sont plus vulnérables.

Les données du *tableau III* montrent une hétérogénéité dans la perception par la psychologue du vécu des agents selon l'âge, le sexe et la catégorie professionnelle (médicale, paramédicale). Les hommes paraissent avoir mieux supporté le transfert que les femmes. De tels résultats ne sont pas rapportés dans la littérature. Un syndrome de burn-out a été qualifié par la psychologue chez trois agents féminins dont une PH et une secrétaire, âgées de plus de 40 ans et une IDE de moins de 40 ans. Selon les données de la littérature, personne n'est à l'abri de l'épuisement professionnel ; hommes et femmes sont touchés en proportions presque égales et aucune catégorie d'âge n'a été définie comme étant plus à risque [23]. Pour Clot [24], le plaisir du « travail bien fait » est la meilleure prévention contre le « stress » : il n'y a pas de « bien-être » sans « bien faire ». Lors de restructurations, ce serait les agents qui pour ne pas perdre la signification de leur action et le sens de leur travail assureraient au jour le jour le traitement des problèmes professionnels qui émergent, contribuant à accroître la charge de travail et à interioriser nombre de tensions [7].

Les données de notre enquête montrent que les agents de la catégorie administrative et technique, semblent avoir mieux vécu le transfert. Nous pouvons évoquer comme hypothèse explicative des horaires de travail moins lourds que pour les autres catégories professionnelles et une certaine indépendance vis-à-vis du reste du personnel.

Un autre problème soulevé par certains agents était lié au fait que, malgré leur refus d'être transférés, ils ont été contraints de subir ce changement temporairement. Les résistances au changement sont un phénomène naturel et commun. Côté et al. [16] désignent deux causes de résistances au changement. Soit les personnes ne sont pas convaincues de la nécessité de changer, soit elles ne sont pas d'accord avec la manière dont le changement est effectué. Quand les changements organisationnels impliquent la création de quelque chose de nouveau, ils signifient également la destruction ou le remplacement des structures et des relations sociales familiales.

Enfin comme le soulignent Bueno et Bowditch [25], les changements majeurs sont souvent planifiés sur le long terme et leurs conséquences peuvent s'étaler sur de très longues périodes ; ils notent qu'il faut au moins deux années pour pouvoir évaluer l'impact d'une fusion.

Limites de la recherche

L'interprétation des résultats de cette enquête doit rester prudente en raison de ses limites. La taille de l'échantillon étant faible, il ne peut être considéré comme représentatif des 237 agents destinés à être transférés. Comme pour toute étude qualitative, ce n'est pas la représentativité de la population qui a été souhaitée dans cette étude mais celle de la diversité des situations (âge, sexe, catégorie professionnelle). De plus, parmi les personnes sollicitées, une part plus importante de femmes de fonction paramédicale a accepté de répondre. Toutefois, elles sont plus nombreuses que les hommes sur la population initiale. De même, ce sont les sujets âgés de 40 ans et plus qui ont davantage répondu. Bien que les résultats ne soient donc pas généralisables à l'ensemble de la population transférée, cette enquête a permis de mettre en évidence les principales difficultés rencontrées, certaines perceptions, et ainsi de soulever certaines hypothèses concernant la communication, l'adaptation et le vécu.

Conclusion

Actuellement, du fait de l'évolution du contexte économique, c'est davantage le changement que la stabilité qui est la norme des entreprises. Le transfert d'un salarié d'un site à un autre au sein d'une même entreprise ou d'un même établissement représente un changement qui peut être vécu différemment selon les circonstances qui accompagnent cette mutation.

Pour la plupart des agents interrogés dans cette enquête préliminaire, les difficultés liées à leur transfert sont en rapport avec un défaut de communication et des changements d'organisation. Il semble exister également des facteurs relatifs à l'augmentation de la charge de travail et parfois aux agents eux-mêmes à l'origine de sentiment de faible auto-efficacité conduisant certains à développer un syndrome de burn-out.

Enfin, il apparaît une hétérogénéité dans le vécu des agents selon leur sexe, leur âge et leur catégorie professionnelle, les sujets masculins, de moins de 40 ans ou ayant une profession administrative ou technique, semblant mieux disposés au changement. Si certains des changements sont plutôt perçus négativement, d'autres peuvent être perçus positivement. Tel est le cas notamment des compétences requises pour l'exercice de son métier, du niveau de responsabilité ou encore de la plus grande autonomie au travail. L'ensemble de ces résultats appelle à une réflexion sur des actions à prévoir en termes de communication, d'organisation et de

soutien dans leur pratique. Ils ont permis l'élaboration d'un protocole et d'un questionnaire de recherche quantitative dont l'objectif est de vérifier les hypothèses soulevées, de quantifier les éléments recensés, d'élaborer des modèles explicatifs en vue de préconiser des solutions d'amélioration du bien-être au travail.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Nous adressons nos remerciements les plus sincères à tous les personnels médicaux, paramédicaux, administratifs et techniques qui se sont rendus disponibles pour les entretiens ainsi qu'à Myriam Kacel, Christine Beque, Lucie Merigot, Monique Douroux et Gwenaëlle Gulesian pour leur collaboration. Cette enquête a reçu le soutien de l'AP-HM dans le cadre de son projet social 2010-2014 comportant la prévention des RPS.

Appendix A. Guide d'entretien.

A. Situation antérieure au transfert :

- Depuis quand êtes-vous à l'AP-HM ?
- Quelles raisons ont motivé le choix de votre profession ?
- Êtes-vous satisfait de votre poste à Sud ?
- Depuis quand y étiez-vous ?
- Quelle était l'ambiance générale ?
- Connaissiez-vous votre cadre, cadre supérieure et chef de pôle ?

B. Communication/Information relative au transfert :

- Comment et quand avez-vous appris la future mutation et par qui ?
- Avez-vous été convié à visiter les locaux ?
- Avez-vous été convié à rencontrer les nouvelles équipes ?

C. Déroulement du déménagement :

- Comment s'est passé le déménagement ?
- Combien de temps ? Avez-vous participé ?
- Comment avez-vous vécu ce passage ?
- Avez-vous été aidé ? Par qui ? Sud ? Nord ?

D. Accueil/arrivée au site Nord :

- Comment avez-vous été accueillis à votre arrivée ?
- Avez-vous rencontré le chef de service ? Quand ?
- Avez-vous été présenté à l'équipe, aux services voisins, à l'encadrement, à la direction ? Quand ?
- Vous êtes-vous senti à l'aise ?
- Avez-vous eu des problèmes de trajets, parking, école, avec la CLASMO ?
- Avez-vous été aidé par la CLASMO ?

E. Organisation et adaptation au nouveau poste :

- L'organisation du travail est-elle la même ? Pourquoi ?
- Le matériel et son fonctionnement sont-ils différents ?
- La charge de travail est-elle identique ? Pourquoi ?
- Les locaux sont-ils ergonomiques ?
- La salle de repos est-elle fonctionnelle ?
- Avez-vous changé de rythme horaire ? Véçu ?
- Avez-vous des réunions de services ? Pouvez-vous vous y exprimer ?
- Rôle de votre supérieur hiérarchique ?
- Le personnel est-il en nombre suffisant ?

F. Véçu actuel/projet professionnel :

- Avez-vous ressenti du stress par rapport à ce changement ?
- Quel est votre projet professionnel ?
- Vous sentez-vous intégré dans l'équipe ?

Références

- [1] Gollac M, Bodier M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser – Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé. 11 avril 2011.
- [2] Article L. 4121-1 du Code du travail : Chapitre 1^{er} : Obligations de l'employeur. Version en vigueur au 2 septembre 2011.
- [3] Raveyre M, Ughetto P. Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières. *Rev Fr Affaires Soc* 2003;3:95-119.
- [4] Norrish BR, Rundall TG. Hospital restructuring and the work of registered nurses. *Milbank Q* 2001;79(1):55-79 [IV].
- [5] Brown H, Zijlstra F, Lyons E. The psychological effects of organizational restructuring on nurses. *J Adv Nurs* 2006; 53(3):344-57.
- [6] Pisljar T, van der Lippe T, den Dulk L. Health among hospital employees in Europe: a cross-national study of the impact of work stress and work control. *Soc Sci Med* 2011;72:899-906.
- [7] Raveyre M. Le travail dans le management des restructurations : entre déni et omission. *Revue de l'Ires n° 47-2005/1, Spécial « Restructuration, nouveaux enjeux »*.
- [8] Jennings BM. Restructuring and mergers. In: Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 [Chapter 24. *Advances in Patient Safety*].
- [9] Zwart F, et al. Analyse du discours de travailleurs confrontés à des changements organisationnels : une perspective transactionnelle. *Travail Hum* 2004;67:257-81.
- [10] Britten N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995;311(6999):251-3.
- [11] Brod M, Tesler LE, Christensen TL. Qualitative research and content validity: developing best practices based on science and experience. *Qual Life Res* 2009;18(9):1263-78.
- [12] Armenakis AA, Bedeian AG. Organizational change: a review of theory and research in the 1990s. *J Manag* 1999;25:293-315.
- [13] De Zanet F, Hansez I, Bossut M, et al. Analyse du discours de travailleurs confrontés à des changements organisationnels : une perspective transactionnelle. *Travail Hum* 2004;67:257-81.
- [14] Moyle PJ, Parkes K. The effects of transition stress: a relocation study. *J Organ Behav* 1999;20:625-46.

- [15] Bobillier-Chaumon ME. Évolutions techniques et mutations du travail : émergence de nouveaux modèles d'activité. *Travail Hum* 2003;66:161-92.
- [16] Côté N, Bélanger L, Jacques J. La dimension humaine des organisations. Montréal, Québec: Gaëtan Morin éditions; 1994 .
- [17] Molinié AF, Volkoff S. La démographie de travail pour anticiper le vieillissement. Lyon: Éditions de l'ANACT; 2002.
- [18] Leruse L, Di Martino I. Le stress au travail, facteur de risque, évaluation et prévention, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, 2004.
- [19] Armstrong-Stassen M. Downsizing the Federal Government: a longitudinal study of managers' reactions. *Can J Adm Sci* 1998;15:310-21.
- [20] Kozlowski SWJ, Chao GT, Smith EM, et al. Organizational downsizing: Strategies, interventions, and research implications. In: Cooper CL, Robertson IT, editors., *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. New York, John Wiley and Sons, 1993;8:263-332.
- [21] Hellemans C, Karnas G. Épreuves de validation du modèle de Karasek auprès de travailleur du secteur tertiaire. Relation du modèle avec les « tensions mentales ». *Rev Eur Psychol Appl* 1997;49(3):215-24.
- [22] Rasclé N, Aguerre C, Bruchon-Schweitzer M, et al. Soutien social et santé : adaptation française du questionnaire de soutien social de Sarason, le S.S.Q. *Cah Int Psychol Soc* 1997;33:35-50.
- [23] Labarre I. Une trousse de prévention, un succès de librairie, Prévention au travail, automne 2004.
- [24] Clot Y. Le travail à cœur, Pour en finir avec les risques psychosociaux. La Découverte, coll. « Cahiers libres » 2010; 190 p.[EAN: 9782707164834].
- [25] Buono AF, Bowditch JL. *The Human Side of Mergers and Acquisitions*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1989.

The Relocation of a Health Care Department's Impact on Staff

A Cross-Sectional Survey

Gauthier Bellagamba, MS, Lucas Michel, MD, Rafael Alacaraz-Mor, MS, Laura Giovannetti, MD, Lucie Merigot, MD, Marie-Claude Lagouanelle, MD, PhD, Nicolas Guibert, MD, and Marie-Pascale Lehucher-Michel, MD, PhD

Objective: This survey compares certain quality of work-life factors between a relocated work group and a control group. **Methods:** A self-administered, cross-sectional survey was conducted 12 months after five departments (304 workers) had been relocated between two public health sites. The survey explored the workers' psychosocial job characteristics, their perceived health, and psycho-organizational constraints. The results compared both the relocated and control groups by using univariate and then multivariate statistical analyses. **Results:** When compared with the control group ($n = 272$), the relocated group ($n = 180$) showed a higher prevalence of psychosocial job characteristic "iso-strain." The relocated group showed greater psycho-organizational constraints regarding the organizations favoring communication and team relationships. **Conclusions:** It seems that staff relocation can provoke a sense of uncertainty and isolation. Perhaps better communication might have reduced this and deter possible negative health outcomes.

The term *quality of work life*, mentioned at a 1972 New York City conference, was an aggregate of four components: physical, psychological integrity, development of social dialogue, and a work-life—life outside of work.¹

It is a concept based on an individual's perception of his position and his ability to act in the cultural, organizational, and relational spheres of the company.² In particular, the quality of work life is dependent on the extent to which the employee feels valued, rewarded, motivated, consulted, and empowered. Usually, quality of work life can be assessed within three situations: normal, deteriorated, or restructured working conditions.³

Restructuring is a process intended to provide strategic advantages or improved organizational performances. Health facilities have undergone major restructuring in recent decades.^{4,5} However, in many cases, restructuring does not produce the expected effect⁶ and may have an adverse effect on an employee's health.^{7–11}

Job relocation is one of the seven types of restructuring referenced by the "European Monitoring Centre on Change." Armstrong-Stassen¹² showed that two years after relocations associated with a downsizing, lower coworker support and a decrease in organizational commitment was perceived by those nurses questioned.

Some studies have linked various relocation modalities and health consequences.^{13–17} As far as we know, three of these studies

were about conducting investigations of the determinants of quality of work life after at least one year, and in only two cases just staff relocation without any staff reduction. The last study regarding staff relocation in health care institutions was conducted in the 1990s and was focused exclusively on nurses.¹⁷

The health care regional scheme along with a significant population increase of 9% over the past 10 years prompted our study's public health establishment to construct an on-site a high-tech hospital for emergencies, intensive care, operating theaters, medical imaging as well as to develop a referral multidisciplinary site hospital.

The facility relocated staff between the four hospital sites (Fig. 1) without undergoing any downsizing or financial burdens. An accompanying program was established to help staff adapt or to opt for a mobility project, a voluntary departure or retraining.

In this study, we compare the results of certain determinants of work-life quality between the relocated and control groups.

METHODS

Study Design and Population

A cross-sectional study was conducted 12 months after five departments relocated between two sites of a public university hospital in the South of France. Among the four hospital sites affected by the transfer, sites two and four were the most distant from each other. In some cases, these relocations merged units between different services.

Relocations occurred among medical and paramedical professionals, administrative, and technical staff working at Site 4 during the questionnaire's distribution.

Those surveyed worked in the respiratory, oncology, thoracic surgery, urological surgery, intensive care, sterilization, and pharmacy services.

The control group's questionnaires were distributed to medical and paramedical professionals, administrative, and technical staff who were not relocated in sites 2 and 4. This staff worked mainly in psychiatric, endocrinology, rehabilitation, geriatrics, rheumatology, internal medicine, orthopedic surgery, and poison control center services. Subjects were selected by a random draw.

Design of the Self-Administered Questionnaire

The self-administered questionnaire explored the socio-professional characteristics and perceptions of working conditions by ad-hoc questions.

Psychosocial job characteristics, perceived health, and psycho-organizational constraints were investigated by standardized questionnaires. The self-questionnaire was divided into four parts:

Part I: This section contained 51 ad-hoc questions that were created after semi-structured interviews with randomly selected hospital staff.

Interviews were conducted by a psychologist with 22 workers based on three confounding factors: gender, ages above and below 40 years, and professional category (medical, paramedical, administrative/technical). The interviews focused on the organization of

From the APHM, Groupe hospitalier Timone, Service de médecine et santé au travail (Bellagamba, Dr Michel, Mr Alacaraz-Mor, Dr Giovannetti, Dr Merigot, Dr Guibert, Prof Lehucher-Michel); Aix-Marseille Univ, SPMC EA 3279 (Bellagamba, Mr Alacaraz-Mor, Dr Guibert, Prof Lehucher-Michel); APHM, Hôpital de la Conception, Service d'évaluation médicale, Marseille (Dr Lagouanelle); and Aix-Marseille Univ, LPS EA 849, Aix-en-Provence, France (Dr Lagouanelle).

This survey was supported entirely through a social project by the studied establishment.

The authors have no conflicts of interest.

Address correspondence to: Marie-Pascale Lehucher-Michel, MD, PhD, AP-HM, Groupe hospitalier Timone, Service de médecine et santé au travail, 264 rue St Pierre, 13385 Marseille cedex 05, France (marie-pascale.lehucher@ap-hm.fr).

Copyright © 2016 American College of Occupational and Environmental Medicine

DOI: 10.1097/JOM.0000000000000664

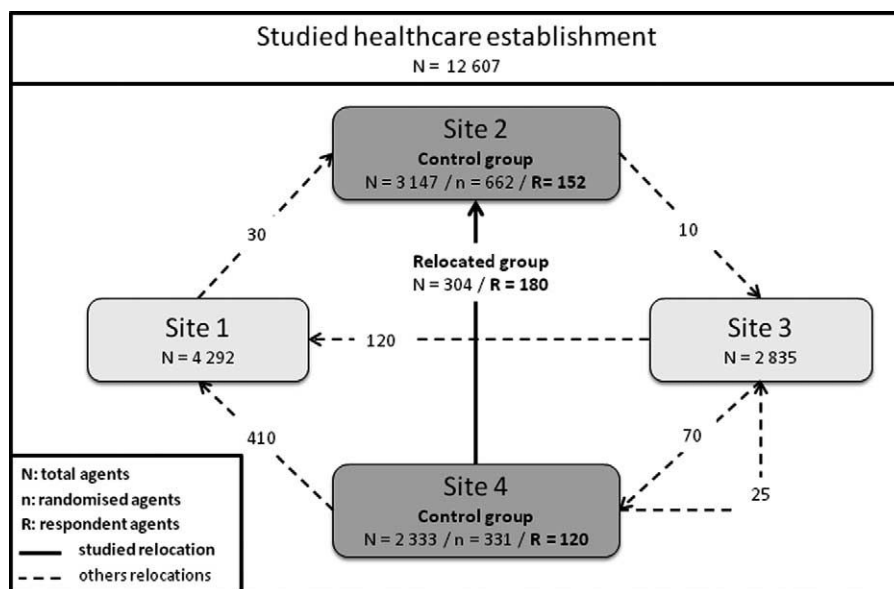


FIGURE 1. Illustration of relocated staff's fluctuation in the public health care establishment.

the service, the working environment, and career plans. Interview responses were analyzed using a grid of pre-identified themes and then reviewed by 10 members of the hospital staff to ensure clarity and consistency of the questions.¹⁸

Part II: This part contained the 26 items of the Karasek Job Content Questionnaire (JCQ), which describes the “job strain” and “isostrain” associated with psychological demand, decision latitude, and social support (SS).^{19,20}

Part III: This section contained 12 questions measuring the perceived mental health (MCS “Mental Component Summary”) and perceived physical health (PCS “Physical Component Summary”). The SF-12 survey (Health Survey Scoring Demonstration) is an abridged version of the SF-36.²¹

Part IV: This consisted of 22 issues validated in French from Nursing Work Index-Extended Organization (NWI-EO). These questions enabled us to explore the eight psycho-organizational constraints that describe the health care givers work environment²²:

1. organizations favoring communication between unit workers;
2. management support;
3. adequate staffing to accomplish work;
4. frequency of interruptions during work;
5. team relationships;
6. shared work values;
7. administrative support;
8. respect for scheduled time off.

Some questions were tailored for physicians and other staff.

Data Collection

The self-administrated questionnaire and a newsletter were sent to each participant 12 months after the relocation. Recipients were given 30 minutes during their work schedule to complete the form. Participants’ supervisors were informed by mail regarding the objectives and modalities of the survey.

The physician in charge of the study collected all questionnaires in each department. Four reminders were made by email, phone call, or directly to the participant at their workplace. Participation was voluntary and anonymous, in accordance with the law of August 6, 2004. This data processing was declared to the National Commission for Data Protection (CNIL; declaration No: 1488513v0).

Data Analysis Procedure

A descriptive statistical analysis was performed using the software “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS) Version 20.

Quantitative variables were described by using mean and standard deviations and categorical variables were described by staff and percentages. For job content, the combination of high psychological demands (PD >20) and low decisional latitude (DL <71) corresponds to a job strain (JS) situation. A JS situation associated with a lack of SS (<24) was defined as a situation of isostrain (IS).²⁰ To qualify the level of mental health, the average score of the French population of the MCS (M = 47.2) was used. For physical health, the average score of French population PCS was used (M = 50.4).²³ Scores above and below the mean score could be viewed as a high and low score for perceived health, respectively. Concerning the psycho-organizational constraints, the initial score on each dimension was obtained by summing items from the same factor following a “1 to 4” Likert scale. In order to standardize the presentation of results, the scores of all dimensions were transformed to a scale of 0 to 15, according to the following formula: $score_{15} = (15/n) \times initial\ score$, where *n* is the number of items in each dimension. The score of one dimension ranges from 0 (very low constraints) to 15 (very high constraints).²²

Initially, univariate statistical analyses were performed. Qualitative variables were compared with Pearson’s Chi-square test. Qualitative and quantitative variables were compared by Student’s *t* test. Subsequently, multivariate analyzes were conducted in order to control for confounding factors identified in the univariate analysis (*P* < 0.2). Linear regression was used when the dependent variable was quantitative. Logistic regression was used when the dependent variable was qualitative. Statistical tests being realized in a bilateral position, *P* values less than 0.05 were considered significant.

RESULTS

Our study included 1297 workers from the two study sites; 304 of them have been transferred and 993 of them are part of the control group. We received 452 responses, 180 of whom were relocated staff providing a response rate of 59.2%. The control group’s replies numbered 272 giving a response rate of 27.4%. An illustration of the relocated staff’s fluctuation is presented in Fig. 1.

TABLE 1. Demographic and Professional Characteristics of the Relocated and Control Groups

		Relocated Group	Control Group	P
Gender	Female	132 (73.3%)	224 (84.4%)	0.022
Age (years) (Mean ± SD)		37.7 ± 11.7	44.0 ± 10.2	<0.001
Professional category	Practitioner	23 (12.8%)	43 (15.8%)	
	Nurse	74 (41.1%)	80 (29.4%)	
	Nurse assistant	43 (23.9%)	39 (14.3%)	<0.001
	Other paramedic	20 (11.1%)	38 (14.0%)	
	Administrative and technic	20 (11.1%)	71 (26.4%)	
Belonging Department (a)	Medical	37 (23.7%)	126 (46.5%)	
	Surgical	36 (23.1%)	30 (11.1%)	<0.001
	ICU/Critical care/Emerg.	75 (48.1%)	56 (20.7%)	
Full-time staff	Other departments	8 (5.1%)	59 (21.8%)	
		166 (92.7%)	232 (85.3%)	0.016
Night shift (b)		34 (19.5%)	30 (11.6%)	0.022
On call (c)		42 (24.0%)	41 (16.1%)	0.043
Variable schedules (d)		18 (10.0%)	59 (22.5%)	0.001
	Often	154 (85.6%)	208 (77.6%)	
48 off every week	Sometimes	22 (12.2%)	47 (17.5%)	0.092
	Never	4 (2.2%)	13 (4.6%)	
No weekend work (e)		131 (73.2%)	138 (51.3%)	<0.001

Missing values: a = 25; b = 19; c = 23; d = 10; e = 4.

Twelve months after the relocations, 37 employees were no longer at their assigned posts at site 4 due to resignations, sick leave, parental leave, availability, pensions, and so on, and were therefore excluded from the study.

Comparing the characteristics of those relocated employees who did and did not respond, there was no significant difference in terms of professional categories, allocation of services, and mean age. Relocated respondents (R) had fewer women than the non-responders (NRs) (R = 73.3%; NR = 88.8%).

The administrative and technical staff had the highest response rate in the control group (R = 26.4%; NR = 16.8%). There were fewer respondents among the nurses' assistants (R = 14.3%; NR = 20.4%) and other paramedics (R = 14.0%; NR = 20.8%). Medical departments were more likely to respond (R = 46.5%; NR = 30.9%) than the surgical services (R = 11.1%; NR = 16.4%). Respondents in the control group had more women (R = 84.4%; NR = 73.0%) without any noted differences in their mean age.

The demographic and professional characteristics of the relocated and control groups appear in Table 1. Those in the relocated group had fewer women, younger workers, more nurses, and nurse assistants than those in the control group. Staff in the relocated group are mainly in intensive care units or emergency and surgical services, while the control group is mainly staffed in

medical departments. The groups of relocated staff had more full-time and nighttime employees and were often on call. In the control group, a greater number of staff had variable schedules and weekend work.

Regarding the relocated staff's perceptions to their transfers, one-third (32.2%) volunteered for the transfer with almost one-half expressing satisfaction with their new location (54.2%) and the communications they received (43.7%). Half (47.9%) stated that their new location was not ready when they arrived and three-quarters (74.7%) were satisfied with how they were welcomed by the neighboring departments. Two-thirds stated that since the relocation, their working methods changed (68.3%) and workloads were increased (68.6%).

Perceptions of working conditions by the relocated and control groups are expressed in Table 2.

Three-quarters of workers in both groups reported job satisfaction, pleasure in going to work, and satisfaction with their working atmosphere. Nearly 90% stated the organization supported work autonomy. In both groups, one-third was distressed at work. The relocated staff stated that they either planned to leave their job or were seriously thinking about it as compared with those in the control group (57.6% against 43.0%).

Result comparisons of psychosocial job characteristics and perceived health between the relocated and the control groups are

TABLE 2. Perception of Working Conditions by the Relocated and Control Groups

		Relocated Group	Control Group	P
Appropriate workload (a)		98 (56.0%)	162 (62.1%)	0.205
Work autonomy (b)		159 (90.3%)	242 (92.0%)	0.541
Work atmosphere satisfaction (c)		124 (70.1%)	199 (76.2%)	0.149
Pleasure to go to work (d)		122 (70.1%)	186 (73.5%)	0.441
Job satisfaction (c)		138 (78.0%)	215 (82.1%)	0.289
Work distress (e)		54 (31.0%)	79 (30.6%)	0.927
	Y	45 (25.4%)	56 (21.3%)	
	N	75 (42.4%)	150 (57.0%)	0.008
Intention to leave current job	Don't know	57 (32.2%)	57 (21.7%)	

Missing values: a = 16; b = 13; c = 14; d = 25; e = 20.

TABLE 3. Comparison of Psychosocial Job Characteristics and Perceived Health Between the Relocated and the Control Groups

	Relocated Group	Control Group	Univariate P	Multivariate P*	Adjusted Odds Ratio
Job strain (a)	88 (53.7%)	101 (44.7%)	0.08	—	—
Isostrain (b)	54 (33.1%)	49 (22.5%)	0.021	0.034	1.88 [1.05–3.37]
Compromised mental health (c)	90 (50.6%)	140 (51.7%)	0.820	—	—
Compromised physical health (c)	72 (40.4%)	107 (39.5%)	0.838	—	—

Missing values: a = 64; b = 73; c = 3.

*Multivariate model includes variables of the Table 1.

presented in Table 3. Comparing the two groups, there seems to be no difference in the prevalence of JS, but the prevalence of IS is significantly higher within the relocation group. Perceived mental and physical health was not significantly different. Half of the workers surveyed presented a lower mental health score than the French average.

Table 4 compares psycho-organizational work constraints between the relocated and control groups. Regarding those eight psycho-organizational work constraints investigated, there appears to be no difference regarding management support, adequate staffing, shared work values, and respect for scheduled time off. After multivariate analysis on the variables in Table 1, no differences appeared regarding frequency of interruptions during work and administrative support. The relocated staff had a lower perception of the organization favoring communications and poorer team relationships than what was observed from the control group's responses.

DISCUSSION

Population Characteristics

Both groups had similar demographic and professional characteristics to other French hospital workers such as their mean age being 41 years, 77% women, 35.3% night shift workers, 12.5% on call staff, and 74.6% of staff having 48 hours per week of nonwork.^{24,25}

In general, a health care personnel's response rate to study questionnaires is about 56%,²⁶ which is less than that of the relocated group (59.2%) and higher than that of our control group (27.4%).

The differences between responding and nonresponding staff and the different department specialties of both groups could explain the socio-professional characteristics observed. In fact, the relocated group, representing more intensive care staff, is younger and male gender versus the control group.²⁷

Psychosocial Job Characteristics and Perceived Health

JS in the overall working population is generally observed at 23%. In our study, both groups experienced JS at about 50%, a figure higher than the 35% normally experienced by health care workers.²⁸ The control group at Site 2 seemed to have had a sense of abandonment and diminished job satisfaction.²⁹ The control group at Site 4 had to make space to accommodate the relocated staff thus increasing its job content.

Although the relocated staff noted an increased workload, all seemed satisfied with their responsibilities. They stated that they had sufficient autonomy and the prevalence of JS was not significantly different between the two groups. According to Woodward et al,¹¹ the typical combination of staff restructuring with downsizing induces a higher workload and a perception of reduced autonomy. This discrepancy can be explained by the fact that the work team was not impacted by downsizing. In clinical services, implementing a work-team tends to curb mental constraints and is associated with better task management.³⁰ In previous work, organizational constraints such as team relationships had a significant link with the levels of psychosocial job characteristics and perceived health.³¹

We documented 33.1% of IS within the relocated group, while it was 22.5% within the control group. These figures are higher than the approximate 15% within the overall French population.²⁰

A study suggests that job content is more likely impacted by a restructuring than by wider variables such as perceived health.¹⁶ According to Armstrong-Stassen et al,¹⁷ impaired health issues cannot be attributed to the relocation itself, but rather to how workers use their coping resources.

The two groups have similar perceived mental health scores. The results from both groups suggest that emotional and/or behavioral changes in response to job restructuring are reversible, and prolonged exposure is required to affect their health.^{32,33}

TABLE 4. Comparison of Psycho-organizational Work Constraints Between the Relocated and Control Groups

	Relocated Group	Control Group	Univariate P	Multivariate P*	Adjusted R ²
Organizations favoring communication (a, Mean ± SD)	9.10 ± 2.17	8.25 ± 2.15	< 0.001	0.014	0.205
Management support (b, Mean ± SD)	7.86 ± 2.70	7.83 ± 3.37	0.924	—	—
Adequate staffing (c, Mean ± SD)	10.1 ± 2.95	9.83 ± 3.13	0.446	—	—
Frequency of interruptions (d, Mean ± SD)	11.8 ± 2.15	11.2 ± 2.82	0.035	0.056	0.135
Team relationships (e, Mean ± SD)	7.69 ± 2.10	7.13 ± 1.97	0.007	0.041	0.208
Shared work values (f, Mean ± SD)	8.46 ± 2.62	8.00 ± 2.81	0.088	—	—
Administrative support (g, Mean ± SD)	12.2 ± 2.62	11.6 ± 2.95	0.037	0.107	0.106
Respect for scheduled time off (h, Mean ± SD)	8.13 ± 2.77	7.68 ± 2.94	0.123	—	—

Missing values: a = 93; b = 59; c = 32; d = 45; e = 52; f = 29; g = 34; h = 40.

*Multivariate model includes variables of the Table 1.

Raveyre³⁴ states that in order for staff not to disconnect from their work after a restructuring, they become involved in dealing with emerging issues. This, in turn, tends to increase their workloads and internalize many tensions.

Managers have a key role in preventive actions, notably by providing emotional, informational, and material support to the staff.³⁵ Management that is properly trained can provide staff with support so as to reduce perceived stress and its linked health consequences.^{36,37}

In participative management, the supervisor can respond to the individual's expectations as well as the organization's requirements.³⁸ By identifying early signs of any mental health issues and by communicating with those staff concerned, managers can also assume their regulatory role.³⁷

Organizational Constraints

After 12 months, determining the impact of restructuring can be initiated.³⁹ There occurs, in fact, an initial drop in job satisfaction shortly after relocating, which then fades after 12 months.^{8,16}

This in part can be explained by job insecurity linked to change.^{8,40} However, the self-administered questionnaire showed a measure of uncertainty when respondents were questioned about any possible intention to leave their current position.

There was no significant difference between the two groups' experiences regarding interruptions during tasks, adequate staffing, and the organization respecting their planned time off. However, the majority of relocated workers claimed an increased workload associated with the relocation. Studies suggest that the phenomenon of adaptation to new organizational structures appears to increase work intensity.⁴¹

Relocated staff were not satisfied with the information sent by the organization. In the earlier qualitative study, the relocated staff complained that informational briefings were limited to managers and noted that many managers were too busy to convey this information.¹⁸ They regretted their noninvolvement in the organization and the limited communications regarding newly implemented work methods.

In our study, two-thirds of the relocated staff's procedures had changed in their new environment, but only 20% had received any training since their relocation. Yet, ethics and research to improve quality of care are essential to federate activities and to retain employees.⁴²

Although relocated staff had experienced deteriorated coworker relationships, sharing their professional values was similar in both groups. In the preliminary qualitative study, the relocated group reported diminished communications, fewer direct relationships, more individualistic behaviors, and dehumanized relationships.¹⁸

Usually, relocation is associated with a decreased sense of belonging to the organization.⁴³ Several studies have linked the sense of belonging with symptoms of occupational stress among nurses. Participatory approaches tend to promote this sense of belonging and appear as a management practice offering more flexibility, control, involvement, and decision-making entitlement on the part of workers.²⁹

Several studies cite the benefits of a nurse-liaison and of documents to facilitate disseminating information to staff.⁴⁴ This might occur early in the relocation process with a nurse responsible for communications and documentation between the concerned services. This would prepare staff to adapt to new situations and procedures. Some authors propose that this liaison would result in enhanced communications in order to involve staff in seeking appropriate compromises and implementing solutions together.^{45,46}

Strengths and Limitations

This study's main strength is its focus on relocated staff within the same organization not subject to downsizing. In addition, the number of respondents allows us to meet the conditions

necessary for the application of statistical tests and can be considered as a satisfactory statistical power. Conducting the survey 12 months after the relocation diminishes the staff's initial responses.¹⁶ In addition, using standardized metrics allows the results to be compared with other surveys.

This survey has some limitations as well. We do not know the impact the departures and arrivals at sites 2 and 4 of the relocated staff had on the control group. The low number of responses in the control group may have produced a selection bias. It is possible that workers scoring the highest mental stress levels or the lowest perceived health appear more sensitive to the survey's objectives. In the relocation group, a bias of the "healthy worker" could lead to underestimating the health problems.⁴⁷ Some workers refused a transfer and others left their jobs within the first 12 months of the relocation. A prospective longitudinal study would have better described the evolution of job content during the relocation.

CONCLUSIONS

Twelve months after the relocation, our questionnaire indicated an increased sense of isolation and uncertainty among the relocated health care staff. There seems to be a logical connection between a weak organization enabling communication, deteriorating social relations and feelings of isolation.

To maintain the employee's sense of well-being and avoid negative health outcomes, an informational exchange process to reinforce their sense of belonging needs to be implemented.

Staff training for the new procedures along with an open dialogue would contribute to a successful transition for staff. Also, we propose that future studies evaluate the moderating role of a liaison nurse between the departments involved in the relocation.

REFERENCES

1. International Conference on the Quality of Working Life (1972: New York). The Quality of Working Life. Davis LE, Cherns AB, eds. New York: Free Press; 1975.
2. Dupuis G, Martel J, Voiron C, et al. The quality of work life: knowledge assessment. *Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales*. 2009.
3. Director General of Administration and Public Service. [Methodological guide for identifying, evaluating and preventing psychosocial risks in the public service]. Ministère de la réforme de l'état, de la décentralisation et de la fonction publique; 2014.
4. Aiken LH, Fagin CM. Evaluating the consequences of hospital restructuring. *Med Care*. 1997;35(10 Suppl):OS1-4.
5. Bourbonnais R, Brisson C, Malenfant R, Vézina M. Health care restructuring, work environment, and health of nurses. *Am J Ind Med*. 2005;47(1):54-64.
6. Cascio WF. Strategies for responsible restructuring. *Acad Manag Exec*. 2005;19(4):39-50.
7. Brown H, Zijlstra F, Lyons E. The psychological effects of organizational restructuring on nurses. *J Adv Nurs*. 2006;53(3):344-357.
8. Geuskens GA, Koppes LLJ, van den Bossche SNJ, Joling CI. Enterprise restructuring and the health of employees: a cohort study. *J Occup Environ Med Am Coll Occup Environ Med*. 2012;54(1):4-9.
9. Group of HIREX experts. *Health during Restructuring: Innovative Approaches and Policy Recommendations*. Rapport HIREX; 2009.
10. Lavoie-Tremblay M, Bonin J-P, Lesage AD, et al. Contribution of the psychosocial work environment to psychological distress among health care professionals before and during a major organizational change. *Health Care Manag*. 2010;29(4):293-304.
11. Woodward CA, Shannon HS, Cunningham C, et al. The impact of re-engineering and other cost reduction strategies on the staff of a large teaching hospital: a longitudinal study. *Med Care*. 1999;37(6):556-569.
12. Armstrong-Stassen M. Job transfer during organizational downsizing: a comparison of promotion and lateral transfers. *Group Organ Manag*. 2003;9(3):392-415.
13. Barnes DJ, Harmon P, Kish JP. A displacement orientation program. Effects on transferred nurses. *J Nurs Adm*. 1986;16(7-8):45-50.
14. Feldman DC. The impact of downsizing on organizational career development activities and employee career development opportunities. *Hum Resour Manag Rev*. 1995;5(3):189-221.

15. Martin R. A longitudinal study examining the psychological reactions of job relocation. *J Appl Soc Psychol.* 1996;1(3):265–282.
16. Moyle P, Parkes K. The effects of transition stress: a relocation study. *J Organ Behav.* 1999;20(5):625–646.
17. Armstrong-Stassen M, Cameron SJ, Horsburgh ME. Downsizing-initiated job transfer of hospital nurses: how do the job transferees fare? *J Health Hum Serv Adm.* 2001;23(4):470–489.
18. Tuchtan L, Bellagamba G, Favre N, et al. Experiences of staff transferred between two sites: qualitative survey within a public hospital in Southeastern France. *Arch Mal Prof Environ.* 2013;74(2):140–148.
19. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, et al. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol.* 1998;3(4):322–355.
20. Niedhammer I, Chastang JF, Gendrey L, et al. Psychometric properties of the French version of Karasek's « Job Content Questionnaire » and its scales measuring psychological pressures, decisional latitude and social support: the results of the SUMER. *Santé Publique.* 2006;18(3):413–427.
21. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *J Clin Epidemiol.* 1998;51(11):1171–1178.
22. Bonnetere V, Ehlinger V, Balducci F, et al. ORSOSA group. Validation of an instrument for measuring psychosocial and organisational work constraints detrimental to health among hospital workers: the NWI-EO questionnaire. *Int J Nurs Stud.* 2011;48(5):557–567.
23. Lang T, Delpierre C. Self-evaluated health, «objectified» health and social sectors. Secondary analysis of the INSEE decadal survey 2003. *Unité Mixte de Recherche 558.* 2008;114. ING36 p.
24. Ernst E, Dorothee O. Employment in the public service in 2011. Decline in the public service of the State, global increase in hospital centers. *Insee première N 1460.* 2013.
25. Vinck L. Exposure to occupational hazards. The organizational and relational constraints. *Enquête SUMER 2010 Dares – SynthèseStat n 07.* 2014.
26. Cook JV, Dickinson HO, Eccles MP. Response rates in postal surveys of healthcare professionals between 1996 and 2005: an observational study. *BMC Health Serv Res.* 2009;9(1):160.
27. Estry-Behar M, Ben-Brik E, Le Nézet O, et al. Health care givers working conditions in public and private medical centers in France. *Arch Mal Prof Environ.* 2004;65(5):37.
28. Walstisperger D, Camus I. Caregivers occupational risk exposure in 2003. *Enquête SUMER 2003 Dares – Premières Synthèses N 414.* 2009;5.
29. Laschinger H, Finegan J, Shamian J, Wilk P. Workplace empowerment as a predictor of nurse burnout in restructured healthcare settings. *Healthcare Quart.* 2003;6(4).
30. Bambra C, Egan M, Thomas S, et al. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 2. A systematic review of task restructuring interventions. *J Epidemiol Commun Health.* 2007;61(12):1028–1037.
31. Bellagamba G, Gionta G, Seneguer J, et al. Organizational factors impacting job strain and mental quality of life in emergency and critical care units. *Int J Occup Med Environ Health.* 2015;28(2):357–367.
32. Burgard SA, Brand JE, House JS. Perceived job insecurity and worker health in the United States. *Soc Sci Med.* 2009;69(5):777–785.
33. Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfeld SA, Marmot MG. Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *J Epidemiol Commun Health.* 2002;56(6):450–454.
34. Raveyre M. Management of restructuring: between denial and failure. *La Revue de l'Ires 47 95.* 2005.
35. House JS. *Work Stress and Social Support.* 2. pr. Reading, MA: Addison-Wesley; 1983, 156.
36. Estry-Béhar M, Van der Heijden BIJM, Ogińska H, et al., NEXT Study Group. The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Med Care.* 2007;45(10):939–950.
37. International Labour Organization. Mental ill-health at the workplace: don't let stigma be our guide; 2014.
38. Pennaforte A, Zawieja P, Guarnieri F. [Participative management]. Dictionnaire des risques psychosociaux. Paris: Le Seuil; 2014.
39. Leroyer A, Kraemer-Heriaud H, Marescaux L, Frimat P. Prospective evaluation of the impact of organizational change on perceived stress and health in assembly-line workers in an automobile plant. *Rev Epidemiol Santé Publique.* 2006;54(1):15–25.
40. Virtanen M. From insecure to secure employment: changes in work, health, health related behaviours, and sickness absence. *Occup Environ Med.* 2003;60(12):948–953.
41. Askenazy P. [Work disorder]. La République des idées. Seuil, Paris; 2004.
42. Aiken LH. Superior outcomes for magnet hospitals: the evidence base. In: McClure ML, Hinshaw AS, editors. *Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses.* Washington, DC: American Nurses Publishing; 2002. p. 61–82.
43. Kozlowski SW, Chao GT, Smith EM, Hedlund J. Organizational downsizing: strategies, interventions, and research implications. *Int Rev Ind Organ Psychol.* 1993;8(8):263–332.
44. Van Sluisveld N, Hesselink G, Van der Hoeven JG, et al. Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge. *Intensive Care Med.* 2015;41(4):589–604.
45. Bourmaud G, Brebion S, Retaux X, Sich P. Facing a restructuring together: encountering perspectives and multiple constructions. *Lyon.* 2012;112–119.
46. Daniellou F. Participation, representation, and decisions in ergonomic intervention. *Des pratiques en réflexion.* 1998. Paris, Octares Editions.
47. Niedhammer I, Chastang J-F, David S. Importance of psychosocial work factors on general health outcomes in the national French SUMER survey. *Occup Med Oxf Engl.* 2008;58(1):15–24.

ORGANIZATIONAL FACTORS IMPACTING JOB STRAIN AND MENTAL QUALITY OF LIFE IN EMERGENCY AND CRITICAL CARE UNITS

GAUTHIER BELLAGAMBA^{1,2}, GUILLAUME GIONTA¹, JULIE SENERGUE¹, CHRISTINE BÈQUE¹,
and MARIE-PASCALE LEHUCHER-MICHEL^{1,2}

¹ APHM, Groupe Hospitalier Timone, Marseille, France

Occupational Medicine and Health Department

² Aix Marseille University, SPMC EA3279, Marseille, France

Abstract

Objectives: This study measures the association between hospital staff's job strain (JS), mental quality of life (MQL) and how they are influenced by the organization models within emergency and critical care units. **Material and Methods:** This study describes workers employed in emergency departments and intensive care units of a French public hospital. A self-administered questionnaire was used to survey the demographic and organizational characteristics of their work, as well as work-related mental stress, psychosocial and organizational constraints, and their MQL. **Results:** Among 145 workers participating in the study, 59.3% of them report job strain and 54.5% of them have low MQL scores. The majority of staff with job strain has reported working more than 2 weekends per month, were regularly on-call, worked in dysfunctional environments and did not participate in regular meetings. The staff with low MQL worked more frequently in dysfunctional environments, had significant complaints regarding employer's efforts to promote communications or provide adequate staffing levels than the workers with a high MQL score. **Conclusions:** If stress reduction and improved MQL in emergency and intensive care units is to be achieved, hospital management needs to design work schedules that provide a better balance between working and non-working hours. Additionally, ergonomic design, functional environments and improved communications needs to be implemented.

Key words:

Healthcare worker, Job strain, Mental quality of life, Emergency, Intensive care units

INTRODUCTION

Several studies have shown that job strain (JS), a major component of work stress [1], affects staff's physical and mental health [2,3]. Stress-related numerous and harmful consequences include a high rate of sick leave, absenteeism [4], large turnover [5], and degradation of productivity and social climate. The cost of occupational stress was evaluated at 42 billion dollars in the United States

in 2001 [6]; 14.81 billion dollars in Australia in 2008 [7]; and 2–3 billion euros in France in 2007 [8].

The hospital work environment generates high levels of staff stress [9,10]. Staff is more likely to develop depression [11] with doctors and nurses ranking the highest [12,13]. Among various services within health-care facilities, emergency and intensive care units are possibly the most stressful [14,15]. According to a British study [16], 1 out

Received: November 19, 2013. Accepted: September 28, 2014.

Corresponding author: M.-P. Lehucher-Michel, APHM, Groupe Hospitalier Timone, Occupational Medicine and Health Department, 13385, Marseille, France (e-mail: marie-pascale.lehucher@ap-hm.fr).

of 3 intensive care staff members claims to be stressed by their work and 10% reported depressive symptoms. Two recent studies have shown that 1/3 of intensive care nurses [17] and 82% of emergency room nurses [18] suffer from burnout syndrome. According to a study of 55 French hospitals [19], 13.7% of emergency room staff and 12.9% of intensive care staff plan to leave the profession.

Emergency and intensive care units are subject to high stress levels as a consequence of managing precarious, difficult and uncertain medical situations, rapid decision-making, complex procedures, and considerable technical demands [14]. Previous studies have demonstrated an association between organizational factors such as a high number of hours worked, bad amount of overlap time, staff layoff, beds closed and switch to part-time and high psychosocial risks such as job stress, job dissatisfaction, job insecurity [20–22].

Many studies have assessed the JS and the quality of life of medical caregivers. To our knowledge, few of them have evaluated organizational factors that might influence these conditions. Our study's objective has been to measure the association between the JS, mental quality of life (MQL) and how the organizational factors of emergency and critical units influence staff. The hypothesis has been that an inadequate work organization is associated with the JS and low MQL.

MATERIAL AND METHODS

Study design and population

This descriptive cross-sectional study took place in a public referral university hospital in the south of France between April and January 2012 under the direction of the Occupational Medicine Department. Participants included physicians, registered nurses, health care assistants and other allied groups (physiotherapists, dieticians). Each of them had consented to the study, received a questionnaire and all of them had had at least 1 year's work experience in the selected units.

Design of the self-administrated questionnaire

The self-administrated questionnaire was divided into 4 parts:

- Part I – consisted of 51 items which explored personal, professional and organizational characteristics. These items were drawn from a sampling of hospital staff during semi-structured interviews. The interviews were conducted by a psychologist on 22 workers according to 3 confusing factors: gender, age group (under and over 40 years old) and occupational category (medical, paramedical and administrative/technical). Interviews focused on a job, department organization, working environment and a career plan. The content of the interviews was analyzed using a grid of pre-identified topics and then reviewed by 10 hospital staff members to ensure clarity and consistency.
- Part II – contained 22 items which were validated in French by the Nursing Work Index-Extended Organization (NWI-EO). These items focused on 8 psycho-organizational constraints characterizing the work environment of nurses and caregivers. These were: organizations which favored communication between unit workers; support from the senior nurse; adequate staffing to allow the work to be carried out; good relationships among unit workers; frequency of interruptions during tasks, shared values about work among the unit members; support from the administration; and respect of planned days off and vacations. Internal consistency (Cronbach's α coefficients were higher than 0.65, except for 1 dimension) and test-retest were satisfactory. The stability of the factorial structure was confirmed and concurrent validity was also observed [23]. Some items were tailored to be appropriate for physicians and allied personnel.
- Part III – had 26 items: the Karasek Job Content Questionnaire (JCQ) was used to assess the mental constraints associated with the job's psychological demands, decision latitude and social support [24]. Internal consistency (Cronbach's α coefficients were higher

than 0.65) was satisfactory. The confirmatory factor analysis showed that the best model was composed of 3 dimensions and convergent validity tests confirmed the expected association with key variables such as age, work status, a sector of activity, occupation [25].

- Part IV – had 6 items measuring the quality of life related to mental health (mental component summary – MCS). These 6 items came from the SF-12[®] (Health Survey Scoring Demonstration) which is an abbreviated version of the SF-36. The higher the reported score, the better the quality of life. The correlations between the SF-36 and the SF-12 summary measures were very high (0.94–0.97) and mean 36-item summary measures and comparable 12-item summary measures were within 0.0 to 1.5 points (median = 0.5 points) in each country and were comparable across age groups [26].

Data collection

The self-administrated questionnaire and a newsletter were sent to each participant between June and September 2011. Each subject was assigned to an anonymous number and given 30 min during their work schedule to complete the form. The participants' supervisors were informed by mail of the survey details before the start of the study.

The responsible physician collected all questionnaires in each department. Four reminders were sent between September 2011 and January 2012 by e-mail, phone call or directly to the participant at their workplace.

Participation was voluntary and anonymous, in accordance with the law of 6 August 2004. This study was approved by the National Commission for Data Protection (CNIL; No. of declaration: 1488513v0).

Data analysis procedure

A descriptive statistical analysis was performed by means of the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20. Quantitative variables were described using mean and standard deviations, and qualitative variables

were described in terms of percentage. Each aspect of the psycho-organizational constraints had a score ranging from 0 to 15, with the highest score corresponding to the greatest constraints. As far as mental work constraints are concerned, the combination of high job demands ($JD > 20$) and low job control ($JC < 71$) was consistent with the situation about the JS [27]. To describe the level of the MQL, the average score of the French population of the MCS (47.2) was used [28]. Above or below the average score is respectively considered as a high or low MQL.

Correlations between qualitative variables were established by the Pearson's χ^2 test. Correlations between qualitative and quantitative variables were determined by a Student's *t*-test. In order to highlight organizational factors related to the JS or a low MQL, a logistic regression, which is a multivariate model, was conducted with the introduction of confusing factors. Confusing factors were identified in the correlation analysis with a threshold of $p < 0.2$ and were reported in the tables of resulting figures. The multivariate model aimed to increase the comparability between groups by canceling the effect of confusing factors that influence both the dependent variable (i.e., the job strain and MQL) and explanatory variables (i.e., organizational factors). The adjusted odds ratio (OR_a) and its confidence interval of 95% (95% CI) were used to interpret the results. If the 95% CI contained 1, there was no significant difference. If the OR_a was > 1 or < 1 , the dependent variable was statistically more or less frequent in 1 group. The more OR_a value was remote from 1, the more the factor effect was significant. A statistical significance threshold was defined as $p < 0.05$. Only significant differences were reported in the tables of resulting figures.

RESULTS

Demographic and professional characteristics of healthcare workers

Demographic and professional characteristics of respondents and non-respondents are shown in the Table 1.

Table 1. Demographic and professional characteristics of respondent and non-respondent workers in emergency and critical care health units

Variable	Respondents (N = 145)	Non-respondents (N = 230)	p
Gender (%)			0.110
female	72.4	79.6	
Age (years) (M±SD)	37.6±10.3	40.9±10.6	0.004
Professional category (%)			0.005
practitioners	13.1	19.1	
nurses	53.1	45.7	
nurse-assistants	29.7	21.7	
others paramedics	4.1	13.5	

M – mean; SD – standard deviation.

Out of 375 workers included in the study, 145 (38.7%) responded to the questionnaire. The proportion of women in both respondent and non-respondent groups is similar. The mean age of all respondents was significantly lower in the respondent group than in the non-respondent group. There is a significant number of nurses and aides represented in the respondent group.

Factors associated with the job strain

The Table 2 shows the demographic and professional characteristics of the workers according to their status

with respect to the JS. Out of 145 workers responding to the survey, 59.3% of them are experiencing the JS. Almost 1/2 of them are nurses and more than 1/3 are aides. Organizational factors associated with the JS are shown in the Table 3. Over 80% of staff who worked more than 2 weekends per month had the JS ($OR_a = 3.94$) as well as those who were regularly on-call ($OR_a = 2.83$). Over 70% considered their workplaces dysfunctional ($OR_a = 3.02$) and more than 1/2 did not participate in regular work meetings. There was a significant difference noted when the work organization facilitated

Table 2. Socio-professional and working condition characteristics in the emergency and critical care services for job strained and non-job strained health workers

Variable	Respondents		p
	job strain (N = 86)	no job strain (N = 48)	
Gender (%)			< 0.001
female	80.2	50.0	
Age (years) (M±SD)	35.0±9.61	39.4±10.8	0.018
Professional category (%)			0.006
practitioners	7.0	25.0	
nurses	48.8	45.8	
nurse-assistants	38.4	18.8	
others paramedics	5.8	10.4	

Abbreviations as in Table 1.

Table 3. Job strain according to organizational factors

Variable	Respondents		OR _a	95% CI	p
	job strain (N = 86)	no job strain (reference) (N = 48)			
Worked > 2 weekends/month (%)	81.3	55.3	3.94	1.73–8.97	0.001
Dysfunctional premises (%)	74.1	46.8	3.02	1.31–6.95	0.010
Regularly on-call (%)	84.1	55.3	2.83	1.04–7.70	0.042
No regular meetings (%)	53.5	28.3	2.40	1.01–5.68	0.047
Organization not favoring communication (M±SD)	9.54±2.10	8.25±1.76	1.49	1.13–1.96	0.004
Inadequate staffing (M±SD)	10.8±2.93	8.68±2.69	1.32	1.12–1.55	0.001
Strained unit work relationships (M±SD)	8.25±2.12	6.97±1.86	1.31	1.05–1.64	0.017

OR_a – adjusted odds ratio, controlling for factors from Table 2.

CI – confidence interval.

Other abbreviations as in Table 1.

communications, provided adequate staffing numbers and promoted sound relationships within the healthcare team. However, there is no significant difference in full-time work, night shifts, fluctuating schedules, knowledge or schedule overruns.

Factors associated with the mental quality of life

The Table 4 represents demographic and professional characteristics according to the participants' mental component summary (MCS). Respondents with a low MCS (54.5%) are mostly women who are older

than those having a higher MCS. No significant difference was observed in the professional categories.

Organizational factors associated with the MCS are presented in the Table 5. There is an association between the MQL and workplace functionality. Generally, workers with a low MCSs viewed their workplace as being dysfunctional (OR_a = 2.58). There were also significant differences between the 2 groups regarding whether or not the organization had good communications and adequate staffing. However, no significant difference was observed regarding on-call or overrun schedules or night work.

Table 4. Comparisons of low and high mental component summary (MCS) scores in emergency and critical care working conditions

Variable	Respondents		p
	MCS low (N = 79)	MCS high (N = 64)	
Gender (%)			
female	78.5	60.9	0.022
Age (years) (M±SD)	37.7±10.1	34.8±10.5	0.018
Leisure activities ^a (%)			0.051
occasionally	42.3	26.6	
regularly	57.7	73.4	

Table 4. Comparisons of low and high mental component summary (MCS) scores in emergency and critical care working conditions – cont.

Variable	Respondents		p
	MCS low (N = 79)	MCS high (N = 64)	
Alcohol consumption (%)			0.056
never	34.2	18.8	
occasionally	64.6	75.0	
everyday	1.3	6.2	
Psychotropic consumption ^b (%)			< 0.001
never	63.6	92.2	
occasionally	26.0	6.2	
everyday	10.4	1.6	

Missing values: a = 1, b = 2.

Abbreviations as in Table 1.

Table 5. Mental component summary (MCS) according to organizational factors

Variable	Respondents			95% CI	p
	MCS low (N = 79)	MCS high (reference) (N = 64)	OR _a		
Dysfunctional premises (%)	76.4	54.7	2.58	1.15–5.79	0.022
Organization not favoring communication (M±SD)	9.72±1.93	8.54±1.95	1.46	1.15–1.87	0.002
Inadequate staffing m (σ)	11.0 (2.86)	9.19 (2.81)	1.31	1.13–1.52	< 0.001

* OR controlling for factors from Table 4.

Abbreviations as in Table 1 and 3.

DISCUSSION

Only significant results have been discussed here. The 2 first sections have dealt with data of the JS and the 2 following with data of the MQL.

In this study, the proportion of subjects having the JS (59.3%) is much higher than those of the French general population (23%) [20] and those of nurses studied in Sweden, Canada, or China [29–31]. This high rate can be explained by the hospital work environment [32]. The need to intervene at short notice, take care of serious illnesses or be faced with aggression by patients or their families all provoke high levels of job stress [15].

In our study, women with the JS (80.2%) represented higher figures than the French general population (51.5%). Women report higher psychological demands than men [24]. In a recent study conducted with Chinese nurses [2], the average age of workers experiencing the JS is lower (35 years) than those not experiencing the JS (39.4 years). The 2003 study of French hospitals [33] showed that staff's perception of working conditions varied according to age. Older staff state they feel less exposed to hardship and, to a lesser extent, have a higher ability to manage work challenges than younger staff. This may be contributed to the perspective that more work experience connotes

increased confidence. However, the high fluctuation of staff in intensive care and emergency units [20] suggests that older staff is best suited to these working conditions. The risk of having the JS also varied according to the professional category.

In our study, nurses and aides are significantly more stressed than the other paramedics and doctors. If the psychological demand is high for most of the staff working in emergency departments or intensive care units, it has been shown that nurses perceive a greater mental burden than aides or paramedical professions [33].

Work organization plays an important role in developing the JS. The results of this study indicate that employees working at least 2 weekends a month are much tenser than others ($OR_a = 3.94$) and more than 80% of employees who regularly work on-call are job strained ($OR_a = 2.83$). Previous studies have demonstrated a strong association between the number of hours worked per week and the JS [20]. According to our results, the JS is attributable to inadequate rest periods between shifts rather than working hours that are not known in advance. Flexible schedules, schedule overruns, etc., do not seem to have any influence on the JS.

Our study indicates that the JS is related to inadequate staffing levels. The past years' decline and disrepair of French hospitals could be an explanation for increased workloads and psychological demands on staff. Staff shortages have resulted in demands for consecutive weekends of work or regular on-call scheduling. The strong association between the JS, weekend work and on-call scheduling can also explain the difficulty of reconciling work, biological rhythms and life outside work. In addition, the JS was associated with a decrease in leisure time or physical activity [34].

More than 2/3 of the JS is related to dysfunctional work environments. This is higher than the 2003 study on all French hospital staff where 49% of emergency and intensive care staff considered their work environment

dysfunctional [35]. The physical environment (noise and heat) and technical (design and ergonomics) of workplaces is indeed known to be a major cause of occupational stress.

Communication problems linked to the services' organization or lack of regular meetings and discordant staff relationships influence the JS as well. A link between intensive care physicians with symptoms of depression and the quality of professional relationships has been shown in a previous study [36]. Collegial conflicts are associated with high levels of job stress [21].

A survey in Switzerland showed that good work-place relationships is the main expectation of the interviewed physicians [22]. Lack of communication, or lack of support from superiors, also increases the risk of the JS. Some participatory management, whether it is authoritarian or deficient, and a lack of performance recognition increases work tensions for employees.

In our study, the focus is not only on the poor relations between key staff involved, but also on those organizations that thwart communications. A fairly strong relationship between the JS and a lack of regular meetings was observed. Hospital economic and organizational constraints have caused a reduction of overlap time which had allowed teams to exchange information and to debate staff's challenges and needs.

The literature data indicates over 60% of emergency and intensive caregivers who are not satisfied with the amount of overlap time, and 65.1% of them believe that they cannot discuss organizational issues in detail [19]. Communication within teams is nevertheless crucial for optimal patient management [22].

In our study population, a low MQL is observed in 54.5% of workers. Although health care workers are known to have a poor quality of life [37], to the best of our knowledge there is no specific MQL study on emergency and intensive care hospital staff. Women have the lowest MQL, which is also reflected in the French general

population [38]. Numerous epidemiological studies have shown that women have a higher prevalence of psychological morbidity than men [3,39].

Unlike a previous study [2] on nurses in a military hospital in Taiwan, the MQL is poorer in the case of older workers. This could be explained by the difficulty in emergency and intensive care units in staffing their positions with older personnel. The professional category in this study does not seem to influence the workers' quality of life, which is contrary to the results of a previous study showing that nurses had poorer MQL than other health professionals [40]. There is a relationship established between the MQL and lifestyle demonstrating that personnel with regular leisure activities are significantly more likely to have a better MQL.

These results are also consistent with a recent Brazilian study [41]. Psychotropic drug use increases with job stress and personnel with high drug consumption are also those with a poor quality of life [10]. Our study confirms these findings.

Emergency and intensive care staff's MQL is directly influenced by the institution's organizational model. Our study indicates that more than 2/3 of those with a low MCS considers their work environment to be dysfunctional ($OR_a = 2.58$). A poor organizational model with weak inter-staff communications is directly related to staff's poor MQL scores.

It appears that better organization of work schedules with adequate rest periods and a regular practice of leisure activities improve the professional well-being of hospital staff. The recent implementation of 12-h shifts seems to support this [42]. The development of functional, ergonomic and adapted work environments could also contribute to the reduction of occupational stress in hospitals. Doctors' and nurses' perceptions regarding relationships between different health care workers are dissimilar. Doctors seem to be more satisfied with the doctor–nurse communications and collaborations than nurses do [43].

Improved communications can be achieved by means of simple solutions such as regular staff meetings to delineate staff's roles as well as to clarify and obtain endorsement of operating policies. Participation of staff from all occupational categories appears beneficial. There also needs to be sufficient time for health care teams to transfer patient information to ensure continuity of care in optimal conditions. The support team leaders can be very effective regulators since they are perceived by employees as indicators of stress (anxiety, depression, dissatisfaction) [44].

Finally, staff integration in decision-making enhances their autonomy and investment in their work. Job satisfaction, which plays a major role in the professionals' health and quality of life, could thus be improved and, by extension, contribute to the quality of care received by patients. Our study has some limitations such as the high non-response rate which produces the information bias. Nurses and aides, who had the highest JS scores and work in professionally tense situations, appear more sensitive to the goals of our study and therefore had the highest response rate to our questionnaire. Non-respondents were about the same age as not job-strained workers. It is highly likely that the sample of participants represents the more motivated individuals experiencing job strain, and thus, might overestimate the percentage of staff members with the JS in the population. The single-center nature of the study limits result generalizations to other types of health facilities such as health centers and clinics, since these have different organizational models. Moreover, there is no currently validated questionnaire on psycho-organizational constraints for doctors.

CONCLUSIONS

To our knowledge, our study is the 1st one to analyze if organizational models have an impact upon the MQL of emergency and intensive care staff. In addition, this investigation quantifies the strength of association between the JS and the various factors identified

in the study, thereby enabling the management to implement logical, preventive strategies regarding the quality of work-life and quality of care.

In emergency and intensive care units, ergonomic environment and communication are 2 main qualities of work life determinants. Moreover, hospital management needs to provide a better balance between working and non-working hours.

ACKNOWLEDGMENTS

We would like to thank the study participants as well as Monique Douroux, Lucie Mériqot and Julia Sportiello for their assistance.

REFERENCES

1. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Admin Sci Quart.* 1979;24(2):285–308, <http://dx.doi.org/10.2307/2392498>.
2. Tzeng DS, Chung WC, Yang CY. The effect of job strain on psychological morbidity and quality of life in military hospital nurses in Taiwan: A follow-up study. *Ind Health.* 2013;51(4):443–51, <http://dx.doi.org/10.2486/ind-health.2012-0013>.
3. Niedhammer I, Chastang JF, David S, Barouhiel L, Barandon G. Psychosocial work environment and mental health: Job-strain and effort-reward imbalance models in a context of major organizational changes. *Int J Occup Environ Health* 2006;12(2):111–9, <http://dx.doi.org/10.1179/oeh.2006.12.2.111>.
4. Head J, Kivimäki M, Martikainen P, Vahtera J, Ferrie JE, Marmot MG. Influence of change in psychosocial work characteristics on sickness absence: The Whitehall II Study. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60(1):55–61, <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.038752>.
5. De Croon EM, Sluiter JK, Blonk RW, Broersen JP, Frings-Dresen MH. Stressful work, psychological job strain, and turnover: A 2-year prospective cohort study of truck drivers. *J Appl Psychol.* 2004;89(3):442–54, <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.89.3.442>.
6. Kalia M. Assessing the economic impact of stress. The modern day hidden epidemic. *Metabolism.* 2002 Jun;51(6 Suppl 1):49–53, <http://dx.doi.org/10.1053/meta.2002.33193>.
7. Medibank Private. The cost of workplace stress in Australia. 2008 [cited 2013 Mar 5]. Available from: <http://www.medibank.com.au/Client/Documents/Pdfs/The-Cost-of-Workplace-Stress.pdf>.
8. Trontin C, Lassagne M, Boini S, Rinal S. [The cost of the professional stress in France in 2007]. INRS; 2009 [cited 2013 Mar 5]. Available from: <http://www.inrs.fr/accueil/dms/inrs/PDF/cout-stress-professionnel2007.pdf>. French.
9. Peterson U, Demerouti E, Bergström G, Samuelsson M, Asberg M, Nygren A. Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *J Adv Nurs.* 2008;62(1):84–95, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04580.x>.
10. Estryng-Behar M, Kaminski M, Peigne E, Bonnet N, Vaichere E, Gozlan C, et al. Stress at work and mental health status among female hospital workers. *Br J Ind Med.* 1990;47(1):20–8.
11. Alpert JS. Physician depression. *Am J Med.* 2008; 121(8):643, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2008.01.013>.
12. Firth-Cozens J. Doctors, their wellbeing, and their stress: It's time to be protective about stress and prevent it (editorials). *BMJ.* 2003;326:670, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.326.7391.670>.
13. McGrath A, Reid N, Boore J. Occupational stress in nursing. *Int J Nurs Stud.* 2003;40(5):555–65, [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00058-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00058-0).
14. Donchin Y, Seagull FJ. The hostile environment of the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care.* 2002;8(4):316–20, <http://dx.doi.org/10.1097/00075198-200208000-00008>.
15. Healy S, Tyrrell M. Stress in emergency departments: Experiences of nurses and doctors. *Emerg Nurse.* 2011;19(4):31–7, <http://dx.doi.org/10.7748/en2011.07.19.4.31.c8611>.
16. Coomber S, Todd C, Park G, Baxter P, Firth-Cozens J, Shore S. Stress in UK intensive care unit doctors.

- Br J Anaesth. 2002;89(6):873–81, <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aef273>.
17. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Tim-sit JF, Pochard F, et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175(7): 698–704.
 18. Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fa-tigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs*. 2010 Sep;36(5):420–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.027>.
 19. Estryn-Behar M, Ben-Brik E, Le Nezet O, Affre A, Ar-bieu P, Bedel M, et al. [The situation of caregivers of public and private institutions in France in 2002: Analysis of the results of the first part of the study PRESST-NEXT]. *Arch Mal Prof Env*. 2004;65(5):413–37, [http://dx.doi.org/10.1016/S1775-8785\(04\)93483-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1775-8785(04)93483-2). French.
 20. Cartledge S. Factors influencing the turnover of intensive care nurses. *Intensive Crit Care Nurs*. 2001 Dec;17(6):348–55, <http://dx.doi.org/10.1054/icc.2001.1599>.
 21. Biaggi P, Peter S, Ulich E. Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents – What can be done? *Swiss Med Wkly*. 2003;133(23–24):339–46.
 22. Reader TW, Flin R, Mearns K, Cuthbertson BH. Develop-ing a team performance framework for the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2009 May;37(5):1787–93, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e31819f0451>.
 23. Bonnetterre V, Ehlinger V, Balducci F, Caroly S, Joliv-et A, Sobaszek A, et al. ORSOSA group. Validation of an instrument for measuring psychosocial and organiza-tional work constraints detrimental to health among hos-pital workers: The NWI-EO questionnaire. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(5):557–67.
 24. Guignon N, Sandret N. [Psychosocial factors at work. An evaluation by the Karasek questionnaire survey in Sum-er 2003]. N°22.1. DARES; 2008. French.
 25. Niedhammer I, Chastang J-F, Gendrey D, David S, De-gioanni S. [Psychometric properties of the French version of Karasek’s “Job Content Questionnaire” and its scales measuring psychological pressures, decisional latitude and social support: The results of the SUMER]. *Santé Publique*. 2006;18(3):413–427, <http://dx.doi.org/10.3917/spub.063.0413>. French.
 26. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjomer JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in 9 countries: Results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11): 1171–8, [http://dx.doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00109-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00109-7).
 27. Karasek RA, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bon-gers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assess-ments of psychological job characteristics. *J Occup Health Psychol*. 1998;3(4):322–55, <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.3.4.322>.
 28. Lang T, Delpierre C. [Health, self-rated “objectified” health and social categories. Secondary analysis of the INSEE decadal survey 2003]. *Unité Mixe de Recherche 558*. 114 p. ING36. French.
 29. Josephson M, Lagerström M, Hagberg M, Wigaeus Hjelm E. Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: A study over a 3 year period. *Occup Environ Med*. 1997;54(9):681–5, <http://dx.doi.org/10.1136/oem.54.9.681>.
 30. Bourbonnais R, Comeau M, Vézina M. Job strain and evo-lution of mental health among nurses. *J Occup Health Psy-chol*. 1999 Apr;4(2):95–107.
 31. Chien TW, Lai WP, Wang HY, Hsu SY, Castillo RV, Guo HR, et al. Applying the revised Chinese Job Con-tent Questionnaire to assess psychosocial work conditions among Taiwan’s hospital workers. *BMC Public Health*. 2011;11:478, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-478>.
 32. Cronin-Stubbs D, Rooks CA. The stress, social support and burnout of critical care nurses: The results of research. *Heart Lung*. 1985;14(1):31–9.
 33. Dumas A, Le Lan R. [Age and working conditions in health facilities. Social Data in French society]. 2006 [cited 2013

- Feb 2]. Available from: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/donsoc06ys.pdf. French.
34. Fransson E, Heikkilä K, Nyberg S, Zins M, Westerlund H, Westerholm P. Job strain as a risk factor for leisure-time physical inactivity: An individual-participant meta-analysis of up to 170,000 men and women. *Am J Epidemiol*. 2012;176(12):1078–89, <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kws336>.
 35. Embriaco N, Hraiech S, Azoulay E, Baumstarck-Barrau K, Forel JM, Kentish-Barnes N, et al. Symptoms of depression in ICU physicians. *Ann Intensive Care*. 2012;2(1):34, <http://dx.doi.org/10.1186/2110-5820-2-34>.
 36. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High level of burnout in intensivists: Prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175(7):686–92, <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.200608-1184OC>.
 37. He M, Wang Q, Zhu S, Tan A, He Q, Chen T, et al. Health-related quality of life of doctors and nurses in China: Findings based on the latest open-access data. *Qual Life Res*. 2012; 21(10):1727–30, <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-011-0088-0>.
 38. Albouy V, Duée M, Godefroy P. [Quality of life for men and women. Looks on parity]. Insee Références: Édition 2012 [cited 2013 Feb 2]. Available from: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/FHPARIT12d_VE3quali.pdf. French.
 39. Waldenström K, Lundberg I, Waldenström M, Härenstam A; MOA Research Group. Does psychological distress influence reporting of demands and control at work? *Occup Environ Med*. 2003;60(11):887–91, <http://dx.doi.org/10.1136/oem.60.11.887>.
 40. Silva AA, Pacheco de Souza JM, da Silva Borges FN, Fischer FM. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):718–25, <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400016>.
 41. Torres A, Ruiz T, Müller S, Pereira Lima MC. Quality of life, physical and mental health of physicians: A self-evaluation by graduates from Botucatu Medical School – UNESP. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(2):264–75, <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000200008>.
 42. Richardson A, Turnock C, Harris L, Finley A, Carson S. A study examining the impact of 12-hour shifts on critical care staff. *J Nurs Manag*. 2007 Nov;15(8):838–46, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2934.2007.00767.x>.
 43. Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med*. 2003;31(3):956–9, <http://dx.doi.org/10.1097/01.CCM.0000056183.89175.76>.
 44. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM; International Hospital Outcomes Research Consortium. Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Int J Qual Health Care*. 2002;14(1):5–13, <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/14.1.5>.



ANALYSE LEXICALE DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES PSYCHIATRES À L'HÔPITAL

Elisanne De Gantes, Gauthier Bellagamba, Marie-Pascale Lehucher-Michel

► To cite this version:

Elisanne De Gantes, Gauthier Bellagamba, Marie-Pascale Lehucher-Michel. ANALYSE LEXICALE DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES PSYCHIATRES À L'HÔPITAL. Santé publique (Vandoeuvre-lès-Nancy, France), 2014, 26, pp.803-812. <hal-01243052>

HAL Id: hal-01243052

<https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01243052>

Submitted on 14 Dec 2015

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.

ANALYSE LEXICALE DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES PSYCHIATRES À L'HÔPITAL

Elisanne De Gantes, Gauthier Bellagamba, Marie-Pascale Lehucher-Michel

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2014/6 Vol. 26 | pages 803 à 812

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-803.htm>

!Pour citer cet article :

Elisanne De Gantes *et al.*, « Analyse lexicale de la qualité de vie au travail des psychiatres à l'hôpital », *Santé Publique* 2014/6 (Vol. 26), p. 803-812.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Analyse lexicale de la qualité de vie au travail des psychiatres à l'hôpital

Lexical analysis on the quality of work life of hospital psychiatrists

Elisanne De Gantes¹, Gauthier Bellagamba^{1,2}, Marie-Pascale Lehucher-Michel^{1,2}

➔ Résumé

Objectif : Une enquête qualitative a été réalisée en 2013 auprès de psychiatres hospitaliers travaillant dans deux établissements de régions différentes. L'objectif était de documenter la qualité de vie au travail des psychiatres des établissements publics hospitaliers.

Méthodes : Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de psychiatres à l'aide d'un guide d'entretien. Ces derniers ont été tirés au sort en tenant compte de l'établissement, de la tranche d'âge, du genre et de la spécialité adulte ou pédiatrique. Le contenu des données a été analysé à l'aide du logiciel Alceste puis interprété.

Résultats : Seize psychiatres ont été interrogés. Quatre thèmes, constitués de sous-thèmes, ont été mis en évidence. Le premier concerne la prise en charge médico-sociale du patient, avec l'environnement socio-familial de l'enfant, les contraintes structurelles et les interactions avec le réseau de soins. Le second est relatif à la qualité des soins avec la formation des professionnels de santé et la dimension relationnelle. L'exercice dans le système public hospitalier constitue le troisième thème avec le rôle du médecin-gestionnaire, la perte de sens du travail et la satisfaction au travail. Le dernier thème fait référence à la spécificité du travail en psychiatrie avec les aspects médico-légaux et le problème de la violence.

Conclusions : Cette enquête suggère que les psychiatres sont globalement satisfaits de leur activité professionnelle. Les éléments à améliorer seraient une organisation du temps de travail favorisant l'écoute des patients, les échanges interprofessionnels et la formation du personnel paramédical. Ces résultats sont à confirmer par une étude quantitative.

Mots-clés : Satisfaction professionnelle ; Qualité de vie ; Psychiatrie ; Hôpitaux psychiatriques ; Recherche qualitative.

➔ Summary

Purpose: A qualitative study was conducted in 2013 with hospital psychiatrists working in two psychiatric hospitals of different regions in order to document the quality of work life of public hospital psychiatrists.

Method: Semi-guided interviews were conducted with psychiatrists using an interview guide. Physicians were randomized according to health institution, age, gender and adult or paediatric psychiatry speciality. Data were analysed with the Alceste software and interpreted.

Results: Sixteen psychiatrists were interviewed. Four themes, composed of sub-themes, were highlighted. The first them concerned medical and social patient care, with the child's social and family environment, structural constraints and interactions with the care network. The second them concerned quality of care with the training of healthcare workers and the relational dimension. The third them concerned working in the public hospital system with the role of the "physician-administrator", loss of the meaning of work and job satisfaction. The last theme refers to the specificity of working in psychiatry with forensic aspects and violence issues.

Conclusion: This study suggests that psychiatrists are globally satisfied with their jobs. The main factors to be improved are working time organization to allow more time to listen to the patient, interprofessional exchanges and paramedical staff training. These data should be assessed by means of a quantitative study.

Keywords: Job satisfaction; Quality of life; Psychiatry; Hospitals, psychiatric; Qualitative research.

¹ AP-HM – Timone – Service de Médecine et Santé au travail – 264, rue Saint-Pierre – 13385 Marseille – France.

² Aix-Marseille Univ. – EA 3279 – Santé publique – Marseille – France.

La qualité de vie au travail est un concept intuitif et dynamique fondé sur la perception qu'a un individu de sa place dans les sphères culturelle, organisationnelle et relationnelle de l'entreprise [1]. Les risques psychosociaux entendus comme les risques engendrés par les conditions d'emploi, l'organisation et les relations au travail sont des déterminants délétères de la qualité de vie au travail [2]. En France, le concept de qualité de vie au travail a été introduit depuis quelques années dans les critères de certification des établissements de santé. En effet, la qualité de vie au travail des professionnels est nécessaire à une bonne qualité des soins et la délivrance de soins de qualité est nécessaire pour que les professionnels perçoivent une bonne qualité de vie au travail [3].

Selon deux enquêtes françaises réalisées en 1998 puis en 2003, la perception que le personnel hospitalier a de ses conditions de travail au cours de cette période, s'est globalement dégradée : rythmes plus contraignants, manque d'effectifs, etc. [4]. Concernant l'univers médical, de nombreux bouleversements sont apparus, en lien avec une augmentation des exigences et des contraintes diverses : responsabilités médicales, surcharge administrative, altération de la relation médecin-patient, pression politique et sociale, etc. Les médecins ont une faible capacité à s'avouer leur propre souffrance psychologique. Pourtant une étude française montre que chez les médecins, le taux de prévalence du syndrome d'épuisement professionnel est de 43 %, des troubles psychologiques de 29 % et d'une médiocre santé perçue pour 8 % [5].

Plus spécifiquement, la psychiatrie, au sein d'une profession médicale déjà à risque, semble particulièrement exposée aux risques psychosociaux [6]. Dans la littérature internationale, des études montrent que la psychiatrie est une spécialité à haut risque d'épuisement professionnel [5, 10] et près de 35 % des psychiatres en état d'épuisement professionnel ne pensent pas l'être [6]. Elle constitue également une des spécialités médicales les plus à risque de suicide [11-13]. La littérature a mis en évidence des risques spécifiques pour la santé des médecins psychiatres [14-16] : exposition à la souffrance psychique et à la chronicité des troubles mentaux, charge émotionnelle intense de la relation médecin-patient, confrontation à la violence, au suicide et gestion du passage à l'acte. Ils doivent également faire face à la fois à la stigmatisation de la population qu'ils traitent et à celle de leur propre spécialité. Enfin, il existe un amalgame fréquent entre les pathologies psychiatriques et les problèmes d'ordre social ou judiciaire. Les facteurs de l'environnement de travail associés au syndrome d'épuisement professionnel diffèrent entre les psychiatres et les autres praticiens.

Pour exemple, chez les psychiatres, la durée de travail hebdomadaire entre 35 et 50 heures et un nombre de nuits travaillées de plus de cinq par mois apparaissent plus en lien avec ce syndrome alors que chez les autres spécialistes, la violence de la part des patients et la pression temporelle élevée apparaissent plus en lien avec ce dernier [5].

La plupart des études sur le vécu des conditions de travail en milieu hospitalier psychiatrique concerne les soignants paramédicaux [17, 18] et très peu les psychiatres.

L'objectif de notre étude est de documenter la qualité de vie au travail des psychiatres des établissements publics hospitaliers afin de fournir des éléments pour préparer une enquête quantitative.

Méthodes

Type d'enquête

Il s'agit d'une enquête qualitative réalisée à l'aide d'entretiens semi-directifs. Ce type d'entretiens permet le recensement de données subjectives et s'attache à recueillir les éléments mis en avant par la personne interrogée dans des thématiques relativement larges [19]. Une étude qualitative va permettre de générer des hypothèses conduisant dans un second temps à l'élaboration d'items qui seront intégrés à un questionnaire quantitatif [20]. Une fois finalisé, ce questionnaire pourra être appliqué à l'ensemble de la population étudiée afin de tester ces hypothèses.

Population

Un entretien a été proposé à des psychiatres de deux établissements publics de santé mentale du sud de la France. L'un des deux établissements, intégré dans un centre hospitalo-universitaire et intervenant en secteur urbain, est en déficit avec un plan de retour à l'équilibre. Les postes de psychiatres de cet hôpital sont pourvus. Le second établissement, non universitaire et intervenant en milieu rural, n'est pas en déficit et est également correctement pourvu en praticiens (un seul poste vacant lors de l'enquête). Les psychiatres ont été tirés au sort parmi l'ensemble des psychiatres travaillant dans ces structures depuis au moins six mois. Afin de constituer l'échantillon, compte tenu des ressources importantes nécessaires pour réaliser les entretiens semi-directifs notamment les temps d'entretien et de saisie et en vue de respecter le principe de faisabilité de l'étude, quatre facteurs de confusion ont

été sélectionnés par le comité de pilotage : l'établissement, la spécialisation en psychiatrie adulte ou en pédo-psychiatrie, le genre et la tranche d'âge (< 35 ans ou >= 35 ans). La prise en compte de ces facteurs (quatre facteurs à deux modalités chacun) a nécessité l'inclusion de 16 sujets. Seize groupes, comportant une liste de quatre psychiatres tirés au sort, ont été constitués. Un rendez-vous a été proposé au premier psychiatre de la liste. En cas de refus ou de non réponse, le second psychiatre de la liste a été sollicité et ainsi de suite.

Recueil des données

Un guide d'entretien a été élaboré par deux spécialistes en médecine du travail, une psychologue et un épidémiologiste suivant trois étapes :

- 1) L'identification des thématiques à explorer à partir d'une analyse des facteurs de risque psychosociaux, identifiés par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, et à partir d'une revue de la littérature internationale sur les conditions d'exercice et le vécu des psychiatres hospitaliers.
- 2) L'analyse critique des thématiques par trois psychiatres des établissements étudiés.
- 3) L'application du guide afin de le tester auprès de deux psychiatres de ces établissements.

Le guide d'entretien aborde ainsi les huit thématiques suivantes : ressenti au travail et difficultés rencontrées dans l'exercice de la profession, impact de l'organisation du travail sur la façon de travailler, qualité des soins, relations interprofessionnelles, relations avec les patients et leur entourage, liens entre vie professionnelle et vie personnelle, influence du travail sur la santé, préconisations pour améliorer la qualité de vie au travail.

En avril et mai 2013, des entretiens semi-directifs confidentiels ont été conduits, pendant le temps de travail des médecins, par une interne en médecine du travail auprès de psychiatres tirés au sort ayant accepté de participer à l'étude. Ils ont été réalisés dans une salle réservée à cet effet dans les deux établissements. L'objectif de l'étude a été précisé dans une lettre d'information à chacun d'entre eux lors de la proposition d'entretien. Les entretiens ont été enregistrés avec leur accord et le principe de l'anonymat a été garanti.

Analyse des données

Le contenu des entretiens a été saisi informatiquement dans son intégralité par l'enquêteur. L'analyse de contenu des discours a été réalisée selon la méthode de l'analyse

lexicale et thématique qui permet d'étudier la structure grammaticale de chaque entretien, la richesse du vocabulaire employé et de mettre en évidence les thématiques évoquées [21]. Cette analyse, effectuée à l'aide d'un logiciel Alceste, se décompose en quatre phases [22] :

- Élaboration de la liste des mots employés réduits à leur racine ;
- Découpage du texte en unités de contexte élémentaire (correspondant à des phrases extraites des entretiens) puis regroupement des unités contenant les mêmes formes lexicales afin de constituer des classes de mots dont le sens sera ensuite attribué par l'analyste ;
- Pour chaque classe de mots obtenue, classement des mots sur la base de leur représentativité déterminée par un test de Khi2 à partir du nombre d'occurrences et de co-occurrences (fréquence de survenue de mots associés ensemble) ;
- Extraction des unités de contexte élémentaire les plus représentatives de chaque classe en fonction de leur valeur de Khi2.

La valeur du Khi2 exprime le coefficient d'association entre une unité de contexte élémentaire et une classe. Par convention, la valeur minimum du Khi2 est déterminée lorsque 70 % des unités de contexte élémentaire sont classées ; chaque classe étant ainsi considérée comme stable [23]. Dans le cas de cette étude, la valeur minimum du Khi2 est de 16. Pour l'interprétation des données, seuls les mots et unités de contexte ayant une valeur de Khi2 supérieure à 16 ont donc été pris en compte. À partir des classes de mots obtenues, deux spécialistes en médecine du travail, une psychologue et un épidémiologiste ont structuré l'analyse en thèmes et sous-thèmes.

Aspects éthiques

La participation était volontaire et anonyme, conformément aux dispositions de la loi du 6 août 2004. Le traitement des données ayant servi à cette étude a été déclaré à la commission nationale de l'informatique et des libertés.

Résultats

Afin de pouvoir inclure 16 sujets dans l'étude, 24 psychiatres ont dû être contactés. Huit psychiatres de chaque établissement ont accepté de participer à l'enquête (taux de réponse : 67 %). Parmi les huit qui n'ont pas

répondu favorablement à la proposition d'entretien, trois ont déclaré ne pas pouvoir se libérer durant les créneaux proposés, trois ont indiqué ne pas en avoir le temps et deux ont été injoignables. La durée des entretiens a varié de 20 à 90 minutes (moyenne et écart-type en minutes : 46,8 +/- 19,8).

Les caractéristiques socioprofessionnelles (sexe, âge, spécialisation, secteur d'activité principale, fonction) des médecins interrogés sont les suivantes : huit femmes, onze psychiatres âgés d'au moins 35 ans, onze travaillant en psychiatrie adulte, douze exerçant principalement en intra-hospitalier et quatre en centre médico-psychologique (CMP). Parmi eux, onze sont praticiens hospitaliers, trois chefs de pôle, un chef de clinique-assistant et un professeur des universités – praticien hospitalier. Quatre thèmes ont été mis en évidence à la suite de l'interprétation des données fournies par Alceste. Chaque thème est constitué de sous-thèmes caractérisés par les occurrences et co-occurrences de mots les plus fréquentes selon les résultats de l'analyse du logiciel Alceste (tableau I).

Les thèmes 1 et 2, qui représentent respectivement 22 % et 19 % du corpus, concernent principalement la pédopsychiatrie, avec la prise en charge médico-sociale du patient et la qualité des soins. Le premier thème comporte trois sous-thèmes : l'environnement socio-familial de l'enfant, les contraintes structurelles et les interactions avec le réseau de soins (tableau II). Le second se compose quant à lui des sous-thèmes suivants : la formation des professionnels de santé et la dimension relationnelle (tableau III).

Les thèmes 3 et 4 sont davantage en lien avec la psychiatrie adulte. Le thème 3 représente 47 % du corpus et se rapporte à l'exercice dans le système hospitalier public avec trois sous-thèmes : le rôle du médecin-gestionnaire, la perte de sens du travail et la satisfaction au travail (tableau IV). Enfin, le dernier thème, correspondant à 12 % du corpus, concerne la spécificité du travail en psychiatrie avec les aspects médico-légaux d'une part et la violence d'autre part (tableau V).

Discussion

Le vocabulaire employé et les extraits d'entretiens des 16 psychiatres ayant accepté de participer à l'étude ont permis de documenter une réflexion autour des quatre thèmes suivants.

Prise en charge médico-sociale du patient

Les pédopsychiatres déclarent être de plus en plus sollicités et confrontés à des difficultés en lien avec l'environnement sociofamilial de l'enfant (tableau II, réf. 1 et 2). En pédopsychiatrie, comme en psychiatrie adulte, les attentes de la société et des pouvoirs publics sont fortes à l'égard de cette spécialité qui doit à présent faire face à la « psychiatrie sociale » des problèmes sociaux, eux-mêmes accrus par

Tableau I : Thèmes et sous-thèmes issus de l'analyse du vocabulaire des entretiens

	Thème 1	Thème 2	Thème 3	Thème 4
	Prise en charge médico-sociale du patient	Qualité des soins	Exercice dans le système hospitalier public	Spécificité du travail en psychiatrie
Sous-thèmes Vocabulaire utilisé	Environnement socio-familial de l'enfant <i>Enfant, petit, confronter, situation, parent, familial, famille, recevoir, pression, éducation, domicile</i> Contraintes structurelles <i>Secteur, lieu, structure, CMP^a, accueillir, accueil, place, délai, confronter, suivre</i> Interactions avec le réseau de soins <i>Secteur, CMP, hôpital, pédiatrie, suivre, scolaire, solliciter, intervenir, psycho, CATT^b</i>	Formation des professionnels de santé <i>Qualité, soin, professionnel, formation, personnel, penser, connaissance, capacité, utile</i> Dimension relationnelle <i>Liaison, relation, mouvement, participe, égard, équipe, regard, bienveillant, personnel</i>	Rôle du médecin-gestionnaire <i>Management, position, chef, prendre, décision, règle, directeur, cadre</i> Perte de sens du travail <i>Administratif, impression, individu, collectif, règle, parler, valeur</i> Satisfaction au travail <i>Venir, boulot, envie, content, bosser</i>	Aspects médico-légaux <i>Contrainte, certificat, signer, traiter, hospitalisation, garde, loi, marquer, mot, dossier, pratique, juge, perdre, liberté, couvrir, pratique, époque, condamner</i> Violence <i>Danger, agressif, frapper, taper, sédation, contenu, chambre, isolement, peur</i>

a : Centre Médico-Psychologique.

b : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps partiel.

Tableau II : Illustration du thème 1 et des sous-thèmes par des extraits issus de l'analyse des entretiens

Thème 1		Prise en charge médico-sociale du patient	
Sous-thèmes Extraits d'entretiens	Environnement socio-familial de l'enfant	« c'est beaucoup en pédopsy des demandes par rapport à la scolarité, par rapport aussi aux situations familiales, c'est vrai que la famille vit un petit peu une crise (...) les parents divorcent, les familles se recomposent, les enfants sont au milieu, et souvent il y a des complications » (1)	
		« on voit de plus en plus effectivement des familles en difficulté sociale et donc aussi tout ce qui concerne le suivi des enfants placés » (2)	
	Contraintes structurelles	« manque de places par rapport aux structures institutionnelles » (3)	
		« délais d'attente qui sont importants » (4)	
		« si ce n'est pas urgent, c'est de l'ordre de six mois un an d'attente » (5)	
		« on ne dispose pas des locaux » (6)	
		« un manque de temps, un manque de moyens » (7)	
		« cet aspect manque de temps, pression, effectivement je crois avoir le sentiment de ne pas arriver à répondre à toutes les demandes (...) le sentiment d'être un petit peu dispersé, éclaté, de travailler dans différents lieux sans forcément qu'il y ait de lien de continuité » (8)	
	Interactions avec le réseau de soins	« on envisage en CMP ^a à ce moment-là de combiner des soins de rééducation orthophonique ou psychomotrice et un groupe thérapeutique hebdomadaire » (9)	
		« par le biais soit du médecin scolaire, soit de la psychologue scolaire, donc quand les enfants ont des troubles du comportement importants (...) ou voilà, là il y a une pression de ce côté-là et puis aussi par le Conseil général c'est-à-dire les Maisons du Rhône qui (...) reçoivent aussi des familles en difficulté et donc nous sollicitent pour les suivre » (10)	

a : Centre Médico-Psychologique.

Tableau III : Illustration du thème 2 et des sous-thèmes par des extraits issus de l'analyse des entretiens

Thème 2		Qualité des soins	
Sous-thèmes Extraits d'entretiens	Formation des professionnels de santé	« on a besoin que les équipes soient formées, qu'elles soient formées de façon cohérente à des choses qui sont adaptées à leur vrai besoin de formation » (1)	
		« je pense que ça dépend en premier lieu de l'implication des soignants, tout à l'heure je disais que j'ai une équipe qui n'est pas très bien formée, mais ils sont tellement impliqués que du coup (...) ça pallie un peu à ce manque de formation » (2)	
	Dimension relationnelle	« la disponibilité du professionnel, de sa bienveillance, de ses compétences, de l'équipe qui l'entoure et du fonctionnement institutionnel dans lequel il travaille et de la communication qui existe entre les différents professionnels » (3)	
		« la qualité des soins elle est aussi garantie par la qualité des liaisons avec les équipes partenaires, ça c'est sûrement une vraie difficulté, on est dans des institutions qui ont des mandats différents et qui ne sont pas faites pour communiquer ensemble » (4)	
		« cette qualité de la relation n'est pas exclusivement la qualité de la relation soignante (...) elle ne peut pas être isolée de la qualité de la relation soignante, de la qualité de la relation au sein d'une équipe, et de la relation avec les collègues » (5)	

le contexte actuel de crise socio-économique. Cet élargissement des limites de la spécialité et la banalisation des soins psychiatriques augmentent ainsi considérablement la charge de travail [6]. La difficulté croissante, pour les pédopsychiatres interrogés, à répondre à toutes les demandes et la pression ainsi engendrée sont mises en évidence par les fréquentes co-occurrences des mots : *famille, recevoir, pression*.

Les contraintes d'ordre structurel sont soulignées par des mots tels que *secteur, lieu, structure, CMP, accueillir, place,*

*déla*i. Certains psychiatres exerçant en CMP rapportent un « *manque de places par rapport aux structures institutionnelles* », et de ce fait « *des délais d'attente qui sont importants* » (tableau II, réf. 3 et 4). D'autres dénoncent un manque de locaux (tableau II, réf. 6) ou bien des locaux vétustes ou inadaptés. Beaucoup évoquent également « *un manque de temps, un manque de moyens* » (tableau II, réf. 7). Or, la psychiatrie est une spécialité fondée sur la relation à l'autre où l'accompagnement du patient prend une place considérable dans le soin. Ce manque de temps conduit à un

Tableau IV : Illustration du thème 3 et des sous-thèmes par des extraits issus de l'analyse des entretiens

Thème 3		Exercice dans le système hospitalier public	
Sous-thèmes Extraits d'entretiens	Rôle du médecin-gestionnaire	« (...) je fais beaucoup moins de clinique que de travail de responsabilité (...) » « moi j'ai plus, là il me semble, évoqué des affaires de management, que l'on n'apprend pas, qu'on ne nous apprend pas »	(1) (2)
	Perte du sens du travail	« progressivement, on en devient plus ou moins prestataire de services au lieu d'être, on va dire, un élément moteur de la politique de soins »	(3)
		« je ne me prive pas de le dire aux visiteurs de l'HAS ^a qui viennent nous certifier, je pense qu'à un moment donné, à force de vouloir tout codifier, on a perdu un certain bon sens et on n'accepte plus de prendre des risques et soigner c'est prendre un risque »	(4)
		« le poids de l'administratif et des papiers à rendre et (...) des formulaires (...) aussi prend sur le temps clinique. Donc c'est vraiment conjoncturel mais pénible, parce qu'avant tout on est médecin »	(5)
	Satisfaction au travail	« je suis satisfaite de venir travailler » « je suis très contente de ce que je fais. C'est fatigant mais c'est bien »	(6) (7)

a : Haute Autorité de santé.

Tableau V : Illustration du thème 4 et des sous-thèmes par des extraits issus de l'analyse des entretiens

Thème 4		Spécificité du travail en psychiatrie	
Sous-thèmes Extraits d'entretiens	Aspects médico-légaux	« je n'ai pas d'avis favorable ou défavorable par rapport à la loi mais c'est sûr, ça a influencé la pratique »	(1)
		« passer devant le juge, déjà c'est extrêmement compliqué, souvent ils ne comprennent pas, alors on explique bien que c'est sur (...) la forme (...) plus que sur le fond, mais déjà ça, ce n'est pas évident »	(2)
		« le certificat médical initial de SDRE ^a n'a pas été suffisamment étayé, bien que l'hospitalisation était tout à fait justifiée et que la mise sous traitement était tout à fait justifiée, mais il a été condamné un truc symbolique »	(3)
	Violence	« c'est une violence faite au patient que de le contenir (...) »	(4)
		« j'ai eu à subir des agressions où j'ai toujours trouvé un moyen de gérer la situation de crise, sauf une fois quand j'étais interne »	(5)

a : Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État.

sentiment de disponibilité moindre et de pression supplémentaire (tableau II, réf. 8). Selon l'enquête santé et satisfaction des médecins au travail (SESMAT), le manque de temps pour parler au patient apparaît relié à l'épuisement professionnel des psychiatres [5]. Des études concernant l'hôpital psychiatrique montrent que les moyens attribués au système de soins s'amenuisent (réduction du nombre de lits, du nombre de soignants, etc.) tandis que paradoxalement la charge de travail s'alourdit [6, 17, 18].

Le développement de l'extra-hospitalier induit pour les médecins une activité multi-sites plus fréquente avec une multiplication de partenaires médicaux, paramédicaux et sociaux [6]. Ces interactions avec le réseau de soins sont caractérisées par des mots comme *secteur, CMP, hôpital, pédiatrie, suivre, scolaire, solliciter, intervenir* (tableau II, réf. 9 et 10). Ce travail multi-sites est à l'origine d'une réduction des pauses-repas et multiplie par deux la survenue de l'épuisement professionnel [5].

Qualité des soins

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la qualité des soins se définit comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques, qui lui assure le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour la plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » [24]. Cependant, des études réalisées auprès du personnel hospitalier sur la signification et la mesure de la qualité des soins soulignent l'absence de définition unique et la différence de représentation entre encadrants et soignants [25, 26]. Pour ces derniers, la qualité des soins est centrée sur les aspects relationnels et inscrite dans une pratique collective professionnelle.

Les mots *qualité, soin, professionnel, formation, personnel, connaissance, utile* se réfèrent à la formation des professionnels de santé. Certains psychiatres évoquent le manque de formation de l'équipe infirmière (tableau III, réf. 1). L'enquête PRESST-NEXT fait état également de ce ressenti d'une déficience de formation du personnel paramédical en psychiatrie, en lien notamment avec la disparition depuis 1992 du diplôme infirmier de secteur psychiatrique. Ce ressenti est exprimé aussi bien par les infirmiers que par la hiérarchie [17]. Cependant, un des psychiatres interrogés déclare que ce manque de formation peut être compensé dans certains cas par l'investissement du soignant (tableau III, réf. 2). Afin d'améliorer la formation infirmière, une nouvelle formation initiale (1^{re} promotion 2009-2012) doit être évaluée en tenant compte de son impact sur la qualité des soins [27].

Tous les psychiatres évoquent la dimension relationnelle en employant des mots tels que *liaison, relation, mouvement, participe, égard, équipe, regard* (tableau III, réf. 3 et 4). L'importance de la relation soignant-soigné, avec les places primordiales de l'écoute et de l'échange, est rapportée dans toutes les études concernant les conditions de travail en psychiatrie [5, 6, 17, 18]. Les soignants déplorent la rationalisation du temps au détriment du relationnel. Leur perception globale est celle d'une détérioration de la qualité des soins et de la relation soignant-soigné [18, 28]. Certains dénoncent l'évolution de la conception du soin de « la relation humaine soignant/soigné » à une conception « efficacité » [29]. En outre, comme le signale l'un des psychiatres de l'étude, la relation soignant-soigné ne peut être dissociée de la relation soignant-soignant (tableau III, réf. 5). L'enquête SESMAT montre que la survenue de l'épuisement professionnel est doublée en cas de relations interpersonnelles hostiles ou tendues dans l'équipe et quasiment multipliée par trois lorsque la qualité du travail d'équipe est déclarée faible [5]. Les possibilités d'échange dans l'équipe apparaissent déterminantes, notamment sous leur modalité informelle. Les psychiatres de notre étude déplorent ainsi la disparition progressive de ces temps informels. Ceux-ci aident en effet à diluer une part du stress chronique en permettant les décharges émotionnelles autant que les réassurances en cas de difficultés rencontrées [5].

Exercice dans le système hospitalier public

Les trois chefs de pôle interrogés évoquent leur nouvelle fonction de responsable de gestion (tableau IV, réf. 1) instituée lors de la création des pôles d'activités par la réforme

de la Nouvelle gouvernance hospitalière puis le Plan Hôpital en 2007. Dans notre étude, des mots tels que *management, position, chef, prendre, décision, directeur, cadre* se rapportent au rôle du médecin-gestionnaire. Cette fonction dépasse à présent le seul champ de la médecine du fait de l'introduction d'outils gestionnaires et du phénomène de « managérialisation » à l'hôpital public [30]. L'émergence d'un nouvel équilibre entre pouvoir médical et pouvoir gestionnaire [31] renforce les mécanismes de domination entre médecins et gestionnaires [32]. Ceci s'ajoute aux contraintes rencontrées par l'activité psychiatrique depuis la loi de 1990, en particulier la difficulté de délimiter les tâches des institutions et des professionnels ainsi que la relation entre l'offre de soins des établissements et la permanence des soins.

La rationalité économique et la culture du résultat envahissent l'activité de soins et prennent le pas sur les relations humaines [18]. Les réformes instaurées cette dernière décennie sont associées pour beaucoup de soignants à une certaine perte de sens du travail (tableau IV, réf. 3), illustrée dans leurs propos par les mots *administratif, impression, individu, collectif, règle, parler, valeur*. Les nouvelles démarches de qualité et de certification représentent une vision des soins qualifiée de procédurale par les soignants en psychiatrie (tableau IV, réf. 4). Ce système n'évalue pas le processus réel du travail et oublie la subjectivité et la compréhension de l'autre [33]. Cette représentation est en contradiction avec leur propre conception, centrée sur le temps, la disponibilité et le relationnel [18]. Ces procédures introduisent une prescription du travail de plus en plus individualisée. Elle va ainsi à l'encontre de la culture du personnel soignant car perçue comme aboutissant à la dislocation du collectif de travail et à la remise en cause des valeurs associées à l'identité professionnelle [34]. La part de temps consacrée à l'activité administrative augmente (tableau IV, réf. 5) au détriment de l'écoute du patient, contribuant à l'augmentation des situations de violence, qui sont plus difficilement anticipées. Cette organisation crée un décalage entre « prescrit et réel » formant un environnement porteur de violence [35]. Aussi, bien que les changements organisationnels n'affectent pas spécifiquement le secteur psychiatrique, ils ont cependant un retentissement plus fort dans des situations déjà porteuses de violence [18]. La perte de sens du travail constitue un facteur de risque de l'épuisement professionnel [18]. Dans ce cadre, de nombreuses résistances à la culture du résultat apparaissent en psychiatrie [36].

Historiquement, des glissements de tâches s'opèrent fréquemment en service de psychiatrie. Des études récentes ont mis en évidence une réduction des possibilités de

coopération notamment entre catégories professionnelles au sein des équipes de psychiatrie par l'introduction de la division formalisée du travail [37]. Les soignants n'ont plus la possibilité de construire les « savoir-faire de prudence » essentiels dans la prévention des situations de crise [18].

Néanmoins la plupart des psychiatres interrogés sont satisfaits de leurs activités professionnelles, comme l'attestent les mots *venir, boulot, envie, content, bosser* (tableau IV, réf. 6 et 7). La satisfaction professionnelle serait un facteur protecteur de l'épuisement professionnel [8, 38]. La conservation d'un état de satisfaction au travail est souvent rapportée dans les études concernant les psychiatres hospitaliers malgré un niveau d'épuisement professionnel parfois avancé [6, 39].

Spécificité du travail en psychiatrie

Dans cette étude, l'influence des nouvelles réglementations sur la pratique quotidienne est évoquée par les psychiatres (tableau V, réf. 1 et 2). Les aspects médico-légaux sont caractérisés par les mots *mettre, mot, marquer, dossier, traiter, loi, pratique, lever, contrainte, juge, perdre, liberté, signer*. Une étude réalisée six mois après l'application de la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, montre que cette dernière apporte certains avantages mais aussi des difficultés : articulation entre univers médical et judiciaire complexe, manque de moyens, certificats médicaux trop nombreux, etc. [40, 41]. Les mots *couvrir, époque, condamner, certificat* sont utilisés pour évoquer certaines situations ayant été vécues par des confrères (tableau V, réf. 3). L'enquête PRESST-NEXT indique que les nouvelles directives législatives et réglementaires afférentes aux droits des malades et aux obligations des structures de soins laissent place à la judiciarisation et aux conflits avec les usagers, amplifiant ainsi le risque médico-légal [17].

La violence est caractérisée par des mots tels que *danger, agressif, frapper, taper, sédation, contenu, chambre, isolement, peur*. Sont citées à la fois les situations violentes que peuvent vivre certains patients (tableau V, réf. 4) et celles vécues par les soignants (tableau V, réf. 5). En psychiatrie, le risque d'exposition à des situations de violence est élevé. Cependant, il existe une certaine forme de tolérance de la part des praticiens. En effet, ils attribuent cette violence à la maladie mentale et non directement au patient. Cette tolérance constitue un élément non négligeable du stress vécu au travail [42].

Limites de l'étude

L'interprétation des résultats de cette enquête doit rester prudente, la faible taille de l'échantillon ne le rendant pas représentatif de l'ensemble des psychiatres hospitaliers. Le choix d'entretiens semi-directifs réalisés par un seul enquêteur peut comporter un biais lié à la directivité. Toutefois, la part de subjectivité dans l'interprétation des entretiens a pu être réduite par l'utilisation du logiciel Alceste. Comme pour toute étude qualitative, ce n'est pas la représentativité de la population qui a été souhaitée mais celle de la diversité des situations (âge, sexe, secteur) [19, 20]. Celle-ci a été augmentée en réalisant les entretiens sur deux établissements différents. Des facteurs de confusion comme le fait de travailler exclusivement en secteur ouvert ou fermé ou bien en CMP ou en milieu carcéral n'ont pas été choisis car la majorité des psychiatres de ces établissements travaillaient dans plusieurs services à la fois. De même, la spécialité en addictologie n'a pas été retenue. Ces caractéristiques sont néanmoins à étudier et pourront faire l'objet d'une enquête ultérieure.

Conclusions

Il apparaît au travers des entretiens des psychiatres que parmi les éléments à améliorer en priorité figurent une organisation du temps de travail favorisant l'écoute des patients, les échanges interprofessionnels, notamment au cours de moments informels ainsi que la formation du personnel paramédical en psychiatrie. Ce travail a permis d'élaborer un questionnaire spécifique qui pourra être appliqué à une plus large population de psychiatres hospitaliers.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Remerciements

Nous tenons à remercier tous les psychiatres qui ont participé à l'étude. Nous remercions pour leurs conseils le Professeur Naudin et les Docteurs Samuelian et Zendjidjian ainsi que Madame Chianese, psychologue.

Références

- Dupuis G, Martel JP, Voirol C, Bibeau L, Hébert-Bonneville N. La qualité de vie au travail : bilan des connaissances [Internet]. CLIPP ; 2009. Available from: <<http://www.clipp.ca>>.
- Gollac M, Bodier M, eds. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Paris : Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail ; 2011.
- Haute Autorité de santé (HAS). Actes du séminaire « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé ». La Plaine Saint-Denis : HAS ; 21 octobre 2010.
- Donato J. Une perception dégradée des conditions de travail. Santé & Travail. 2009;(66).
- Estryn-Behar M, BraudoMH, Fry C, Guetarni K. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). L'information psychiatrique 2011;87:95-117.
- Wiertz R. Psychiatres et *burnout* ? : Étude de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel auprès des psychiatres hospitaliers du Nord Pas De Calais. Thèse de Doctorat en Médecine, Université du droit et de la santé Lille 2, 2012. 224p.
- Kumar S. Burnout and psychiatrists: what do we know and where to from here? Review. Epidemiol Psychiatr Sc. 2011;20(4):295-301.
- 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.
- Umene-Nakano W, Kato TA, Kikuchi S, Tateno M, Fujisawa D, Hoshuyama T, et al. Nationwide Survey of Work Environment, Work-Life Balance and Burnout among Psychiatrists in Japan. PLoS One. 2013;8(2):1-8.
- Korkeila JA, Töyry S, Kumpulainen K, Toivola JM, Räsänen K, Kalimo R. Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: a national survey. Scand J Public Health. 2003;31:85-91.
- 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.
- Rich CL, Pitts FN Jr. Suicide by psychiatrists: a study of medical specialists among 18,370 consecutive physician deaths during a five-year period, 1967-1972. J Clin Psychiatry. 1980;41(8):261-3.
- Chocard AS, Juan F. Suicide et tentatives de suicide chez les médecins. La lettre du Psychiatre. 2007;3(1-2):10-3.
- 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(1):54-65.
- Kumar S. Burnout in psychiatrists. World Psychiatry. 2007;6(3):186-9.
- Rössler W. Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2012;262(Suppl 2):565-9.
- Estryn-Behar M, Duville N, MeniniNL, Le Foll S, Le Nezet O, Bocher R. Mots à maux... Expression de la souffrance des soignants en psychiatrie. Étude comparative en France et dans 3 autres pays européens. Annales Médico Psychologiques. 2006;164:732-48.
- Cintas C. Pénibilité du travail en hôpital psychiatrique. Pistes. 2009;11(1):1-17.
- Britten N. Qualitative interviews in medical research. BMJ. 1995;311(6999):251-3.
- Brod M, Tesler LE, Christensen TL. Qualitative research and content validity: developing best practices based on science and experience. Qual Life Res. 2009;18(9):1263-78.
- Lepège A, Coste J. Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie- méthodes et applications. Paris : Éditions ESTEM ; 2001.
- Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes – L'entretien. 2^e éd. Paris : Éditions Armand Colin, Collection 128 ; 2007.
- Reinert M. Les mondes lexicaux et leur logique à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars. Langage et société. 1993;66(1):5-39.
- Roemer MI, Montoya-Aguilar C, World health organization. Quality assessment and assurance in primary health care. Geneva: WHO Offset Publication, Report No.105; 1988.
- Or Z, Com-Ruelle L. La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? Paris : IRDES, DT n° 19 ; 2008.
- Claveranne JP, Vinot D, Fraisse S, Robelet M, Candel D, Dubois D, et al. Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé. Paris : Centre national de la recherche scientifique, Rapport de recherche GRAPHOS-CNRS, LCPE/LNST-CNRS ; 2003.
- Ministère chargé de la santé, Ministère chargé des solidarités. Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Paris : les ministères. Available from: <www.sante.gouv.fr>.
- Douguet F, Munoz J, Leboul D. Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Série Études n° 48 ; 2005.
- Brient P. Les effets de la formation sur site auprès des soignants d'unités en psychiatrie générale : bilan d'une expérience. Pratiques Psychologiques. 2007;13(4):459-64.
- Burellier F. Être ou ne pas être médecin-gestionnaire ? Étude de la transition vers le rôle de responsable de pôle au sein des hôpitaux publics français. Thèse de Doctorat de l'Université de Grenoble, spécialité sciences de gestion, Centre d'études et de recherches appliquées à la gestion (CERAG), École doctorale de sciences de gestion de Grenoble ; 2011. 421p.
- Vallet-Armellino M. Tomber juste. Des effets sur la clinique des nouvelles normes de gestion de la psychiatrie. Nouvelle revue de psychosociologie (Édition ERES). 2007;(4):143-59.
- Sainsaulieu I. La communauté des soins en question. Paris : Éditions Lamarre ; 2006.
- Institut de psycho dynamique du travail au Québec. Espace de réflexion et espace d'action : enquêtes en psycho dynamique du travail au Québec. Québec : Presses Universitaires de Laval ; 2006.
- Collectif infirmier (2007). À l'écoute de la folie avec un collectif d'infirmiers en psychiatrie. Nouvelle revue de psychosociologie. 2007;(4):159-81.
- Dejours C. Travaux préparatoires du Plan violence et santé. Paris : Commission Violence, travail, emploi, santé, Conseil économique et social ; 2005.
- Borgès Da Silva G. La qualité des soins en hôpital psychiatrique : revue de littérature et perspectives. Santé Publique. 2003;15(2):213-22.

37. Douguet F, Munoz J. Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, rapport n° 48 ; 2005.
38. Fischer J, Kumar S, Hatcher S. What makes psychiatry such a stressful profession? A qualitative study. *Australas Psychiatry*. 2007; 15(5):417-21.
39. Kumar S, Fischer J, Robinson E, Hatcher S, Bhagat RN. Burnout and job satisfaction in New Zealand psychiatrists: a national study. *Int J Soc Psychiatry*. 2007;53(4):306-16.
40. République Française. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. *JORF*. 6 juillet 2011;(0155):11705, texte n° 1.
41. Cambier G, Bougerol T, Micheletti P. Enquête qualitative sur la loi du 5 juillet 2011 en psychiatrie. *Santé Publique*. 2013;25(6): 793-802.
42. Deleplancque N, Fabian M, Quievreux JL, Masurel I, Vandamme M, Caby MJ, *et al.* Stress, Violence externe et interprofessionnelle : Étude de risques psychosociaux au sein de quinze fonctions proches du soin en psychiatrie. Étude multicentrique dans 3 EPSM du Nord de la France (Armentières Bailleul Saint André) [Internet]. 2009. Available from: <<http://www.santementale5962.com>>.

Annexe : Guide d'entretien

- Que pouvez-vous me dire sur vos conditions de travail actuelles ?
- Quand vous êtes au travail, que ressentez-vous ?
- Est-ce que vous rencontrez des difficultés dans votre exercice ?
- Quel est l'impact de l'organisation de travail sur votre façon de travailler ?
- Dans votre activité, quelles sont vos responsabilités ?
- Selon vous, de quoi dépend la qualité des soins ?
- Que pouvez-vous me dire sur vos relations au travail en général ?
 - Avec votre hiérarchie
 - Avec les médecins
 - Avec les administratifs
 - Avec vos pairs
 - Avec les paramédicaux
- Que pouvez-vous me dire sur vos relations avec les patients et leur entourage ?
- Que pensez-vous du lien entre votre vie professionnelle et votre vie personnelle ?
- Comment évaluez-vous l'influence de votre travail sur votre santé ?
- Que préconiseriez-vous pour améliorer votre qualité de vie au travail ? Et pour améliorer la qualité de vie au travail des autres ?
- Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Assessment of quality of work life in healthcare settings: which concept to use?

Gauthier Bellagamba ^{1,2}, Rafael Alcaraz-Mor ^{1,2} and Marie-Pascale Lehucher-Michel ^{1,2,*}

¹ APHM, Groupe hospitalier Timone, Service de médecine et santé au travail, 13385, Marseille, France

² Aix-Marseille Univ, SPMC EA 3279, 13385, Marseille, France

* Corresponding author

Marie-Pascale Lehucher-Michel, AP-HM, Groupe hospitalier Timone, Service de médecine et santé au travail, 264 rue St Pierre 13385 Marseille cedex 05, France

Phone : 04.91.38.50.90 / Fax : 04.91.38.48.17

E-mail : marie-pascale.lehucher@ap-hm.fr

Abstract:

At present, there is no guideline for deciding which concept to use for quality of work life (QWL) healthcare professionals assessment. This paper proposes to clarify the use of 5 concepts associated with QWL in articles from biomedical and psychology research on healthcare settings over the last 40 years. Two literature searches were performed on bibliographic databases MEDLINE and APA (American Psychological Association). Requests have associated descriptors of professionals from healthcare settings with the studied concepts keywords. The complete query extracted 16,974 articles from MEDLINE and 5,503 from APA. The notion of "Quality of work life" is used in 1.0% of total articles listed by PubMed request and 1.7% in PsycInfo. "Job satisfaction" is used in respectively 61.3% and 31.5% of articles, "Job stress" in 9.7% and 40.1% of articles, "Burnout" in 26.9% and 24.5% of articles, "Quality of life associated with occupational health" in 1.1% and 2.2% of articles. For performing an original research on healthcare professionals QWL, investigators can use Job satisfaction, Job stress and Burnout concepts if they need to study a specific subpopulation. In other cases, they can promote the less-used concepts.

Keywords: Grounded theory; Interprofessional outcomes; Prevention; Job Satisfaction; Stress, Psychological; Burnout, Professional; Quality of Life

Acknowledgments

None.

Declaration of Interest

The authors report no conflicts of interest.

Introduction: In social science and humanities, concept of quality of work life (QWL) naturally emerged from the wish of companies to better appraise the adaptation of work to humans (Goode, 1989). However, for nearly 40 years this concept has no consensus among authors. It has undergone many changes since its emergence, involving an ambiguity as to its definition (Nadler & Lawler 1983). First, the term QWL has been identified as a tool for dialogue between employers and employees (Goode, 1989). Then it was used to refer to an evaluation method for assessing employee needs (Alderson, 2004). Then, some researchers have preferred to promote QWL as a movement for a positive approach to work (Martel & Dupuis 2006).

Beyond these differences, authors have recently established that QWL is an individual's perception of his position and his ability to act in the cultural, organizational and relational spheres of the company (Dupuis, Martel, Voirol, Bibeau, & Hébert-Bonneville. 2009). In practice, 5 concepts are commonly associated in the literature with QWL (Martel and Dupuis 2006): a) Quality of work life, b) Job satisfaction, c) Job stress, d) Burnout and e) Quality of life related to occupational health. However, there is no guideline for deciding which concept to use.

Clarification of the use of these concepts seems necessary to select the measuring instrument most suited to the context that we want to study. Thus we identified published articles on QWL in healthcare settings over the last 40 years in the areas of biomedical research and psychology.

Methods: Two literature searches were performed on bibliographic databases MEDLINE and APA (American Psychological Association) through PubMed and PsycInfo search engines. Each request was built in two sections. The first section deals with professionals from healthcare settings. The second section contains the keywords of the five main concepts studied (Table 1). The publication period is 1976-2015. MeSH terms were used to query MEDLINE (National Library of Medicine, 1998). Only reviewed journals were selected within PsycInfo. A same journal can be referenced in both MEDLINE and APA, query results have not been added up.

Results: For the last 40 years, 433,363 articles in PubMed and 113,891 in PsycInfo concern workers in healthcare settings. A total of 30,426 articles in PubMed and 35,427 in PsycInfo deal with the five main concepts associated with QWL. Finally, our complete query extracted

16,974 articles from MEDLINE and 5,503 from APA. Evolution of the number of articles indexed in PubMed and PsycInfo per decade for each of the five main studied concepts in healthcare settings is presented in Table 1.

With the descriptor "quality of work life", 188 articles are listed in PubMed (1.0% of total articles listed by the query) and 133 in PsycInfo (1.7% of total). "Job satisfaction" is associated with 12,091 articles in PubMed (61.3%) and 2,546 in PsycInfo (31.5%), "Job stress" with 1,915 articles in PubMed (9.7%) and 3,233 in PsycInfo (40.1%), "Burnout" with 5,315 articles in PubMed (26.9%) and 1,978 articles in PsycInfo (24.5%) and "Quality of life associated with occupational health" with 211 articles in PubMed (1.1%) and 178 articles in PsycInfo (2.2%).

Articles involving professionals in healthcare settings concern 67.5% of articles dealing with job satisfaction in PubMed and 10.5% in PsycInfo, 40.9% of articles dealing with job stress in PubMed and 24.4% in PsycInfo, 28.0% of articles dealing with burnout in PubMed and 33.1% in PsycInfo, 59.7% of articles dealing with QWL in PubMed and 12.1% in PsycInfo, 28.0% of articles dealing with quality of life associated with occupational health in PubMed and 17.4% in PsycInfo.

In PubMed, among all articles dealing with professionals in healthcare settings, the proportion of articles focusing on the concepts associated with QWL has doubled in the last 40 years (from 2.1% between 1976-1985 to 4.4% between 2006-2015). In PsycInfo this proportion which averages 5.18% of published articles has remained relatively stable over the last 40 years.

Discussion: The term QWL was promoted at the international conference on democratization of labor in New York (USA) in September 1972. QWL concept was presented as aggregating four aspects: physical integrity, mental integrity, development of social dialogue and a work-life - life outside of work (Davis & Cherns, 1975). A weak use has been made of QWL concept by researchers in the biomedical disciplines and psychology. The main explanation is that unlike other concepts, QWL did not have for more than 30 years a validated instrument for its measurement. It's only in 2001 that researchers propose an initial evaluation QWL questionnaire (Sirgy et al., 2001) then 2008 that a second questionnaire was developed (Timossi, Pedroso, Francisco, & Pilatti, 2008). In addition, some QWL questionnaires currently validated are translated in very few languages.

In PubMed, 47.9% of articles referencing QWL descriptors also associate job satisfaction concept. This trend is also observed in PsycInfo, with a lower proportion (37.6%). The concept of job satisfaction appeared for the first time in 1971 in referenced articles. It took a prominent place since 1976 and is currently involved in half of all articles published in the field of QWL. In the literature, 55.8% of biomedical articles and 15.6% of psychology articles studying

concepts associated with QWL focus on professionals in healthcare settings. The greater recognition of job satisfaction concept in healthcare settings by biomedical authors may be explained by that many psychologists like Trist & Wesley (1981) think that this concept is not suitable for the measurement of QWL. Satisfaction corresponds to a psychological condition resulting from the difference between the situation in which a person finds himself or herself and the situation in which that person wishes to be (Locke, 1976). Psychologists consider that the measure of this difference would place the satisfaction in a continuum, as defined in the cognitive behavioral therapy, which would make it inappropriate to assess the dynamic concept of QWL (Martel & Dupuis, 2006).

Our results are consistent with the idea, supported by Lawler (1975), that job satisfaction is a mainstay of QWL and stress a secondary pillar. In PsycInfo, job stress concept is studied in 27.0% of articles referencing descriptors of QWL versus 9.6% in Pubmed. If job stress concept is mostly used by psychology authors, the main reason could be that some instruments are developed measuring job stress in psychology area. These are primarily designed from two models: the interactional model that is based on the principle of balance between constraints suffered and resources available for the individual (Karasek, 1979) and the transactional model in which stress is dependent on the subjective cognitive judgment that arises from the interplay between the person and the environment (Lazarus & Folkman, 1984). On the other hand, there is no specific instrument to measure stress in the clinical sense considered a set of physical reactions, including physiological, designed to adapt to the constraints suffered (Fischer & Tarquinio, 2006).

The concept of burnout, which appeared in 1974 (Freudenbergn, 1974) and has disposed of a measuring instrument in 1981 (Maslach & Jackson, 1981), has quickly positioned itself as the second most used concept by all the authors. Burnout whose etiology is well understood in the biomedical research field has a high use, especially because this concept was initially developed for healthcare workers (Maslach & Jackson, 1982).

The concept of quality of life associated with occupational health is poorly used in the articles of the two research fields. The questionnaires for assessing the quality of life in the general population deal with very large areas of life (Leplège & Coste, 2001). Thus, their sensitivity to changes in working conditions is very low and does not allow their common use in the workplace.

According to Phillips & Pugh (2010) for performing original researches, a study has to propose: a) carrying out empirical work that hasn't been done before; or b) making a synthesis that hasn't been made before; or c) adding to knowledge in a way that hasn't been done before; or d) trying out something that has previously only been done abroad; or e) using already known material but with a new interpretation. Thus, the results of this survey guide investigators through the

design of its own research. Either he chooses to apply one of the three major concepts (Job satisfaction, Job stress, Burnout) in a specific environment or on a specific subpopulation, either he decides to investigate the less-used concepts (Quality of work life, Quality of life associated with occupational health) to promote understanding of these concepts.

Conclusion: Finally, the important place of studies on healthcare professionals in literature dealing with the five QWL concepts in PubMed is obviously directly related to the fact that biomedical researchers are working in health facilities and have easier access to the populations of care. While psychology authors emphasize the job stress concept to assess QWL of personal health care environment, biomedical sciences authors promote job satisfaction. On the other hand, the concept of burnout appears to have a consensus. Thus, if investigators need to study a specific environment or subpopulation it will be pertinent to use one of the three major concepts. In the other cases, they can investigate the less-used concepts to promote their understanding. An analysis of the main instruments used to assess QWL and associated concepts seems necessary in healthcare settings.

References:

Alderson, M. (2004). [The psychodynamics of work and the stress paradigm: a sound and useful complementarity in favor of the development of knowledge in occupational health field]. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 261-280.

Davis, LE., Cherns, AB. (1975). The quality of working life, Vols. 1 and 2. *New York: Free Press*.

Dupuis, G., Martel, JP., Voirol, C., Bibeau, L., Hébert-Bonneville, N. (2009). [The quality of work life: Knowledge assessment]. *Montréal: Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales*.

Fisher, GN., Tarquinio, C (2006). [The basic concepts of health psychology]. *Paris: Dunod*.

Freudenberger, HJ. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159–165.

Goode, DA. (1989). Quality of life, quality of work life. in Kiernan, WE., Schalock, RL. (eds.), *Economics, Industry and Disability: A Look Ahead (Paul H. Brookes, Baltimore)*, 337–349.

Karasek, RA. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285 – 308.

Locke, EA. (1976). The nature and causes of job satisfaction, in Dunnette, MD. (ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (Rand-McNally, Chicago), 1279–1349.

Lawler, EE. (1975). Measuring the psychological quality of working life: The why and how of it', in Davis, LE., Cherns, AB. (eds.). *The Quality of Working Life, Vol. 1* (Free Press, New York), 123–133.

Lazarus, RS., Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. *New York: Springer*.

Leplège, A., Coste, J. (2001). [Perceptual Health and Quality of Life measurement: Methods and Applications]. *Éditions ESTEM*.

Martel, JP., Dupuis, G. (2006). Quality of work life: theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument. *Social Indicators Research, 77*, 333–368.

Maslach, C., Jackson, SE. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour, 2*, 99–113.

Maslach, C., Jackson, SE. (1982). Burnout in health professionals: a social psychological analysis. In: Sanders G, Suls J editors. *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Lawrence A. Erlbaum Associates.

Nadler, DA., Lawler, EE. (1983). Quality of work life: Perceptions and direction. *Organizational Dynamics, 11*(3), 20–30.

National Library of Medicine. (1998). PubMed: Truncation, Automatic Explosion, Mapping, and MeSH Headings. *NLM Technical Bulletin, 302*.

Phillips, E., Pugh, SD. (2010) How to get a PhD: A handbook for students and their supervisors (5th Edition). *Buckingham: Open University Press*.

Sirgy, MJ., Efraty, D., Siegel, P., Lee, DJ. (2001). A New Measure of Quality of Work Life (QWL) Based on Need Satisfaction and Spillover Theories. *Social Indicators Research, 55*(3), 241–302.

Timossi, L., Pedroso., B, Francisco., A, Pilatti, L. (2008). Evaluation of quality of work life: An adaptation from the walton's QWL model. *Proceedings of the 14th International Conference on Industrial Engineering and Operations Management*, October 13-16, 2008, Rio de Janeiro, Brazil.

Trist, E., Westley, WA. (1981) [The quality of work life in the Federal Public Service]. *Ottawa: Travail Canada*.

Table 1: Evolution of the number of articles in PubMed and PsycInfo per decade for each of the five main studied concepts in healthcare settings

years	1976-1985	1986-1995	1996-2005	2006-2015	TOTAL
PUBMED					
Quality of work life	11	26	49	102	188
Job satisfaction	924	2 023	3 846	5 298	12 091
Job stress	43	224	605	1 043	1 915
Burnout	135	826	1 781	2 573	5 315
Quality of life related to occupational health	0	3	65	143	211
TOTAL	1 078	2 816	5 418	7 662	16 974
PSYCINFO					
Quality of work life	6	16	40	71	133
Job satisfaction	192	386	614	1 354	2 546
Job stress	193	559	786	1 695	3 233
Burnout	90	294	416	1 178	1 978
Quality of life related to occupational health	2	1	18	157	178
TOTAL	369	827	1 247	3 060	5 503

BELLAGAMBA Gauthier

De: onbehalfof+jic.editorialoffice+gmail.com@manuscriptcentral.com de la part de Journal of Interprofessional Care
<onbehalfof+jic.editorialoffice+gmail.com@manuscriptcentral.com>
Envoyé: mercredi 6 juillet 2016 10:32
À: BELLAGAMBA Gauthier
Objet: Journal of Interprofessional Care - Account Created in Manuscript Central

06-Jul-2016

Dear Mr Gauthier Bellagamba:

A manuscript titled Assessment of quality of work life in healthcare settings: which concept to use? (CJIC-2016-0287) has been submitted by Mr Gauthier Bellagamba to Journal of Interprofessional Care.

You are listed as a co-author for this manuscript. The online peer-review system, Manuscript Central, has automatically created a user account for you.

The site URL and your USER ID for your account is as follows:

SITE URL: <https://mc.manuscriptcentral.com/cjic>

USER ID: gauthier.bellagamba@ap-hm.fr

https://mc.manuscriptcentral.com/cjic?URL_MASK=b317109a3de947a382672bf82886523f

Please note that your password is case-sensitive.

When logged into the site you will be able to check the status of papers you have authored/co-authored. Please do log in to <https://mc.manuscriptcentral.com/cjic> to update your account information, and to change your password to one of your choice.

Thank you for your participation.

Sincerely,
Journal of Interprofessional Care Editorial Office

Follow Journal of Interprofessional Care online:

Web - <http://informahealthcare.com/jic>

Facebook - Journal of Interprofessional Care Twitter - JICare

ANNEXES

A. Copie des questionnaires utilisés

ETUDE DE L'IMPACT SUR LE PERSONNEL DU TRANSFERT DES SERVICES DES HÔPITAUX SUD VERS L'HOPITAL NORD

Objectif de l'étude

L'objectif de cette démarche est d'identifier les difficultés que vous pourriez rencontrer sur votre site afin de proposer des solutions visant à améliorer vos conditions de travail.

Modalités pratiques

Un livret, contenant un questionnaire conçu sur la base d'entretiens semi-directifs et des questionnaires standardisés, est distribué à l'ensemble du personnel ayant été transféré des hôpitaux Sud vers l'hôpital Nord.

Si vous acceptez d'y répondre, vous disposez de trente minutes sur votre temps de travail pour le remplir.

Confidentialité et droit d'accès et de rectification

Les données concernant vos habitudes de vie, votre état de santé et vos conditions de travail recueillies grâce au questionnaire ne seront transmises qu'aux personnes responsables de l'étude.

Votre livret est identifié par un numéro permettant d'assurer la confidentialité de vos réponses et sa distribution à l'ensemble du personnel.

Seul votre médecin du travail pourra avoir accès à l'identification de votre livret si vous le souhaitez.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés du 06/01/1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Vous pouvez également accéder directement à l'ensemble de vos données médicales en application aux dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique.

Ces droits s'exercent auprès des médecins responsables de cette étude.

17. Dans quel type de service travaillez-vous ?
 Service médical
 Service chirurgical
 Bloc opératoire
 Service de réanimation / soins intensifs / urgences
 Autre que service de soins

18. Quel est votre temps de travail :
 Temps complet
 Temps partiel : moins de 50% 50% ou plus
 Avez-vous choisi ce temps de travail ? Oui Non

Organisation du travail

	Oui	Non
19. Avez-vous un poste de nuit ?		
20. Faites-vous des astreintes ou des gardes de nuit ?		
21. Vos horaires de travail sont-ils les mêmes tous les jours (ou à peu près) ?		
22. Avez-vous changé d'horaires ou de rythme horaire ?		
23. Connaissez-vous l'horaire de travail que vous aurez à effectuer la semaine prochaine ?		
24. Connaissez-vous l'horaire de travail que vous aurez à effectuer dans le mois à venir ?		

25. Combien de week-end (ou jours fériés) travaillez-vous par mois ?
 Aucun 1 2 ou plus

	Souvent	Parfois	Jamais
26. Vous arrive-t-il de travailler plus longtemps que l'horaire officiellement prévu ?			
27. Disposez-vous d'au moins 48 h consécutives de repos, au cours d'une semaine ?			

	Moins d'1h	Entre 1h et 2h	2h ou plus
28. Quelle était la durée de votre trajet aller-retour avant votre transfert ?			
29. Quelle est, actuellement, la durée de votre trajet aller-retour ?			

	Véhicule personnel	Covoiturage	Transport en commun	Marche à pieds
30. Quel était votre moyen de transport avant le transfert ?				
31. Quel est, actuellement, votre moyen de transport ?				

Travail et santé

	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord
32. Vous arrive-t-il de mal dormir à cause de votre travail ?		
33. Dans l'ensemble, estimez-vous que votre travail est fatigant ?		
	Oui	Non
34. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un ou des arrêt(s) de travail (hors accident de travail ou maternité) ?		
35. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un ou plusieurs accident(s) de travail (hors trajet) ?		
36. Si vous avez eu des arrêt(s) de travail (pour maladie ou accident de travail), combien de temps ont-ils représenté, au total ?	Moins d'1 semaine	Entre 1 semaine et 1 mois
		1 mois ou plus

Le transfert

37. Concernant ce transfert, avez-vous été... ?	Volontaire	Contraint(e)
38. Avez-vous été satisfait(e) de la façon dont l'information sur le transfert vous a été transmise ?	Plutôt satisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)
39. Avez-vous bénéficié de la CLASMO ?	Oui	Non
Si oui , en êtes-vous satisfait(e) ?	Plutôt satisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)
	Oui	Non
40. Avant le transfert, avez-vous visité vos futurs locaux de travail ?		
41. Avant le transfert, avez-vous rencontré le personnel concerné par votre arrivée ?		
	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord
42. L'organisation du déménagement a-t-elle été satisfaisante ?		
43. Vos nouveaux locaux étaient-ils prêts à vous recevoir ?		
Si pas d'accord , ont-ils été rapidement aménagés ?		
44. Avez-vous été bien accueillis par les services voisins ou concernés par votre arrivée ?		
45. Avez-vous été bien accueillis par vos nouveaux responsables (présentation, information, formation...) ?		
Je n'ai pas changé de responsable		
	Oui	Non
46. Depuis votre transfert, les méthodes de travail sont-elles différentes de celles que vous utilisiez avant votre transfert ?		
Si oui , les différentes méthodes de travail ont-elles été harmonisées ?		
47. Avez-vous reçu une formation (nouvelles méthodes de travail...) ?		
48. Depuis votre transfert, comment a évolué votre charge de travail ?	Elle a plutôt augmenté	Elle est restée stable
		Elle a plutôt diminué
49. Etes-vous satisfait du déroulement du transfert dans son ensemble ?	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord
		Ni satisfait ni insatisfait

Conditions de travail

Les questions suivantes concernent vos conditions de travail.

La première partie concerne vos conditions de travail actuelles ; la seconde vos conditions de travail avant votre transfert.

Cochez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous pensez.

Les différentes propositions de réponse sont : « Fortement d'accord », « D'accord », « En désaccord », « Fortement en désaccord ».

Actuellement...	Fortement d'accord	D'accord	En désaccord	Fortement en désaccord
1. Les médecins et les infirmier(e)s ont de bonnes relations de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le cadre infirmier apporte son soutien aux infirmier(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je dispose d'assez de temps et d'occasions pour discuter des problèmes de soins des patients avec les autres infirmier(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Il y a suffisamment d'infirmier(e)s dans l'équipe pour garantir aux patients une bonne qualité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le cadre infirmier est un bon chef d'équipe, un bon manager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le personnel est en nombre suffisant pour faire le travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Il y a beaucoup de travail d'équipe (coordination) entre les infirmier(e)s et les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le cadre infirmier apporte son soutien aux infirmier(e)s lors de prise de décision, même en cas de conflit avec un médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Il y a des moments où les infirmier(e)s et les médecins travaillent ensemble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je suis souvent interrompu(e) au cours des tâches que j'accomplis : sonnette, téléphone, demande d'aide, nouvelle tâche à faire...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Il y a fréquemment des incidents qui viennent déranger la réalisation de mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Les tâches annexes que j'ai à faire gênent mon travail de soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Il y a rarement des rappels sur vacances ou RTT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Il n'y a pas de difficulté à choisir des jours de vacances ou RTT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Il y a suffisamment de temps de chevauchement pour assurer les transmissions lors de la relève	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Il y a suffisamment de temps pour organiser le travail en équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Il est possible de discuter en équipe des difficultés d'ordre psychologique rencontrées dans ma relation de soins avec les malades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je suis consulté(e) lors de l'élaboration du projet de service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. L'équipe partage les mêmes valeurs éthiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. L'équipe partage le même sens de l'excellence du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. L'administration a conscience des difficultés d'exercice du métier de soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. L'administration se donne les moyens d'améliorer la situation des soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avant mon transfert...		Fortement d'accord	D'accord	En désaccord	Fortement en désaccord
23.	Les médecins et les infirmier(e)s avaient de bonnes relations de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Le cadre infirmier apportait son soutien aux infirmier(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Je disposais d'assez de temps et d'occasions pour discuter des problèmes de soins des patients avec les autres infirmier(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Il y avait suffisamment d'infirmier(e)s dans l'équipe pour garantir aux patients une bonne qualité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Le cadre infirmier était un bon chef d'équipe, un bon manager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Le personnel était en nombre suffisant pour faire le travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Il y avait beaucoup de travail d'équipe (coordination) entre les infirmier(e)s et les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Le cadre infirmier apportait son soutien aux infirmier(e)s lors de prise de décision, même en cas de conflit avec un médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Il y avait des moments où les infirmier(e)s et les médecins travaillaient ensemble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	J'étais souvent interrompu(e) au cours des tâches que j'accomplissais : sonnette, téléphone, demande d'aide, nouvelle tâche à faire...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Il y avait fréquemment des incidents qui venaient déranger la réalisation de mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Les tâches annexes que j'avais à faire gênaient mon travail de soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Il y avait rarement des rappels sur vacances ou RTT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Il n'y avait pas de difficulté à choisir des jours de vacances ou RTT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Il y avait suffisamment de temps de chevauchement pour assurer les transmissions lors de la relève	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Il y avait suffisamment de temps pour organiser le travail en équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Il était possible de discuter en équipe des difficultés d'ordre psychologique rencontrées dans ma relation de soins avec les malades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	J'étais consulté(e) lors de l'élaboration du projet de service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	L'équipe partageait les mêmes valeurs éthiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	L'équipe partageait le même sens de l'excellence du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	L'administration avait conscience des difficultés d'exercice du métier de soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	L'administration se donnait les moyens d'améliorer la situation des soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Contraintes mentales au travail

Veillez cocher la case qui correspond le mieux à votre réponse.

Les différentes propositions de réponse sont : « Pas du tout d'accord », « Pas d'accord », « D'accord », « Tout à fait d'accord ».

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles				
2. Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives				
3. Mon travail me demande d'être créatif				
4. Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même				
5. Mon travail demande un haut niveau de compétence				
6. Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail				
7. Dans mon travail, j'ai des activités variées				
8. J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail				
9. J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles				
10. Mon travail me demande de travailler très vite				
11. Mon travail me demande de travailler intensément				
12. On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive				
13. Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail				
14. Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes				
15. Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense				
16. Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard				
17. Mon travail est très « bousculé »				
18. Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail				
19. Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés				
20. Mon supérieur prête attention à ce que je dis				
21. Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien				
22. Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés				
23. Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents				
24. Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt				
25. Les collègues avec qui je travaille sont amicaux				
26. Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien				

Qualité de vie

Les questions suivantes portent sur votre santé. Pour chaque question, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. **Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :**

Excellente Très bonne Bonne Médiocre Mauvaise

2. **Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre-elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel**

Oui, beaucoup limité(e) Oui, un peu limité(e) Non, pas du tout limité(e)

a. **Efforts physiques modérés** tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules

b. Monter **plusieurs étages** par l'escalier?

3. **Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,**

Oui Non

a. Avez-vous **accompli moins** de choses que ce que vous auriez souhaité

b. Avez-vous dû arrêter de faire **certaines** choses

4. **Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel** (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)),

Oui Non

a. Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité

b. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude

5. **Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?**

Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Enormément

6. Les questions suivantes portent sur **comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines**. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. **Au cours de ces 4 dernières semaines**, y a-t-il eu **des moments où** :

En permanence Très souvent Souvent Quelques fois Rarement Jamais

a. vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?

b. vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?

c. vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?

7. **Au cours de ces 4 dernières semaines**, y a-t-il eu **des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel**, vous a gêné(e) dans **votre vie sociale et vos relations avec les autres**, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

En permanence Une bonne partie du temps De temps en temps Rarement Jamais

B. Copie de la grille d'entretien utilisée

Bonjour, je réalise une étude sur la qualité de vie au travail des praticiens des services de psychiatrie. C'est uniquement votre avis, votre opinion qui m'intéresse, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, vous pouvez dire tout ce que vous voulez puisque cet entretien est confidentiel et anonyme. Je vais enregistrer si cela ne vous dérange pas, mais j'effacerai les bandes dès que j'aurai fini mon travail et tout ce qui sera dit ici restera anonyme et confidentiel. Merci de m'accorder un peu de ton temps. On peut y aller, ça va ?

Que pouvez-vous me dire sur vos conditions de travail actuelles ?

- Vous paraissent-elles adaptées à votre activité ?

Quand vous êtes au travail, que ressentez-vous ?

- Et si je vous dis plaisir au travail ?

Est-ce que vous rencontrez des difficultés dans votre exercice ?

- Dans quels cas et pourquoi ?

Quel est l'impact de l'organisation de travail sur votre façon de travailler ?

Dans votre activité, quelles sont vos responsabilités ?

Selon vous, de quoi dépend la qualité des soins ?

Que pouvez-vous me dire sur vos relations au travail en général ?

- avec votre hiérarchie - pourquoi ?
- Avec les médecins- pourquoi ?
- Avec les administratifs- pourquoi ?
- Avec vos pairs- pourquoi ?
- Avec les autres- pourquoi ?

Que pourriez-vous me dire de vos relations avec les patients ?

- *Situations de soins : techniques/relationnels (uniquement pour IDE et AS)*
- Et quand un patient est en isolement ?
- Le fait que ce soit des enfants, adolescents... ?
- Pour vous est-ce qu'il y a des situations particulièrement difficiles ?
- Qu'est-ce que vous éprouvez dans ce cas-là ?
- Vous sentez-vous parfois en insécurité ?

Qu'en est-il de vos relations avec l'entourage des patients ?

Que pensez-vous du ou des lien(s) entre votre vie professionnelle et votre vie personnelle ?

Comment évaluez-vous l'influence de votre travail sur votre santé ?

- Biologique (si ça ne va pas : que faites-vous ?)
- Psychologique (si ça ne va pas : que faites-vous ?)

Que préconiserez-vous pour améliorer votre qualité de vie au travail ?

- et pour améliorer la qualité de vie au travail des autres ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

C. Autre questionnaire constitué


Numéro d'identification |_|_|_|

Première lettre du NOM —

Première lettre du PRENOM —

Etude de la qualité de vie au travail parmi les médecins des services hospitaliers de psychiatrie

	OUI	NON
Avez-vous plus de 18 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous au moins 6 mois d'ancienneté dans l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailler vous à plus (ou égal) de 0,5 ETP dans l'établissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous de profession médicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous répondez NON à l'une de ces questions, veuillez en informer immédiatement un enquêteur 

Bonjour,

Merci de participer à cette étude organisée par la direction de votre établissement et le Groupe études.

Cette étude vise à mieux comprendre les contraintes d'organisation qui influencent la qualité de vie au travail des professionnels des établissements de santé mentale.

Les réponses que vous donnerez resteront strictement confidentielles. Si vous ne souhaitez pas répondre à une ou plusieurs questions, vous pouvez passer à la question suivante.

Merci beaucoup pour votre participation.
Le Groupe études

1. Vous travaillez majoritairement

sur le site hospitalier

en dehors du site hospitalier

2. Pouvez-vous préciser le numéro et l'intitulé de votre unité principale d'affectation ?

UF N° ___ - Intitulé :

PARTIE I – Questionnaire spécifique

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES

3. Sexe : homme femme
4. Date de naissance : __ __ / __ __ / 19 __ __
5. Quel est votre état matrimonial actuel ?
 marié(e) concubinage pacsé(e)
 séparé(e)/divorcé(e) veuf/veuve célibataire
6. Avez-vous des enfants ? OUI NON
7. Si 'OUI' combien sont à votre charge ? nombre : __
8. Depuis quand travaillez vous au CH (mois/année) ? __ __ / __ __ __ __
9. Quelle spécialité exercez-vous ?
 psychiatrie généraliste autre:
10. Etes-vous chef de pôle ? OUI NON
11. Etes-vous chef de service ? OUI NON
12. Quel est votre type de contrat de travail ?
 PH titulaire PH en année probatoire Assistant
 PH contractuel Praticien adjoint contractuel Assistant associé
 Praticien attaché Faisant Fonction d'Interne
13. Quel est votre temps de travail ?
 temps complet temps partiel, précisez : 0, __ ETP
14. Dans quel type d'unité travaillez-vous ?
 hospitalisation complète /nuit hospitalisation de jour intra-muros
 hospitalisation de jour extra-muros consultation intra-muros
 consultation en CMP ou équivalent autre :
15. Votre unité réalise-t-elle des soins à la demande d'un représentant de l'état (SDRE) ? OUI NON
16. Vous travaillez majoritairement
 en pédopsychiatrie en psychiatrie adulte en tant que somaticien
17. Vous travaillez sur 1 seul site sur plusieurs sites
18. A combien d'unités fonctionnelles appartenez-vous ? nombre : __
19. Si vous travaillez sur plusieurs unités fonctionnelles, quel est le temps de trajet moyen entre vos deux unités fonctionnelles principales (en minutes) ? __ __ min

CONDITIONS DE TRAVAIL ACTUELLES

20. L'organisation de votre travail est prévue :
 en horaire de journée (sur la base de 10 demi-journées hebdomadaires pour un temps plein)
 en temps médical continu avec des journées de 10h00 et des gardes
 en temps médical continu avec des tranches de 12h
 autre :
21. Si l'organisation de votre travail est prévue en horaire de journée, combien d'heures par jour travaillez-vous en moyenne ? __ h __ __ min
22. Si l'organisation de votre travail est prévue en temps médical continu, combien d'heures par semaine travaillez-vous en moyenne? __ h __ __ min
23. Cette durée de travail vous semble-t-elle ?
 raisonnable excessive insupportable autre :

24. Votre planning change

- jamais parfois souvent tout le temps

	jamais	1 / mois	2 / mois	3 / mois	4 / mois (ou plus)
25. Faites-vous des astreintes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Faites-vous des gardes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Combien de week-end et jours fériés travaillez-vous par mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Disposez-vous d'au moins 48 h consécutives de repos au cours d'une semaine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Vos locaux actuels sont fonctionnels ?

- pas du tout d'accord plutôt pas d'accord plutôt d'accord tout à fait d'accord

30. Trouvez- vous facilement des places pour adresser vos patients au sein des structures de votre pôle ?

- pas du tout d'accord plutôt pas d'accord plutôt d'accord tout à fait d'accord

ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL et ASPECTS MEDICO-LEGAUX

31. L'ambiance générale dans votre unité est (entourez le chiffre correspondant)

Très faible	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Très forte
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

32. Vous diriez que travailler en psychiatrie est difficile physiquement

- jamais parfois souvent tout le temps

33. Vous diriez que travailler en psychiatrie est difficile psychologiquement

- jamais parfois souvent tout le temps

Vous diriez que (hiérarchisez de 1 « plus en sécurité » à 3 « moins en sécurité »)	d'enfants			d'adolescents			d'adultes		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
34. vous êtes PSYCHOLOGIQUEMENT plus en sécurité auprès									
35. vous êtes PHYSIQUEMENT plus en sécurité auprès									

Vous diriez que	jamais	parfois	souvent	tout le temps
36. les tâches administratives sont un frein à l'exécution du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. les tâches administratives génèrent du stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. les obligations médico-légales sont un soutien pour vos activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. les obligations médico-légales sont une contrainte pour vos activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. vos responsabilités sont en cohérence avec vos activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOINS et PRATIQUES MEDICALES

41. Y a-t-il des espaces pour réfléchir à votre pratique ? OUI NON

42. Si 'OUI', quels types d'espaces ?

- Analyse de la pratique Supervision Régulation autre :

43. Avez-vous des réunions pour la prise en charge clinique des patients ? OUI NON

44. En général, comment décririez-vous la qualité des soins dispensés aux patients dans votre unité ?

- très mauvaise mauvaise moyenne bonne très bonne

	jamais	parfois	souvent	tout le temps
45. Vous avez des interactions avec les structures extérieures, partenaires des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Les liens avec les structures extérieures, partenaires des soins, sont de bonne qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Les délais d'attente de prise en charge sont trop longs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Vous arrivez à répondre à toutes les demandes de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Vous pouvez assurer la continuité de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Vous passez suffisamment de temps auprès des patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	jamais	parfois	souvent	tout le temps
51. Il vous arrive d'effectuer des activités ou de prendre des décisions que vous désapprouvez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Il y a un décalage entre votre métier tel qu'il est défini initialement et votre pratique réelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Une partie de votre activité consiste à manager les équipes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Vous avez du plaisir à manager les équipes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous peur	jamais	parfois	souvent	tout le temps
55. de mal faire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. d'oublier quelque chose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. de vous tromper dans la prescription d'un traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. de ne pas être assez bien traitant (bienfaisant ou bienveillant) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMATIONS

59. Avez-vous eu une formation spécifique ou un accompagnement en prenant vos fonctions au CH de St Cyr au Mont d'Or ? OUI NON
60. D'après vous, la suppression du diplôme d'infirmier en secteur psychiatrique
 est une erreur est une bonne chose n'a rien changé
61. Avez-vous suffisamment de temps de formation dans l'année ? OUI NON
62. Les formations proposées dans l'établissement sont de bonne qualité
 pas du tout d'accord plutôt pas d'accord plutôt d'accord tout à fait d'accord

INSECURITE ET VIOLENCE

63. Sur votre lieu de travail, vous arrive-t-il de vous sentir en insécurité ?
 jamais parfois souvent tout le temps

64. Si 'OUI', quelle intensité en moyenne ? (entourez le chiffre correspondant)

Très faible	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Très forte
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

65. Vous êtes-vous déjà fait agresser VERBALEMENT dans votre activité professionnelle au sein du pôle où vous exercez actuellement et au cours de la dernière année ?

- par un patient par l'entourage d'un patient par un membre de l'équipe
 par un membre de la hiérarchie NON

66. Si 'OUI', quel a été le degré de violence ? (entourez le chiffre correspondant)

Très faible	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Très fort
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

67. Vous êtes-vous déjà fait agresser PHYSIQUEMENT dans votre activité professionnelle au sein du pôle où vous exercez actuellement et au cours de la dernière année ?

- par un patient par l'entourage d'un patient par un membre de l'équipe

par un membre de la hiérarchie

NON

68. Si 'OUI', quel a été le degré de violence ? (entourez le chiffre correspondant)

Très faible	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Très fort
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

69. De façon générale vous diriez que la violence dans votre activité est présente

jamais

parfois

souvent

tout le temps

70. Quand vous rencontrez des difficultés savez-vous à qui vous adresser ?

jamais

parfois

souvent

tout le temps

PARTIE II – Questionnaires validés

CONTRAINTES MENTALES AU TRAVAIL

En général,	pas du tout d'accord	pas d'accord	d'accord	tout à fait d'accord
1. Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mon travail me demande d'être créatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mon travail demande un haut niveau de compétence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dans mon travail, j'ai des activités variées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mon travail me demande de travailler très vite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mon travail me demande de travailler intensément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mon travail est très « bousculé »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Mon supérieur prête attention à ce que je dis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Les collègues avec qui je travaille sont amicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTRAINTES PSYCHO-ORGANISATIONNELLES

Actuellement,	fortement en désaccord	en désaccord	d'accord	fortement d'accord
1. Les médecins et les agents paramédicaux (ou médico-techniques) ont de bonnes relations de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le chef de service (ou le chef de pôle) apporte son soutien aux médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je dispose d'assez de temps et d'occasions pour discuter des problèmes de prise en charge / de soins des patients avec mes collègues de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Il y a suffisamment de personnel pour garantir aux patients une bonne qualité de prise en charge / de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Il y a suffisamment de moyens techniques pour garantir aux patients une bonne qualité de prise en charge / soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le chef de service (ou le chef de pôle) est un bon chef d'équipe, un bon manager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le personnel est en nombre suffisant pour effectuer le travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. L'équipe dispose d'assez de moyens techniques pour effectuer le travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Il y a beaucoup de travail d'équipe (coordination) entre les agents paramédicaux (ou médico-techniques) et les médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. La répartition des tâches entre les médecins est équitable au sein de l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Je suis souvent interrompu(e) au cours des tâches que j'accomplis : téléphone, demande d'intervention ou de conseil, incident...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. La diversification importante des tâches hospitalières me gêne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. L'évolution des tâches hospitalières des médecins nuit à la qualité du service rendu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Les tâches annexes que j'ai à effectuer gênent mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Il n'y a pas de difficulté à prendre les jours de congés que j'ai choisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Je dispose de suffisamment de temps libre en dehors de mon travail pour me reposer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Il y a suffisamment de temps pour réaliser les réunions de service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Il y a suffisamment de temps pour organiser le travail en équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je suis consulté(e) lors de l'élaboration du projet de service (hors chef de projet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. L'équipe partage les mêmes valeurs éthiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. L'équipe partage le même sens de l'excellence du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. L'administration a conscience des difficultés d'exercice de ma profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	fortement en désaccord	en désaccord	d'accord	fortement d'accord
23. Le chef de service a conscience des difficultés d'exercice de ma profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. L'administration se donne les moyens d'améliorer la situation des soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Les outils informatiques facilitent l'exécution du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Les outils informatiques génèrent du stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Mes responsabilités professionnelles quotidiennes sont adaptées à ma pratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Il y a un décalage entre le métier de médecin tel qu'il est défini initialement et la pratique réelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Il m'arrive d'effectuer des tâches ou de prendre des décisions que je désapprouve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Les médecins ont accès à toutes les informations dont ils ont besoin pour effectuer correctement leur travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Les médecins ont de bonnes relations entre eux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Les problèmes et les conflits sont résolus de manière équitable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Il y a beaucoup de travail d'équipe entre médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Les médecins ont confiance dans la hiérarchie médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Les médecins ont confiance dans la hiérarchie administrative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

	jamais	quelques fois par an	1 fois par mois	quelques fois par mois	1 fois par semaine	quelques fois par semaine	chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je me sens fatigué lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je sens que je craque à cause de mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je me sens frustré par mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je sens que je travaille « trop dur »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je me sens au bout du rouleau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je sens que je m'occupe de certains de mes malades de façon impersonnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Je suis devenu plus insensible aux gens depuis que je fais ce travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. J'ai l'impression que certains de mes malades me rendent responsables de certains de leurs problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je me sens plein d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. J'ai accompli beaucoup de choses dans ce travail qui en valent la peine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Je me sens ragaillardi lorsque dans Mon travail j'ai été proche de mes patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTERFACE VIE PRIVEE - VIE AU TRAVAIL

	jamais	parfois	souvent	toujours
1. Vous êtes irritable à la maison parce que votre travail est exigeant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous trouvez difficile de remplir vos obligations familiales parce que vous êtes toujours en train de penser à votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vous vous devez d'annuler des rendez-vous avec votre époux(se)/famille/amis à cause d'engagements professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vous avez du mal à remplir vos obligations familiales à cause de votre emploi du temps professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vous n'avez pas suffisamment d'énergie pour faire des activités de loisirs avec votre époux(se)/famille/amis à cause de votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vous devez travailler si dur qu'il ne vous reste plus de temps pour vos hobbies (passe-temps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vous avez du mal à vous détendre à la maison à cause de vos obligations professionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Votre travail vous prend du temps que vous auriez aimé passer avec votre époux(se)/famille/amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Après une journée/une semaine agréable au travail, vous vous sentez plus d'humeur à faire des activités avec votre époux(se)/famille/amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vous remplissez mieux vos obligations familiales grâce à ce que vous avez appris dans votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vous arrivez mieux à tenir vos engagements à la maison parce que votre travail vous le demande aussi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Vous gérez plus efficacement votre temps à la maison grâce à la manière dont vous travaillez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vos rapports avec votre époux(se)/famille/amis sont meilleurs grâce à ce que vous avez appris dans votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Le vécu/l'histoire de vie de mes patients a une influence sur ma vie personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUALITE DE VIE et SANTE PERCUE

	très faible	faible	ni faible ni bonne	bonne	très bonne
1. Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	très satisfait(e)
2. Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
3. La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce dont vous avez envie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aimez-vous votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Estimez-vous que votre vie a du sens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Etes-vous capable de vous concentrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vivez-vous dans un environnement sain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Acceptez-vous votre apparence physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	très difficilement	difficilement	assez facilement	facilement	très facilement
15. Comment arrivez-vous à vous déplacer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	très satisfait(e)
16. Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Etes-vous satisfait(e) de vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	très insatisfait(e)	ni satisfait(e)	satisfait(e)	très satisfait(e)
--	---------------------	-----------------	--------------	-------------------

	insatisfait(e)		ni insatisfait(e)		satisfait(e)
21. Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	jamais	parfois	assez souvent	très souvent	tout le temps
26. Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous déjà eu recours	jamais	parfois	souvent	tout le temps	Est-ce en lien avec travail ?	
					OUI	NON
27. à des toxiques (alcool ou autres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. à des psychotropes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. à une psychothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Pensez-vous que votre travail influence votre santé ?

- OUI, mon travail est plutôt BON pour ma santé NON
 OUI, mon travail est plutôt MAUVAIS pour ma santé

31. Consommez-vous du tabac ? OUI, ___ cig/jour NON

32. Si 'OUI' votre consommation est-elle influencée par votre travail ? OUI NON

En quelques mots :

Que préconiserez-vous pour améliorer votre qualité de vie au travail et celle de vos collaborateurs ?

D. Intitulés des doctorats AMU

Mentions et Spécialités des doctorats votés en CS le 16/10/2012

ED 62 – SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE

- Biologie
 - Biochimie structurale
 - Génomique et Bioinformatique
 - Biologie du développement
 - Immunologie
 - Génétique
 - Microbiologie
 - Biologie végétale
- Neurosciences
- Pathologie humaine
 - Oncologie
 - Maladies infectieuses
 - Génétique humaine
 - Conseil en Génétique
 - Pathologie vasculaire et nutrition
 - Ethique
 - Recherche clinique et Santé Publique

ED 67 – SCIENCES JURIDIQUES ET POLITIQUES

- Droit privé
- Droit public
- Histoire du droit
- Droit
- Science politique

ED 184 – MATHÉMATIQUES ET INFORMATIQUE

- Mathématiques
- Informatique

- Automatique

ED 250 – SCIENCES CHIMIQUES DE MARSEILLE

- Sciences chimiques

ED 251 – SCIENCES DE L'ENVIRONNEMENT

- Anthropologie biologique
- Ecologie
- Géosciences de l'environnement
- Génie des procédés
- Océanographie
- Chimie de l'environnement

ED 352 – PHYSIQUE ET SCIENCES DE LA MATIERE

- Astrophysique et Cosmologie
- Biophysique
- Energie, Rayonnement et Plasma
- Instrumentation
- Optique, Photonique et Traitement d'Image
- Physique des Particules et Astroparticules
- Physique Théorique et Mathématique
- Matière Condensée et Nanosciences

ED 353 – SCIENCES POUR L'INGENIEUR : MECANIQUE, PHYSIQUE, MICRO ET NANOELECTRONIQUE

- Energétique
- Mécanique et Physique des Fluides
- Acoustique
- Mécanique des Solides
- Micro et Nanoélectronique
- Génie Civil et Architecture

ED 354 – LANGUES, LETTRES ET ARTS

- Etudes anglophones
- Etudes germaniques
- Etudes slaves
- Langue et littérature chinoises
- Langue et Littérature françaises
- Littérature générale et comparée
- Arts plastiques et sciences de l'Art
- Musicologie
- Etudes cinématographiques
- Arts du spectacle

ED 355 – ESPACES, CULTURES, SOCIETES

- Géographie
- Urbanisme et Aménagement du territoire
- Préhistoire
- Archéologie
- Histoire de l'Art
- Histoire
- Sciences de l'Antiquité
- Mondes arabe, musulman et sémitique
- Etudes romanes
- Sociologie
- Anthropologie
- Architecture

ED 356 – COGNITION, LANGAGE, EDUCATION

- Philosophie
- Psychologie
- Sciences du Langage
- Sciences de l'Information et de la Communication
- Sciences de l'Education

ED 372 – SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION

- Sciences de Gestion
- Sciences Economiques
- Sciences Economiques : AMSE

ED 463 – SCIENCES DU MOUVEMENT HUMAIN

- Sciences du Mouvement Humain
- Biomécanique
- Contrôle Perceptivo-Moteur et Apprentissage
- Physiologie de l'exercice
- Sciences de l'Homme et de la Société