



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2011-2012

Diagnostic de la santé au travail et plan
d'amélioration de l'environnement professionnel
dans un établissement de santé

Soutenu en juin 2012

Docteur Didier CHATOT-
HENRY

Maître de stage :

Docteur Dominique

COURCIER

Guidant universitaire :

Docteur Isabelle MILLOT

REMERCIEMENTS

A mes trois mousquetaires Carolle, Solène, Maëlle, Ivane

Merci pour votre patience et votre présence au quotidien durant cette année éprouvante.

Au groupe projet

Carine Cazalet : Psychologue du travail, CHU de Fort-de-France
Nadine Toussaint : Psychologue du travail, CHL de Mangot-Vulcin
Jocelyne Hierso : Cadre de santé, CHU de Fort-de-France
Marie-Georges Medeuf : Cadre de santé, CHL de Mangot-Vulcin
Alexandrine Marie-Sainte : Aide soignante, CHL de Mangot-Vulcin
Christophe Cazette : Cadre de santé, CHU de Fort-de-France
Etienne Frantz : Secrétaire général du CHSCT, CHL de Mangot-Vulcin
Alexandre Renard : Médecin du travail, CHU de Fort-de-France
François Freychet : Médecin du travail, CHL de Mangot-Vulcin
Guylhem Aznar : Médecin de santé publique, CHL de Mangot-Vulcin
Dominique Courcier : Médecin de santé publique, CHU de Fort-de-France

Votre implication et vos conseils ont permis la réalisation de ce projet co-construit ensemble. Soyez ici sincèrement remerciés.

A Madame Florence Grellet, Directrice des affaires médicales du centre hospitalier du Lamentin

Par ton autorisation ce projet à vu le jour. Je te souhaite courage et lucidité pour les mois à venir.

A mon maître de stage le Docteur Dominique Courcier

Ton intérêt, ta disponibilité et ton soutien pour le projet m'ont accompagné tout au long de la démarche. Reçois mon entière gratitude.

A mon guidant universitaire le Docteur Isabelle Millot

Tes réflexions pertinentes m'ont guidé pendant cette traversée universitaire. Ce fut un honneur de t'avoir eu comme référente.

A Monsieur Jean-François Collin, Maître de Conférence Universitaire, responsable du master 2 Santé publique et Environnement, spécialité intervention en promotion de la santé

Vous avez su apporter dynamisme et pédagogie à travers la qualité des unités d'enseignements dans cette riche formation. Recevez toute ma reconnaissance.

Aux membres du jury

Pour avoir accepté de juger ce travail, veuillez recevoir mes remerciements.

SOMMAIRE

Introduction	8
1 -Contexte	9
1.1 -Socio-économique	9
1.2 -Financement des établissements de santé	9
1.3 -Projet médical de territoire	9
2 -Méthodes	11
2.1 -Approche particulière du projet	11
2.2 -Objectifs de l'étude	11
2.2.1 -Objectifs principal	11
2.2.2 -Objectifs secondaires	11
2.3 -Groupe projet	12
2.3.1 -Constitution du groupe projet	12
2.3.2 -Objectifs du groupe projet	13
2.3.3 -Communication du groupe projet	13
2.4 -Choix de la population cible	14
2.4.1 -Un changement par le groupe projet	14
2.4.2 -Critères de sélection	14
2.4.3 -Critères d'exclusion	14
2.5 -Réalisation des supports de l'enquête	15
2.5.1 -Recherche bibliographique	15
2.5.2 -Adaptation aux contraintes de la population cible	15
2.5.3 -Echelles du vécu du stress	16
2.5.3.1 -Le modèle de Karasek	16
2.5.3.2 -Le modèle de Siegrist	17
2.5.3.3 -Association des deux échelles	18
2.5.4 -Echelle du stress perçu	18
2.5.5 -Relevé de situations à problèmes	19
2.5.6 -Statut et biométrie	19
2.6 -Passation des questionnaires	20
2.7 -Saisie et analyse des données	20
3 -Résultats	21
3.1 -Approche participative	21
3.2 -Passation des questionnaires	21
3.3 -Profil général de la population	22
3.3.1 -Participation	22

3.3.2 -Orientation professionnelle	22
3.3.3 -Genre, âge	22
3.3.4 -Statut administratif	23
3.3.5 -Index de masse corporelle et pathologies déclarées	24
3.4 -Vécu professionnel et état de santé	25
3.5 -Questionnaire du vécu du stress : Karasek-Siegrist	26
3.6 -Questionnaire du stress perçu : Cohen	28
3.7 -Relation entre les deux questionnaires	29
3.8 -Relevé de situations à problème	29
3.9 -Analyse de corrélation entre critères	33
4 -Discussion	35
4.1 -Promotion de la santé et environnement du travail	35
4.2 -Animation du groupe projet	36
4.3 -Interprétation des résultats	37
4.3.1 -Représentativité de l'échantillon	37
4.3.2 -Orientation professionnelle	37
4.3.3 -Genre et âge	37
4.3.4 -Statut administratif	38
4.3.5 -Biométrie et pathologies déclarées	39
4.3.6 -Impact du vécu professionnel sur l'état de santé	41
4.3.7 -Vécu du stress	42
4.3.7.1 -Echelle de Karasek	42
4.3.7.1.1 -Choix de l'échelle	42
4.3.7.1.2 -Tension au travail	43
4.3.7.1.3 -Soutien social	44
4.3.7.1.4 -Situation en iso strain	45
4.3.7.2 -Siegrist et reconnaissance	45
4.3.8 -Stress perçu : échelle de Cohen	46
4.3.9 -Verbatim	47
4.3.9.1 -Situations à problème	47
4.3.9.2 -Propositions d'amélioration	49
4.4 -Limites et biais de l'étude	49
4.4.1 -Biais d'échantillonnage	49
4.4.2 -Biais de sélection	49
4.4.3 -Biais d'investigation	50
4.4.4 -Biais d'analyse	50
4.4.5 -Limites	50
4.5 -Perspectives	51
Conclusion	52
Index des tables	54

Index des illustrations	55
Bibliographie	56
Annexe I	I
1 Présentation de l'enquête et paramètres biométriques	I
2 Questionnaire 1 : Echelle de Karasek-Siegrist	I
3 Questionnaire 2 : Echelle de Cohen, relevé de situations à problème et proposition d'amélioration	I

INTRODUCTION

L'homme se meut quotidiennement dans des espaces aux contraintes multiples plus ou moins maîtrisés et adopte un comportement réactionnel protecteur dans l'urgence mais qui se révèle parfois délétère sur la santé lorsqu'il se prolonge durablement. Sa caractéristique grégaire lui impose socialement un carcan positionnel limitant l'expression spontanée en ne laissant d'échappatoire que la gestion émotionnelle intérieurisée (1).

L'environnement du travail paraît alors un des plus agressifs impactant la santé (2), la qualité des prestations et qualité des soins (3) et générant des surcoûts financiers préjudiciables pour l'entreprise, l'hôpital par le premier mécanisme à la disposition du salarié ; l'absentéisme (4, 5). En effet, L'évolution des entreprises vers un mode de management participatif avec élaboration de référentiels au détriment de la composante humaine, place le salarié en situation de double contrainte « aller vite et éviter les erreurs » (6). M. Battesti (5) invoque alors la nécessité de mettre en œuvre des moyens locaux de lutte contre cette souffrance au travail dans le monde hospitalier considérée encore comme tabou car touche l'ensemble des secteurs d'activité.

Progressivement cette problématique est prise en compte par les travailleurs, chercheurs en psychologie du travail et gouvernement depuis le début des années 90. Dans la suite de la Charte d'Ottawa (7), La Charte de Budapest en 1992 (8) puis la déclaration de Vienne en 1997 (9) ont posé les bases des hôpitaux promoteurs de santé qui intègrent dans leurs axes de développement la notion de conditions de travail compatibles avec la santé du personnel et leur bien être. Au niveau national, le deuxième Plan santé au travail 2010–2014 (10) fait suite à un dispositif de préventions des risques professionnels et renforce le développement de la santé et du bien être au travail, enjeu majeur d'une politique sociale à venir. Les actions de préventions des risques psycho-sociaux et des troubles musculo-squelettiques y sont grandement encouragées en plaçant les acteurs des services de santé au travail au cœur de la stratégie. Les hôpitaux sont directement intéressés par ces procédures puisque cette dimension humaine est actée dans la certification obligatoire des établissements de santé (11) dans les critères de la qualité et efficacité du management .

La déclinaison sur notre territoire de la Martinique se traduit par la mise en place, au sein du CHU de Fort-de-France, d'un comité prévention-promotion-santé en 2007 qui contribue à colliger les réflexions des professionnels dont les relations intercatégorielles.

Le présent projet s'inscrit dans cette dynamique en initiant une étude pilote portant sur le diagnostic de la santé au travail d'une population de praticiens hospitaliers dans un établissement de santé à la veille d'une réorganisation historique du schéma de l'offre de soins régionale.

1 -Contexte

1.1 -Socio-économique

La Martinique, région mono-départementale des Antilles françaises, accumule indicateurs et déterminants de santé défavorables. Dépendant économiquement d'une forte importation, ses ressources financières ne lui permettent pas encore une croissance suffisante pour agir favorablement et durablement sur ceux-ci.

Les collectivités locales et les hôpitaux publics ont alors assumé un rôle de modérateur social indispensable à la sérénité du climat de l'île en plus de leurs missions premières permettant de minimiser certaines difficultés sociétales. De nombreuses embauches sur des postes réclamant de faibles ou moyennes qualifications ont été effectuées adossées à des contrats à durée déterminée et renouvelés pendant des nombreuses années.

Cette pratique d'emplois a comme objectif de s'adapter à une situation conjoncturelle particulière dans les îles apportant revenus et sociabilisation à de nombreux foyers.

1.2 -Financement des établissements de santé

Malheureusement l'offre de soins hospitalière est fragilisée depuis la loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (12) et la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A). Les différentes mesures gouvernementales prévues (13,14) pour améliorer le fonctionnement des établissements de santé et leur situation financière n'ont peu ou pas été suffisamment appliquées.

Ces mesures prévoient un dispositif de pondération pour gommer les effets de seuil, l'aide à la résorption des stocks de créances irrécouvrables, la mise en place de la comptabilité analytique et la mise à niveau du parc hospitalier pour les risques sismiques.

La défaillance de la mise en œuvre des propositions ont aggravé les prévisions économiques et la confiance des acteurs dans l'outil de travail proposé.

1.3 -Projet médical de territoire

Un retour à l'équilibre budgétaire est imposé par le ministère de tutelle dès la fin 2010. La mesure phare de ce plan est la mutualisation des moyens humains, matériels et logistiques pour diminuer les frais structurels et potentialiser les ressources au sein d'un projet médical de territoire (15).

Ainsi, les trois principaux établissements de santé (CHU de Fort-de-France, CH

du Lamentin, CH de Trinité) se préparent à une fusion administrative pour la fin du premier semestre 2012 pour créer le Grand Centre Hospitalier Universitaire de Martinique (CHUM).

Les 6400 salariés sont impactés par des prévisions de transferts d'activité, de mobilité et de réduction de la masse salariale. Ce plan de rigueur doit se calquer sur un objectif de performance nationale afin d'éponger les 256 millions d'euros de déficit cumulé dont 84 pour les trois établissements de santé en 2011 et de réduire les 1141 équivalents temps pleins en sureffectifs. Les inquiétudes des personnels générées par les nombreuses imprécisions de l'avenir institutionnel se traduisent par des tensions professionnelles via des mouvements sociaux et la création d'un syndicat de médecins hospitaliers.

Notre projet intervient dans la période préparatoire de cette fusion avant la présentation des objectifs des nouveaux pôles médico-techniques et leurs mises en œuvre. L'état des lieux du stress au travail sur une population ciblée au moment de notre intervention ne reflètera pas la réalité des semaines ou mois à venir compte tenu des enjeux importants de la fusion et des contraintes prévisibles sur l'environnement professionnel voire personnel de chaque salarié mais servira de base aux futures évaluations.

2 -Méthodes

2.1 -Approche particulière du projet

Notre projet s'inscrit dans le cadre d'une master 2 en promotion de la santé. Afin de répondre aux principaux concepts abordés nous garderons en fil rouge les valeurs de la charte d'Ottawa (7). Outre une méthodologie spécifique de montage de projet, il convient de respecter l'implication des populations de la genèse du projet à sa mise en œuvre puis changement ou amélioration du cadre de vie. Le développement de notre société doit permettre à ses membres l'épanouissement dont ils aspirent. Objectif apparemment simple mais ambitieux dans sa réalisation. Acquérir un niveau de bien être suffisant pour le maintien de sa santé nécessite une responsabilité individuelle en étroite relation avec une responsabilité collective.

Pour ce faire il demeure capital que chaque membre qui compose cette société puisse participer à la réflexion de toute action potentiellement agissante sur son milieu de vie.

Dans le cadre de l'étude, la société retenue sera le milieu hospitalier de la Martinique à la veille d'une restructuration majeure. La communauté retenue se définit donc d'après les quatre composantes : écologique (concentration de plusieurs individus dans un espace géographique déterminé), macro-sociale (existence d'une structure et d'une organisation sociale partagée dans des domaines décisifs), micro-sociale (des relations sociales continues et permanentes entre les groupes et les personnes), psycho-sociologique (sentiment d'appartenance groupale, de partage de quelque chose en commun) (16).

Notre démarche sera donc participative à la recherche d'une dynamique constructive et pérenne.

2.2 -Objectifs de l'étude

2.2.1 -Objectifs principal

Réaliser un état des lieux du stress au travail sur un échantillon de professionnels du centre hospitalier du Lamentin et proposer un plan d'amélioration de l'environnement du travail.

2.2.2 -Objectifs secondaires

- Mettre en place un projet transversal inter-hospitalier innovant en période de restructuration institutionnelle

- Créer une dynamique de groupe en vue de la pérennisation de l'action
- Sensibiliser les directions fonctionnelles et les salariés aux notions de promotion de la santé et conditions de vie au travail

2.3 -Groupe projet

2.3.1 -Constitution du groupe projet

La démarche participative se doit d'inclure le public intéressé par l'action en devenir dès sa conception.

A la période de l'étude, des transferts d'activité ont déjà commencé entre deux établissements sur les trois concernés dans le PMT. Huit mois après les premiers déménagements les répartitions multi-sites demeurent encore floues et les repères individuels et collectifs ne sont pas encore établis. La restructuration n'est pas entrée dans sa phase complète mais la notion de fusion s'ancre progressivement. Ainsi le choix d'un groupe de travail transversal composé de représentants des deux hôpitaux, du CHU de Fort-de-France et du CH du Lamentin, impactés par les premières mesures était capital.

Ma place d'animateur du comité de promotion-prévention-santé du CHU de Fort-de-France ainsi que mon rôle social de la vie civile sous la représentation de la présidence de l'IREPS Martinique me laissait la liberté d'organiser mon travail avec l'accord de la direction du site pressenti à la majorité du temps de l'action (CH du Lamentin) et avec la confiance des acteurs ressources hospitaliers.

Les critères de sélection des membres du groupe du travail :

- équilibre des membres entre les deux établissements
- représentativité catégorielle professionnelle
- participation de la future équipe de santé au travail du grand CHUM
- sensibilisation à la santé au travail ou promotion de la santé ou prévention
- intégration du groupe sur la base du volontariat

Ainsi le groupe projet est constitué de 12 membres composé de :

1 Médecin du travail de chaque site, 1 cadre de santé du service santé au travail, 1 psychologue du travail de chaque site, 1 médecin de santé publique de chaque site, 1 cadre de santé responsable de la formation des gestes et postures du CHU, 1 cadre de santé du CH Lamentin, 1 aide soignante ayant vécu le transfert d'activité, le secrétaire du CHSCT du CH Lamentin

2.3.2 -Objectifs du groupe projet

Ils sont multiples et se répartissent à court, moyen et long terme dépassant les délais de la mission présente mais remplissant un des objectifs du projet à savoir mettre en place une dynamique locale source de la pérennisation de l'action.

Ils se déclinent de la façon suivante :

- instaurer une dynamique de groupe dans une logique de démarche participative (démocratique et représentative)
- élaborer et valider la stratégie opérationnelle
- assumer le suivi et l'évaluation de l'action
- contribuer à l'ébauche de la réflexion des conditions de vie au travail à long terme
- modéliser l'action pour le futur grand CHUM
- assurer la communication interne et externe du projet

2.3.3 -Communication du groupe projet

On ne peut concevoir un projet de promotion de la santé sans faire appel à une stratégie minimale de communication. Celle-ci doit être pensée en amont de toute action opérationnelle et s'adapter au contexte social pour lequel elle est destinée, ici le milieu hospitalier. Elle doit atteindre différents enjeux que sont l'informatif (transmission d'un message du groupe vers un public), l'identitaire (exprime l'identité du groupe et ses valeurs), l'influence (agit pour changer les perceptions, idées ou comportements tel un plaidoyer dirigé vers les directions fonctionnelles du futur établissement unifié), le relationnel (cherche à établir ou consolider des relations entre les membres d'une communauté) (17).

Cette étape a été mise en place dès la constitution du groupe et tout au long de ses rencontres et échanges. L'ensemble des comptes-rendus ont été transmis à la direction des affaires médicales du CH du Lamentin (préfiguratrice de la direction des ressources humaines et affaires médicales du CHUM), à la direction des ressources humaines des deux sites, à la coordination générale des soins, à la direction générale adjointe de l'ARS Martinique, aux deux présidents de CME, au futur président de la CME unifiée.

Parallèlement, les syndicats ont été informés de la démarche et une annonce a été faite lors d'une journée d'information régionale sur l'accompagnement dans la prévention des risques psychosociaux regroupant tous les représentants des établissements de santé publics de la région.

2.4 -Choix de la population cible

2.4.1 -Un changement par le groupe projet

A l'écriture du pré-projet, le choix initial de l'échantillon était porté sur les professionnels du CH Lamentin qui venaient de déménager dans une nouvelle cité hospitalière située à quelques kilomètres du bourg, ancien emplacement, dans le quartier « Mangot-Vulcin ».

Toutes les catégories professionnelles devaient être représentées dans l'étude.

La méthodologie incluait le recueil de données quantitatives et qualitatives d'usage pour ce type d'état des lieux avec des entretiens individuels et des focus groupes.

Le diagramme de Gantt présenté lors de la première rencontre du groupe projet fut discuté et opposé aux contraintes croissantes de la fusion nécessitant une mobilisation importante de la communauté hospitalière.

L'évaluation de sa faisabilité permis de rediriger le projet sur une autre population impactée par les transferts d'activité en cours : les praticiens hospitaliers dont le service a une activité partagée sur les 2 sites CHU de Fort-de-France (CHU FDF) et CH Lamentin nouvelle cité hospitalière « Mangot-Vulcin » (CHLMV) ou CH Lamentin « bourg » (CHL Bourg) et CH Lamentin « Mangot-Vulcin » (CHLMV).

2.4.2 -Critères de sélection

- tout praticien hospitalier titulaire ou contractuel, temps plein ou temps partiel, dont le service est impacté par une activité partagée sur deux sites hospitaliers prédefinis : CHU FDF/CHLMV (groupe 1), CHLMV/CHL Bourg (groupe 2)
- tout interne exerçant depuis plus de un an dans un des services concernés : ce critère permet de prendre les praticiens étrangers qui ne peuvent prétendre aux postes de faisant fonction d'interne et qui sont souvent des postes d'assistants déguisés

2.4.3 -Critères d'exclusion

- tout interne de moins de un an dans un des services concernés
- tout praticien qui au moment de l'étude a changé de lieu d'exercice ou se trouve en congé maladie dans le cadre d'une longue maladie
- tout praticien dont l'activité multi-sites n'est pas partagée avec les hôpitaux précités.
- tout praticien appartenant à un service d'urgence

Le dernier critère d'exclusion fut choisi en raison du fort impact structurel de l'activité sur le stress au travail relevé par la littérature (18,19).

2.5 -Réalisation des supports de l'enquête

2.5.1 -Recherche bibliographique

La création de supports devait se baser sur une analyse initiale de la littérature afin de recenser les échelles.

Une recherche bibliographique a été lancée sur la base de données électronique scopus.

Les mots clés étaient : work environment, health, job stress, medical, hospital questionnaire, scale.

Une trentaine d'articles fut sélectionnée.

2.5.2 -Adaptation aux contraintes de la population cible

Les spécificités du nouvel échantillon populationnel imposaient une approche différente de celle prévue initialement.

Les larges amplitudes horaires, les contraintes et sollicitations professionnelles des praticiens hospitaliers ne pouvaient permettre la réalisation de focus groupe. De même, les entretiens individuels auraient été délicats à mener hors du cadre de la médecine du travail et de la confidentialité requise par le spécialiste de la discipline.

Le choix des supports de l'enquête devait donc inclure ces paramètres afin de ne pas ajouter une surcharge de travail ou une méfiance vis-à-vis des enquêteurs de l'étude.

La constitution de questionnaires devait répondre à un impératif temporel correspondant à un remplissage individuel n'excédant pas un délai de 10 minutes tout en explorant le vécu et la perception du stress.

Pour cela le groupe s'est appuyé sur des échelles validées nationalement et internationalement afin de rendre la démarche scientifique et comparable avec les données de la littérature. En effet, toute recherche doit se référencer à des outils éprouvés en vue de résultats exploitables dans le champ étudié.

Les psychologues du travail ont ensuite proposé de tester les échelles par le

porteur du projet afin d'évaluer l'adéquation de leur contenu au profil de la population cible et le respect du temps de remplissage admis en préambule.

2.5.3 -Echelles du vécu du stress

Dans le domaine des troubles psychosociaux au travail deux modèles dominent :

Le modèle de Karasek ou « exigences-contrôles » et le modèle de Siegrist ou «équilibre efforts-récompenses ».

2.5.3.1 -Le modèle de Karasek

Le modèle de Karasek, à la fin des années 70, identifie la demande ou pression psychologique faite au salarié face à sa latitude ou autonomie décisionnelle dans l'organisation des tâches (20), auquel s'ajoute un volet supplémentaire dans les années 90 servant de modérateur aux deux premiers à savoir le soutien social.

Un questionnaire adapté a été mis en place par l'auteur explorant les 3 caractéristiques utilisées dans les études sur le stress au travail (21). La latitude décisionnelle donc le contrôle qu'exerce le salarié sur son emploi associe son autonomie à l'utilisation de ses compétences. Le soutien social correspondant à la somme du soutien des collègues et du soutien de la hiérarchie.

Lorsque la latitude décisionnelle est inférieure à 72 et la demande psychologique supérieure à 24 l'individu est considéré en situation de job strain ou de tension au travail (figure 1).

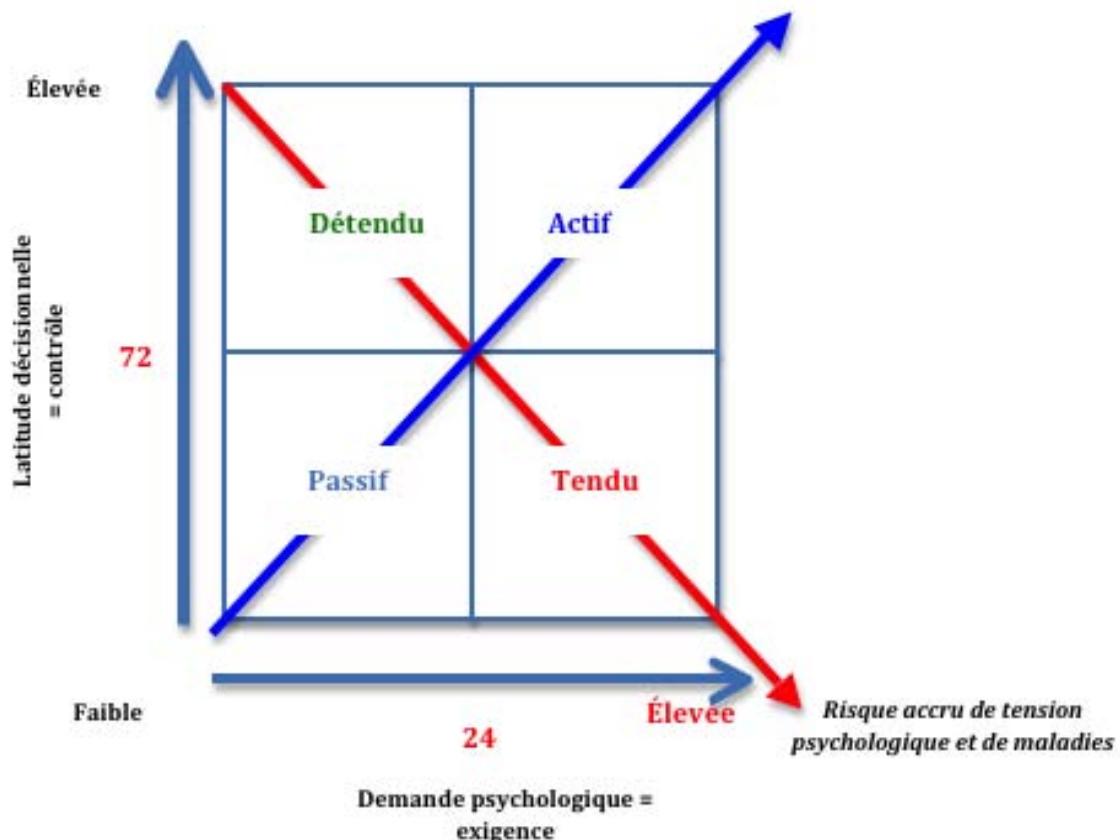


Figure 1: Modèle "demandes-contrôles" du stress au travail de Karasek

2.5.3.2 -Le modèle de Siegrist

Le modèle de Siegrist (22) identifie l'équilibre qu'il y a entre les efforts fournis par le salarié et la reconnaissance dont il bénéficie. La tension élevée au travail et le déséquilibre effort-reconnaissance induiraient des risques accrus de mortalité dont d'ordre cardio-vasculaire (23). Ce modèle explore les limites du précédent modèle en identifiant les conditions de travail pathogènes (figure 2).

Ainsi 3 dimensions psychosociales sont évaluées :

- les efforts extrinsèques que sont les contraintes à la fois psychologique et physique
- les récompenses telles le salaire ou l'estime ou les perspectives de promotion
- les efforts intrinsèques ou surinvestissement que sont les engagements excessifs dans le travail

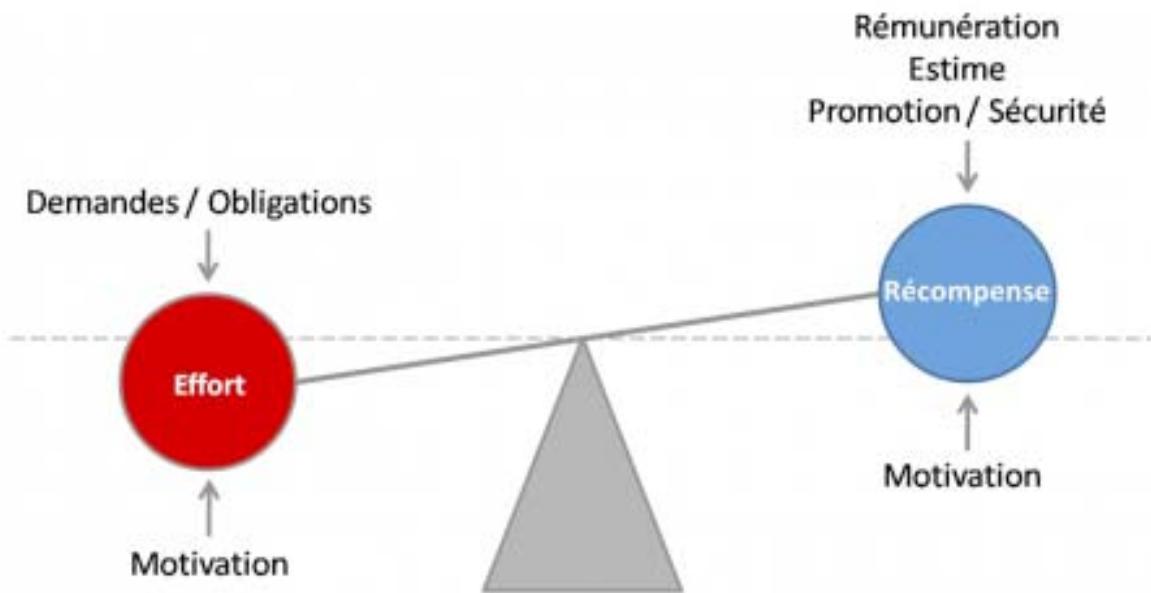


Figure 2: Modèle "efforts-récompenses" de Siegrist

2.5.3.3 -Association des deux échelles

Non contradictoires mais complémentaire ces deux modèles explorent des composantes différentes. L'association des outils qui en résultent permettrait d'avoir une approche plus fine du stress vécu et des évaluations ont été faites en ce sens dans l'importante étude de Belgique Belstress (24) et de France Sumer (25).

Ainsi notre sélection s'est portée sur l'échelle de Karasek, avec ses 26 questions, complétée par 6 questions explorant la reconnaissance de Siegrist (26,27).

Cette composition est le socle de l'enquête Sumer 2003 (28).

2.5.4 -Echelle du stress perçu

Si le vécu du stress indique les conditions et l'environnement du travail dans lequel œuvre le salarié, la perception qu'il en a serait tout aussi délétère pour la santé.

Ainsi l'échelle de stress perçu établi par Cohen (29) estime la fréquence d'apparition du stress sur une période récente, inférieure à un mois, par l'intermédiaire de 14 questions comme « avez-vous été dérangé(e) par un événement inattendu ? », « avez-vous senti que vous dominiez la situation ? », « vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les événements échappaient à votre contrôle ? ».

Cette échelle fut retenue par le groupe en deuxième questionnaire.

2.5.5 -Relevé de situations à problèmes

Les deux premiers questionnaires sont constitués de questions fermées et ne permettent pas une expression libre de l'enquêté.

Dans notre schéma initial des entretiens individuels et des focus groupes apportaient une réponse grâce à un partage spontané d'idées.

Un troisième outil a donc été sélectionné sous la dénomination de relevé de situations à problème.

Trois situations gênantes au maximum devaient être décrites avec leurs fréquences notées sur une échelle de 4 et le stress perçu, aussi noté sur 4. Secondairement, des propositions d'amélioration pouvaient être soumises.

Cette approche plus subjective affine le regard porté sur le contexte général et individuel et entrevoit des pistes de solutions futures.

2.5.6 -Statut et biométrie

L'enquête épidémiologique inclus dans notre support les données suivantes :

Tranche d'âge (<30 ans, 30-40 ans, 40-50 ans, 50-60 ans, > 60ans), genre, statut hospitalier (titulaire, contractuel), ancienneté dans l'établissement (<5 ans, 5-10 ans, 10-15 ans, 15-20 ans, >20 ans), perception ou non de la prime « multisites », l'index de masse corporel (IMC), les antécédents médicaux.

L'interprétation de l'IMC (rapport entre le poids et la taille au carré) se fera selon les critères de l'OMS (30) Tableau 1:

IMC (kg/Taille en m ²)	Interprétation
Moins de 16,5	Dénutrition
16,5 à 18,5	Maigreur
18,5 à 25	Corpulence normale
25 à 30	Surpoids
30 à 35	Obésité modérée
Plus de 40	Obésité morbide ou massive

Tableau 1: Interprétation de l'indice de masse corporelle selon l'Organisation Mondiale de la Santé

Le lien entre le stress perçu et l'état de santé est abordé subjectivement par une

seule question : « Pensez-vous que votre état de santé actuel est impacté par votre vécu professionnel ? ». Cette question ouverte sans connotation directive ou culpabilisante a été préférée par le groupe à une sollicitation sur les éventuels risques addictifs ou autres comportements.

2.6 -Passation des questionnaires

La passation des questionnaires a été uniformisée par les trois enquêteurs : les 2 psychologues du travail (une par site) et le porteur du projet. La population a été répartie selon la proportion respective de $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$.

Un message par courrier électronique était adressé quelques jours avant le démarchage auprès de tous les intéressés, couplé par une prise de rendez-vous téléphonique.

L'enquêteur se déplaçait sur le lieu d'exercice principal du praticien. Tout questionnaire anonymé était transmis dans un face à face. La démarche était de nouveau expliquée et le praticien remplissait seul les questionnaires, l'enquêteur attendant dans une pièce voisine au bureau afin de répondre aux éventuelles difficultés rencontrées.

L'enquête se déroula du 01/03 au 31/03/12.

2.7 -Saisie et analyse des données

La saisie des données se fit sur le logiciel excel 2007.

L'analyse statistique se fit sur le logiciel SAS au sein du service de santé publique du CHU de Fort-de-France.

Le test du Chi2 fut utilisé.

La représentativité statistique du résultat a été admise lorsque la valeur « p » se situait sous le seuil de 0,05.

3 -Résultats

3.1 -Approche participative

Le projet n'inclus pas l'évaluation de son processus et nous ne pourrons aborder objectivement ce versant de l'étude. Néanmoins, l'impression ressentie doit être brièvement consignée dans cette restitution écrite. Son déroulé n'a aucunement souffert d'obstacle indésirable que ce soit organisationnel, administratif, relationnel ou matériel.

Le groupe de projet a favorablement accueilli la problématique et a su se montrer à la hauteur de la tâche soit par la disponibilité de ses membres, soit par les réflexions structurantes émises.

La dynamique de groupe a révélé le besoin de poursuivre la démarche débutée en transversalité à travers son extension auprès des autres personnels des trois établissements de santé.

En ce sens la démarche participative a répondu à ces objectifs permettant d'entrevoir une suite à notre action.

3.2 -Passation des questionnaires

L'anticipation du format de l'enquête s'est révélée judicieuse en adaptant les supports sur une contrainte temporelle. En effet, la disponibilité des praticiens hospitaliers était très limitée et il fallait choisir le moment opportun pour une rencontre sereine. Les plus grosses entraves à cette passation furent sur le site du CHU FDF où la psychologue du travail ne put motiver les intéressés à prendre quelques instants pour étudier leur environnement de travail. Ce fut par l'intermédiaire du statut de praticien hospitalier du porteur de projet que les enquêtes furent possibles.

Dès le contact établi, le questionnaire remis ne représentait qu'un alibi à l'échange verbal qui fut, de façon générale, prolixe et enrichissant. Cette relation privilégiée fut un espace de libre parole où l'écoute active permit de percevoir une frustration de la population sur sa position actuelle et sur son inquiétude de l'avenir. Cette perception ne transpire que partiellement sur les résultats ultérieurs mais donne des pistes sur la réadaptation future éventuelle de l'enquête.

3.3 -Profil général de la population

3.3.1 -Participation

En tenant compte des critères de sélection et d'exclusion prédefinis la population cible complète était de 59 praticiens hospitaliers.

Seules 6 personnes ne purent participer à l'enquête soit pas refus direct soit par impossibilité de les joindre. Ainsi 53 enquêtés furent inclus dans l'étude soit un taux d'exhaustivité de 90 %.

3.3.2 -Orientation professionnelle

Deux pôles constituaient notre cohorte en fonction de leur partage multisite.

Un bloc CHU PZQ/CHLMV (groupe 1) à orientation chirurgicale et un bloc CHL Bourg/CHL MV (groupe 2) à orientation médicale. Ces entités représentaient respectivement 13 et 40 individus.

3.3.3 -Genre, âge

La répartition selon le sexe retrouvait 13 femmes pour 40 hommes. Le sexe féminin représentait 22,5% du groupe 1 (n= 9) et 30,75% du groupe 2 (n= 4) ($p<0,001$).

47% de la cohorte a plus de 50 ans (figure3). Le groupe 1 est identiquement divisé par rapport à cette borne et le groupe 2 est plus jeune avec 58 % en dessous de 50 ans ($p<0,001$).

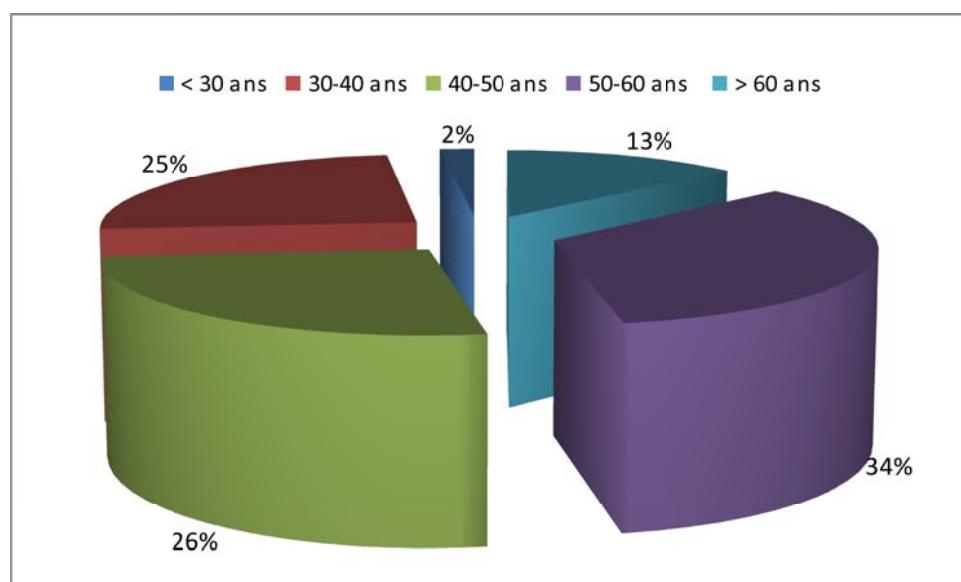


Figure 3: Répartition des effectifs en fonction de l'âge

3.3.4 -Statut administratif

L'hôpital recèle un nombre important de types de contrat de travail chez les praticiens hospitaliers. Seul le critère titulaire ou contractuel est retenu dans l'analyse.

Ainsi, 35 enquêtés sont titulaires de leur poste soit 66% de la population entière. Le groupe 2 a une proportion significativement plus élevée de contractuels ($p<0,001$).

L'ancienneté du praticien dans son établissement d'origine permet d'identifier 39,5% des sondés fréquentant depuis moins de 5 ans l'un des 3 sites hospitaliers et 47% depuis plus de 10 ans figure 2. Les effectifs du groupe 2 ont le moins d'ancienneté ($p<0,001$) (Figure 4).

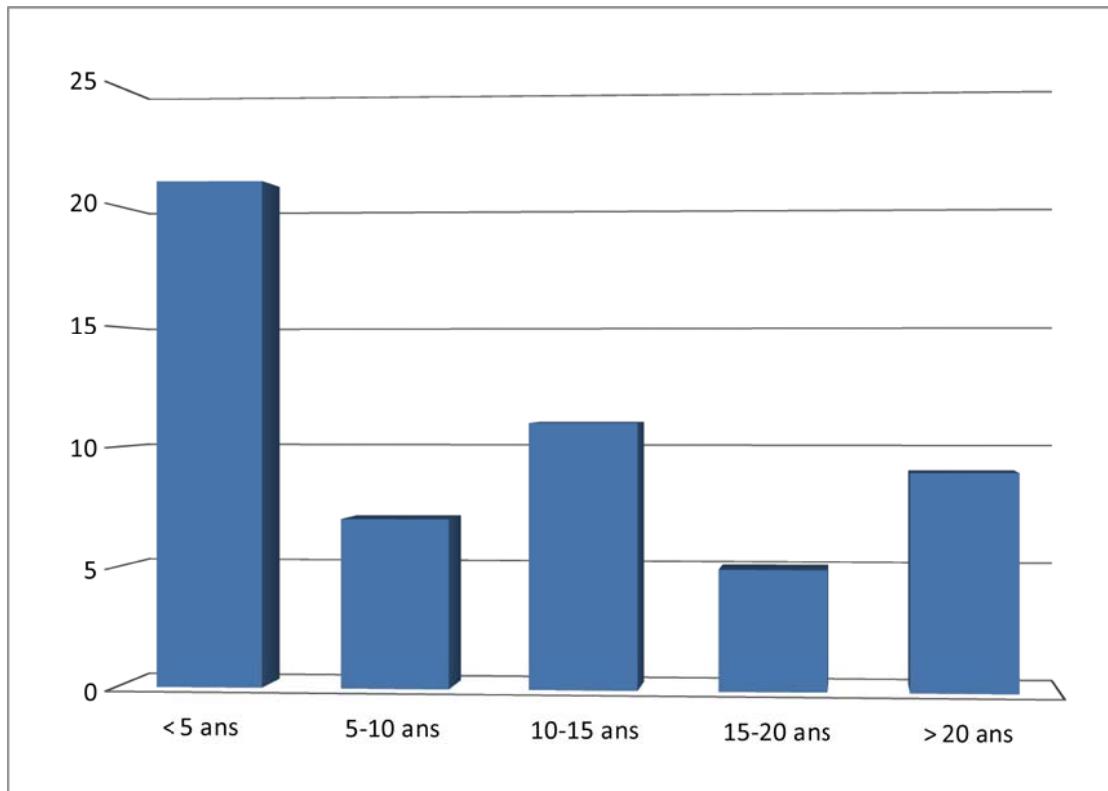


Figure 4: Ancienneté des enquêtés dans leur établissement

La prime « multisites » est versée à tout praticien qui en fait la demande auprès de son administration sous certaines conditions fixées par l'administration. Parmi les 51 réponses à cet item, seuls 18 praticiens (35,5%) la perçoivent et seulement dans le groupe 1.

3.3.5 -Index de masse corporelle et pathologies déclarées

L'index de masse corporelle (IMC) est le rapport entre le poids et la taille au carré. Sa valeur moyenne est de 23,54 avec un écart type de 4,81.

La population enquêtée se répartit comme suit sur les 48 réponses obtenues :

< 18,5 = 6 % (n= 3)

18,5-25 = 62,5% (n = 30)

25-30 = 25% (n = 12)

> 30 = 6% (n = 3)

51 praticiens ont répondu à la rubrique des antécédents médicaux. 26 d'entre eux ont au moins une pathologie déclarée, 10 ont au moins 2 pathologies et un seul cumule trois pathologies. Le groupe 2 déclare le moins de pathologies (p<0,001).

La répartition s'effectue comme suit : hypertension artérielle (n=4), maladies cardio-vasculaires (n=1), diabète (n=1), troubles musculo-squelettiques (n=7), céphalées (n=5), anxiété-angoisse (n=4), tabac (n=7), autres (n=8) (figure 5).

En étudiant la rubrique « autres » nous trouvons des déclarations concernant l'hypercholestérolémie (n=1), l'asthme (n=2), l'insuffisance veineuse (n= 1), la consommation d'alcool (n=1), la dysthyroïdie (n=1), la fatigue (n=1) et la présence d'une affection longue durée (ALD) sans précision (n=1).

Ces pathologies peuvent se réunir en trois grands groupes :

- les troubles somatiques (déclarations n=24) représentés par l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les troubles musculo-squelettiques, les céphalées, l'hypercholestérolémie, l'asthme, l'insuffisance veineuse, la dysthyroïdie, une ALD
- les troubles comportementaux (déclarations n=9) avec la conduite addictive tabagique et alcoolique
- les troubles psychologiques (déclarations n=5) représentés par l'anxiété-angoisse et la fatigue

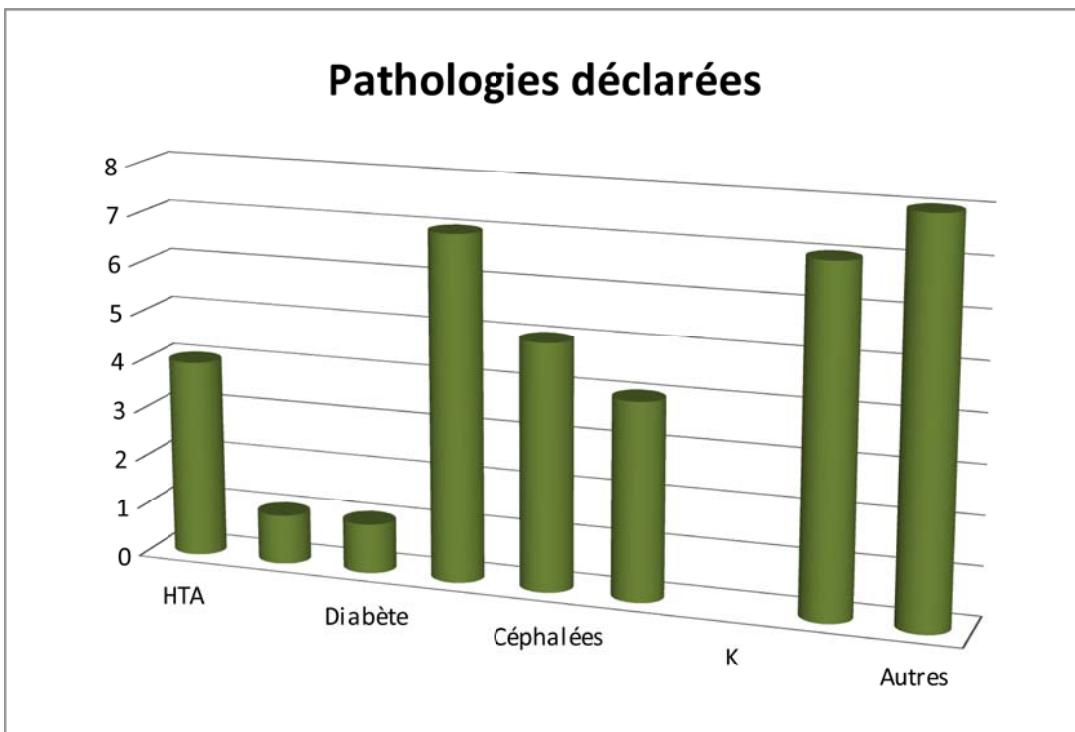


Figure 5: Pathologies déclarées

3.4 -Vécu professionnel et état de santé

A la question « Pensez-vous que votre état de santé actuel est impacté par votre vécu professionnel ? » seuls 2 interrogés n'ont pas répondu.

Quatre réponses étaient possibles : pas du tout, un peu, moyennement et beaucoup. De façon presque uniforme les participants se sont partagés selon les propositions. Ainsi seul un quart de la population estime qu'il n'y a aucun lien apparent entre le vécu professionnel et l'état de santé. A l'opposé un quart pense que l'impact est majeur.

L'influence du travail est donc perçu comme un indicateur défavorable pour la santé dans 76 % des cas (figure 6).

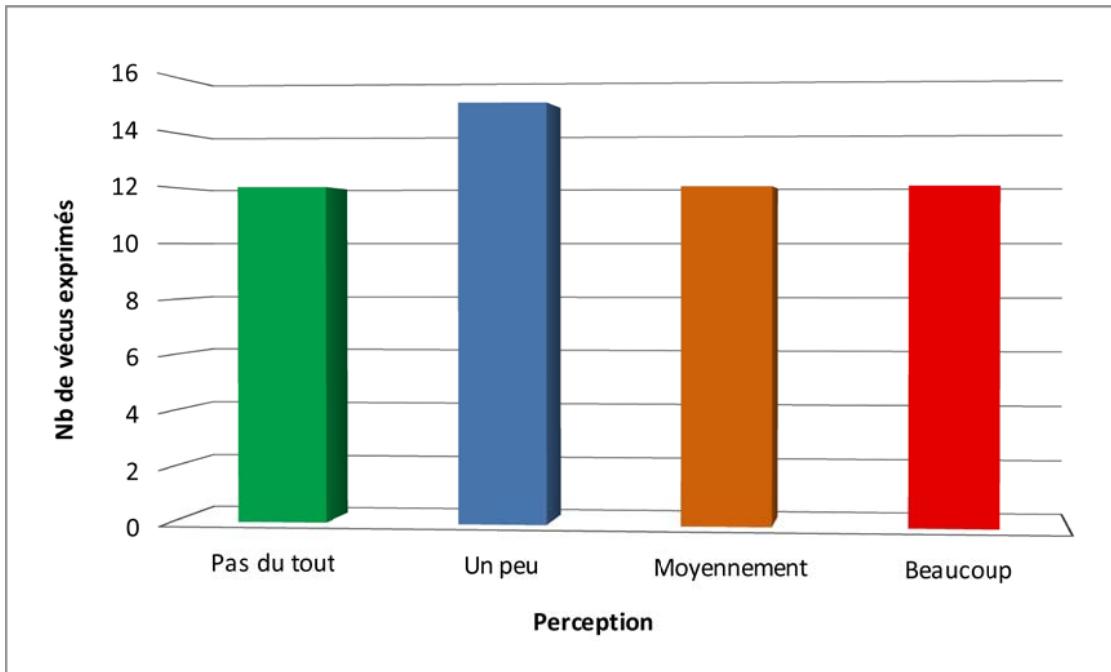


Figure 6: Ressenti de l'impact du vécu professionnel sur l'état de santé actuel

3.5 -Questionnaire du vécu du stress : Karasek-Siegrist

Sur la première composante explorée, demande psychologique- contrôle, l'ensemble de la population cible est considéré comme actif avec respectivement des valeurs de 25,64 et 75,92. Le groupe 1 affiche des valeurs de 25,4 et 76,75 tandis que le groupe 2 présente une demande psychologique plus forte à 26,38 et une latitude décisionnelle moindre à 73,38 (ns).

Néanmoins, l'utilisation des compétences des praticiens dans leurs pratiques (élément de calcul de la latitude décisionnelle) est plus faible dans le groupe 2 ($p<0,001$).

20,75 % ($n=11$) de la cohorte est en job strain ou tension au travail (demande psychologique > 24 et latitude décisionnelle < 72) sans différence significative entre les deux groupes.

L'évaluation du soutien social, incluant le soutien de la hiérarchie et le soutien des collègues, a été testée chez 45 praticiens et se situe à 21, soit en dessous du seuil 24 de l'échelle, donc considéré comme faible. Le soutien de la hiérarchie et le soutien des collègues sont moins importants dans le groupe 2 ($p<0,05$ et $p<0,001$) (Figure 7).

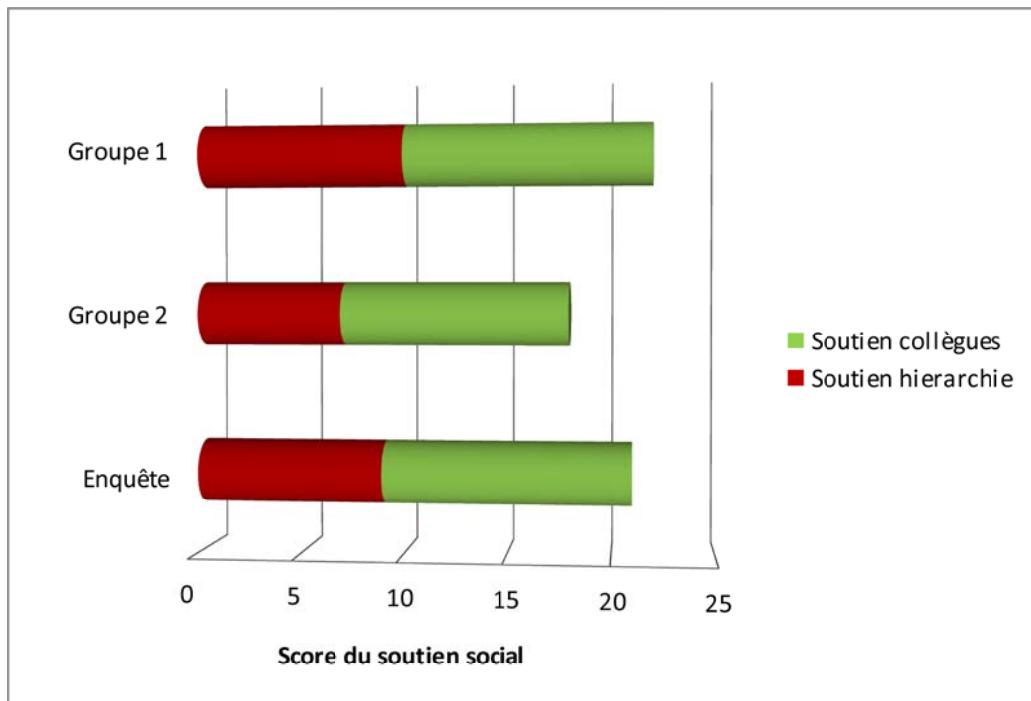


Figure 7: Le soutien social au travail; comparaison entre les sous groupes et l'ensemble des enquêtés

En associant les individus en situation de job strain et en soutien social faible on relève 15 % de la population, ayant répondu à l'item, en iso strain. Le groupe 2 est par contre plus en souffrance dans ce critère associatif que le groupe 1 ($p<0.03$) chié à 1ddl 1,40).

48 questionnaires ont été remplis sur la composante de la reconnaissance. Les résultats montrent une valeur moyenne avec un défaut plus important pour le groupe 2, (Tableau 2).

	Ensemble des enquêtés n = 48	Groupe 2 n = 13	Groupe 1 n = 35
Reconnaissance /24	16,7	14,8	17,33

Tableau 2: Niveau de la composante de reconnaissance de Siegrist

3.6 -Questionnaire du stress perçu : Cohen

Ce questionnaire a été rempli par tous les praticiens.

Aucune réponse ne se trouve dans les normes sans stress.

85% des interrogés présentent un stress moyen côté entre 25 et 49.

Selon l'échelle de Cohen 15 % de notre population se trouve en stress décompensé ou pathologique (Figure 8).

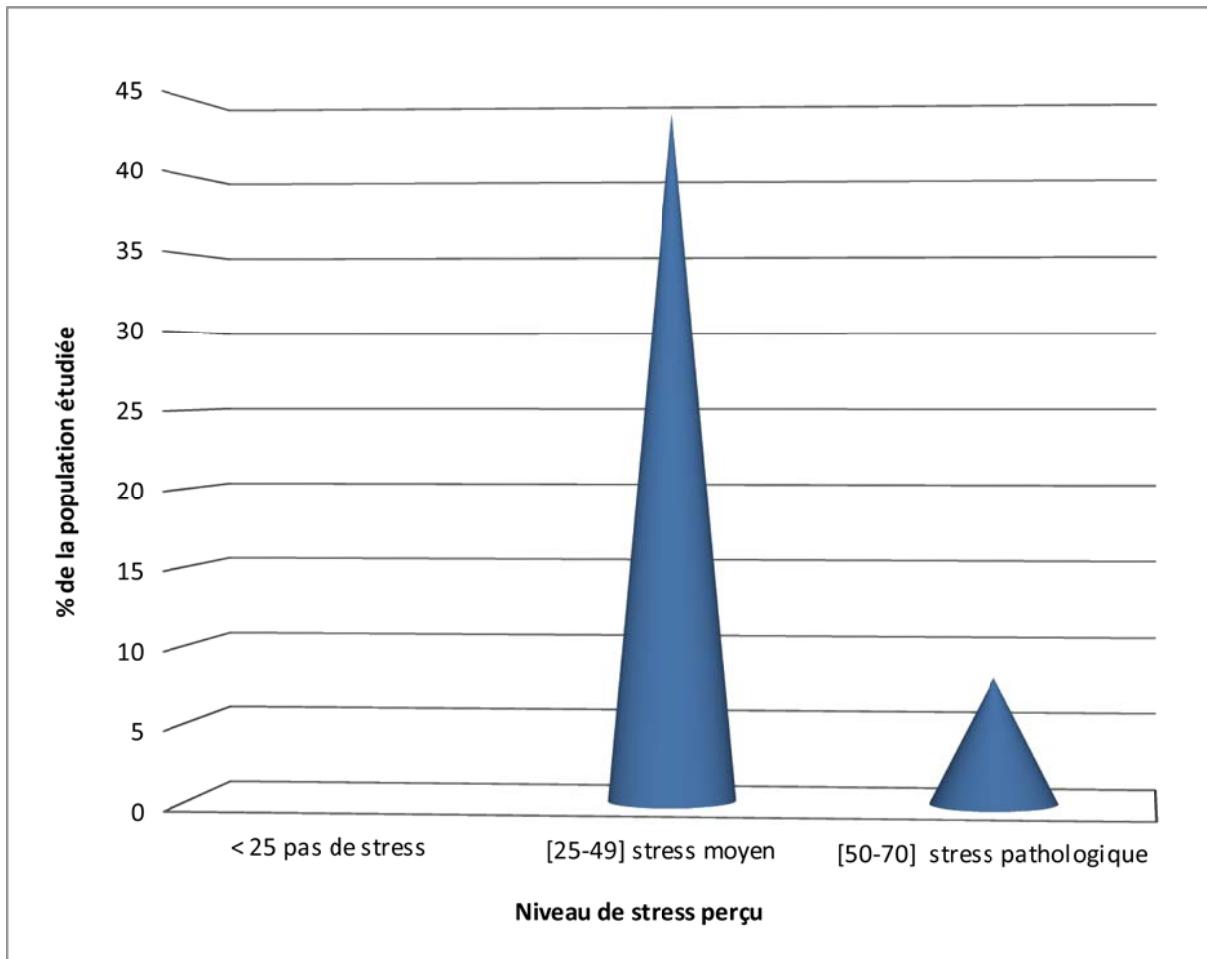


Figure8: Répartition du stress perçu selon l'échelle de Cohen

Si nous prenons l'interprétation du stress considéré comme invalidant à partir d'une cotation de 40 sur l'échelle, la proportion de personnes impactées est beaucoup plus importante puisque nous atteignons 54,5%.

3.7 -Relation entre les deux questionnaires

En comparant les 20,75% de notre échantillon en jobstrain et les 15% en stress perçu pathologique nous ne retrouvons pas de praticien appartenant aux deux sous groupes simultanément. Ainsi chaque sous groupe présente des personnes bien distinctes.

3.8 -Relevé de situations à problème

Sur les 51 questionnaires exploitables 136 situations à problème sont décrites.

L'analyse du ressenti du stress vécu face aux faits relatés devait se traduire selon le choix « pas du tout », « un peu », « moyennement » et « beaucoup ». 82,5% des descriptions sont considérées comme « moyennement » et « beaucoup » stressantes corrélées à une fréquence aussi élevée (figure 9).

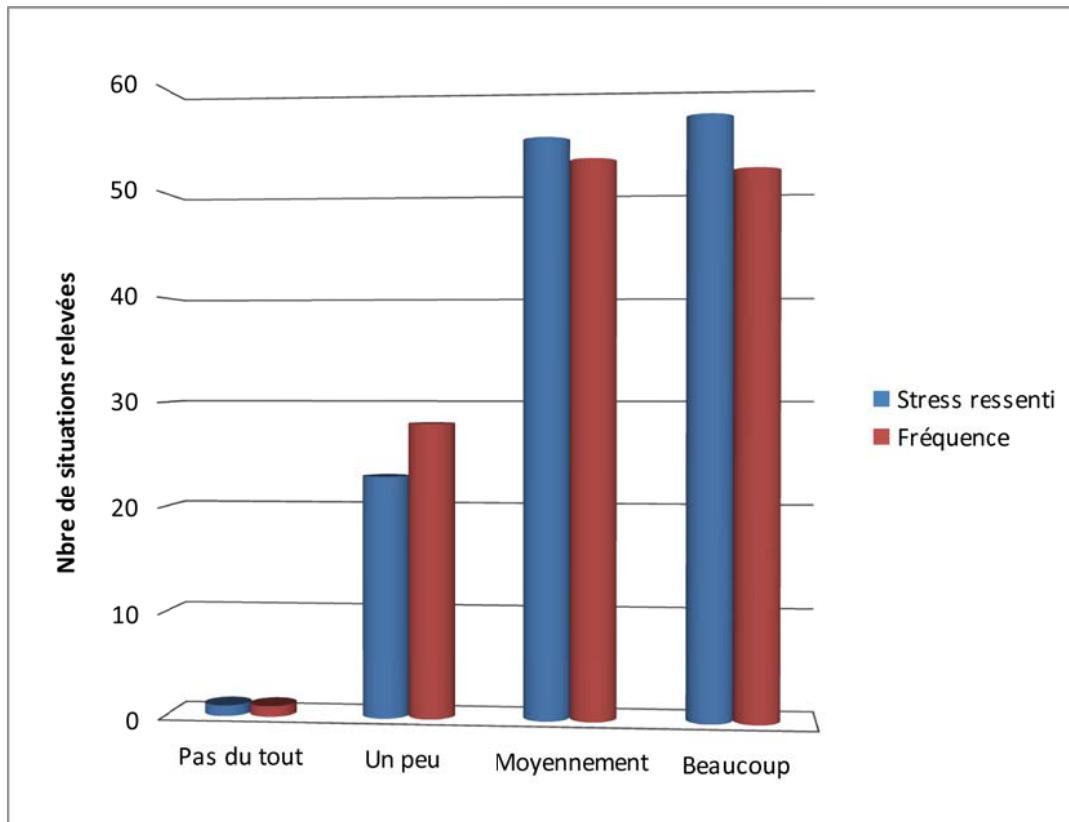


Figure 9: Niveau de stress ressenti et fréquence des situations à problème

Le relevé qualitatif de l'expression écrite permise par ce volet est retranscrit sur le Tableau 3.

Les situations ont pu être collectées sous 6 grands thèmes, en sachant que certaines plaintes étaient multifactorielles. Par ordre décroissant nous trouvons la composante humaine comme premier facteur de stress fréquent (33,5%), puis l'organisation structurelle (21,5%), la charge liée aux caractéristiques de la profession (18,5%), la carence de moyens (15%), l'activité « multisites » (8%), et une rubrique de plaintes ne pouvant être classées ailleurs (4%).

Thèmes	Situations problématiques	Proportion
1) HUMAIN		33,5 %
1.1 Relations humaines conflictuelles	Inter médicales Inter catégorielles Équipes difficiles Contradictoires avec l'administration Équipes nouvelle sans connaître leurs compétences Manque de respect Manque de confiance (des médecins et paramédicaux) pour les médecins étrangers Devoir se justifier Absence d'expression	
1.2 Gestion	Turnover des IDE Personnel Manque d'effectifs médicaux et paramédicaux Manque d'encadrement Manque d'autonomie Pas de plan de carrière Défaut de transmission de l'information à l'équipe soignante et aux administratifs	
1.3 Compétence	Inadaptation des collaborateurs à des postes inadéquats Personnel non qualifié	
1.4 Autre	Injustice salariale	
2) ORGANISATION		21,5 %
2.1 Service	Protocoles Dossiers Consultations Informations données au patient Fonctionnement de l'activité expliqué au patient Défaut d'unité entre 2 sites Manque de coordination médicale et paramédicale Impossibilité d'instaurer une nouvelle façon de travailler Mauvaise répartition de la charge de travail Impuissance face à une situation où on est le chef en théorie = inertie institutionnelle	
2.2 Interservice		
a) Bloc opératoire	Difficultés d'accès au bloc Changement imprévu des programmes Manque de personnel Perte de temps pour acheminer le patient au bloc	
b) Autres	Difficulté de trouver une place en hospitalisation Annulation d'activités en raison de causes extérieures Planning des gardes Mauvaise gestion des rendez-vous à la centrale d'appel	
3) TRAVAIL		18,5 %
	Nombre important de consultations Rentabilité à la tâche sans tenir compte du temps de celle-ci Être seul face aux difficultés professionnelles Gestion des urgences Gestion des complications des patients Surcharge de travail pour générer de l'agressivité	

	Interruption par le téléphone, secrétaire Agressivité des patients Contraintes du travail (travail de nuit, EVASAN, SAMU/SMUR) Manque de temps Trajet domicile - lieu de travail	
4) MOYENS		15 %
2.1 Défaut	De façon générale	
2.2 Matériel	Absent Défectueux	
2.3 Locaux	Inadaptés Espace des consultations réduit pour les patients Défaut de confidentialité Manque de place pour un soin aigu = faire des choix de patients	
5) MULTISITE		8 %
	De façon générale Génère de la fatigue Défaut de ponctualité Coût en essence	
6) AUTRES		4 %
	Déménagement Manque de prévisibilité de l'institution, incertitude de l'avenir du service Organisation du temps professionnel et du temps personnel	

Tableau 3: Relevé des situations à problèmes

La dernière question de l'enquête « Quelles mesures d'améliorations proposeriez-vous ? » est renseignée dans 40 cas pour 78 propositions.

Ces dernières se classent sous 5 thèmes.

Nous retrouvons majoritairement des approches résolutives humaines (43,5%) puis organisationnelles (28%), ensuite de moyens (18%) ou se centrant sur l'aspect « multisites » (6,5%) et enfin autres (4%) (Tableau 4).

Thèmes	Propositions d'améliorations	Proportion
1) HUMAIN		43,5 %
1.1 Relationnel	Respect individuel Reconnaissance de la hiérarchie médicale, du travail bien fait Meilleures relations avec les collaborateurs (choix des	

	<p>collaborateurs)</p> <p>Confiance</p> <p>Travail en équipe</p> <p>Améliorer le sentiment de réussite commune</p> <p>Communication médicale = augmente l'amélioration de la prise en charge des patients</p> <p>Favoriser les rencontres : amélioration de la dynamique de groupe, responsabilisation de chacun, répartition des tâches</p> <p>Amélioration de la communication entre les sites</p> <p>Engagement du personnel</p> <p>Montrer l'exemple</p>	
1.2 Formation	<p>En relations humaines</p> <p>Continuée (acquisition d'expérience)</p> <p>Proposer un plan de carrière</p> <p>Compétences de management administratif hospitalier au regard des enjeux de la santé</p> <p>Accroître l'encadrement académique</p> <p>Gestion des conflits</p>	
1.3 Valorisation financière	<p>Encouragement financier et matériel destiné au personnel</p> <p>Prime multi-site systématique</p>	
2) ORGANISATION		28 %
	<p>Améliorer l'organisation de service</p> <p>Moins d'intermédiaire</p> <p>Assumer les changements</p> <p>Amélioration de l'organisation de la prise en charge du patient entre service et soignants</p> <p>Diminution de la pression administrative</p> <p>Redéfinir la hiérarchie du service</p> <p>Améliorer l'encadrement</p> <p>Refonte de la carte sanitaire = site dédié à des activités spécifiques</p> <p>Refonte du système de santé = répartition des pouvoirs entre soignants et administratifs</p> <p>Modularité du planning des médecins (jour off)</p> <p>Proratiser les résultats en fonction du temps de l'activité</p> <p>Meilleurs suivis des dossiers administratifs</p> <p>Mieux répartir les IDE selon leur ancienneté</p> <p>Rendre l'appel des patients confidentiels en consultation</p> <p>Fichier informatisé pour les patients en consultation</p>	
3) MOYENS		18 %
2.1 Matériel	<p>Investissement</p> <p>Accroître les moyens techniques</p>	
2.2 Humain	<p>Augmentation de l'effectif médical</p> <p>Augmentation de l'effectif paramédical</p>	
2.3 Locaux	<p>Espaces adaptés aux patients</p>	
4) MULTISITE		6,5 %
	<p>Rétablissement l'unité de lieu</p>	
5) AUTRES		4 %
	<p>Arrêter de travailler dans le flou et l'indécision</p> <p>Améliorer les transports (commun, 2 roues)</p>	

Tableau 4: Propositions d'amélioration

3.9 -Analyse de corrélation entre critères

L'analyse bi-variee des differents criteres retrouvent une correlation significative autour de plusieurs axes :

- L'anciennete du praticien dans l'établissement est proportionnelle à son âge ($p<0,001$)
- le poids d'un praticien et le soutien social à travers le soutien des collègues (un poids faible entraînant un soutien des collègues plus faible : $p<0,05$)
- la reconnaissance et le soutien des collègues (un soutien moins marqué génère une moindre reconnaissance : $p<0,05$)
- Le statut contractuel et la reconnaissance (un contractuel à moins de reconnaissance qu'un titulaire : $p<0,0005$)
- Le statut contractuel et la prime « multisites » (un contractuel perçoit moins cette valorisation salariale : $p<0,005$)
- Le statut titulaire et les TMS (un titulaire déclare plus de TMS : $p<0,005$)
- Le groupe 2 et la prime « multisites » (ce groupe ne la perçoit pas : $p<0,005$)

4 -Discussion

4.1 -Promotion de la santé et environnement du travail

Le cadre de notre étude était de réaliser un projet en promotion de la santé dans un délai restreint de 5 mois, incluant la rédaction du mémoire. Cet impératif de temps imposait une méthodologie structurée et nous plaçait dans des conditions similaires à celles d'un appel à projet où les porteurs doivent proposer une démarche cohérente répondant aux critères SMART (spécifique, mesurable, (31).

Le thème choisi était celui de l'environnement au travail, domaine peu abordé car considéré comme sensible. En effet, la médiatisation des conditions difficiles de certaines entreprises nationales instaure un climat peu propice à des études internes. Celles-ci prennent le risque d'être prises comme exerçant une politique managériale défectueuse. Cet argument peut aussi se retourner contre les salariés qui prennent eux aussi le risque d'avoir exagéré la situation afin de cautionner les comportements sociaux éventuels.

Cette problématique doit être donc traitée avec beaucoup d'humilité et de dialogue tant dans sa mise en place que dans la communication des résultats qui en résulte.

Pourtant ce champ d'intervention intègre bien la promotion de la santé. La charte d'Ottawa (7), déjà ancienne mais qui pose les bases de notre réflexion, propose de développer des milieux favorables pour le bien être de la population. L'environnement du travail étant l'un d'eux nous remplissons ces conditions élémentaires pour mettre en place le présent projet.

Si l'adage de la promotion de la santé est de faire avec et pour la population le faire « avec » sera notre fil conducteur tout au long de l'avancée des travaux. Derrière cette préposition de coordination se trouve un pan fondamental de la philosophie qui a œuvré pendant les cinq mois. La participation active de personnes ressources et des intéressés a été le pivot de l'action primant même sur la thématique et le rendu de notre mémoire. Sous l'intitulé des trois objectifs secondaires de l'étude (mettre en place un projet transversal inter-hospitalier, créer une dynamique de groupe, sensibiliser les directions fonctionnelles et les salariés aux notions de promotion de la santé) la vision de pérennité est clairement affichée. Après sa phase de lancement le projet devra s'autoalimenter et s'indépendantiser par rapport au promoteur afin que la communauté à laquelle il s'adresse se l'approprie et lève le tabou de la santé au travail (5).

L'abord de notre démarche a été participatif en formant un groupe projet voué à être transformé soit en groupe de pilotage sur toutes les notions de promotion de santé dans le nouveau CHUM soit en groupe thématique sur le stress au travail après la finalisation de l'étude.

La participation des membres de deux hôpitaux impactés par la fusion a été le premier critère de la constitution du groupe et la base des prémisses de son avenir. Ce noyau ainsi formé anticipe la restructuration institutionnelle puisqu'il s'agit du seul rapprochement de travail hors fusion administrative.

La plus-value obtenue a été immédiate par l'adhésion des volontaires au projet et l'appui de personnes ressources à l'exemple des deux psychologues du travail. Les obstacles majeurs ont ainsi été évités dès la rencontre inaugurale en réorientant l'étude sur une autre population, à savoir la communauté médicale « multisite ». Plus réduit, donc maîtrisable, cet échantillon a su répondre à la réalisation complète du projet dans le temps imparti en exploitant des données plus variées que ne l'aurait fait une communauté importante. La taille et l'exploration des supports permettant d'identifier les réajustements éventuels à prévoir pour le transfert de ce travail au reste du futur CHUM.

En ce sens le projet à satisfait les attentes de dynamique de groupe.

4.2 -Animation du groupe projet

La cohésion d'un groupe ne peut se faire que si des outils d'animation permettent à chaque membre la libre expression et le droit aux échanges contradictoires. Le garant de cette règle est donc l'animateur, ici le promoteur du projet, qui s'appuie sur des techniques éprouvées et son expérience.

Le groupe ne fut pas difficile puisque le sujet était limité, touchant l'intérêt professionnel des membres qui alimentaient la méthodologie à prévoir. Nous n'étions pas dans l'acquisition de nouvelles compétences mais dans l'apport conjoint d'idées constructives. Néanmoins la gestion des rencontres et échanges a suivi un plan structuré que se doit de pratiquer tout animateur-formateur (32): préparation de la rencontre, définir des objectifs, évaluation des échanges, suivi du groupe...en sachant que la partie évaluative était informelle car n'était pas dans les préoccupations de la démarche.

Compte tenu des disponibilités individuelles limitées, un sous groupe fut constitué de trois personnes : les deux psychologues, le promoteur du projet. L'objectif de ce sous-groupe était de choisir les échelles et constituer le support de l'enquête. La validation du support final fut réalisée par le groupe via la messagerie interne.

4.3 -Interprétation des résultats

4.3.1 -Représentativité de l'échantillon

La taille de notre échantillon peut paraître modeste en valeur absolue mais demeure représentatif de la communauté médicale hospitalière (dans les résultats mettre le nombre de PH totaux au CHU et CHL) permettant de prétendre à son exploitation ultérieure comme référence de l'état de stress des praticiens hospitaliers dans les trois établissements publics de santé en Martinique.

Le point fort du sondage est son taux de participation à 90 %, témoignant d'un intérêt des praticiens à la problématique. La méthode utilisée en « face-à-face » avec sollicitation par messagerie et téléphone est probablement un facteur favorisant associé. De procédure plus longue qu'une méthodologie classique par voie postale ou internet elle fait la preuve de son efficacité et devra retenir notre attention quant à son utilisation lors de l'extension de l'enquête sur les autres catégories professionnelles hospitalières.

4.3.2 -Orientation professionnelle

La division de l'échantillon en deux sous groupes a été réalisée initialement en fonction des sites hospitaliers pour des raisons pratiques de passation des questionnaires. Ce choix met en évidence un profil professionnel particulier pour chaque ensemble avec une orientation plus chirurgicale pour le groupe 1 et médicale pour le groupe 2. Cette répartition nous sera utile par la suite car la littérature retrouve des niveaux de stress différents en fonction de la spécialité des praticiens, anesthésistes-réanimateurs versus autres spécialités (33), chirurgiens (34), urgentistes (35).

4.3.3 -Genre et âge

Le groupe 2 est plus jeune et plus féminin que le groupe 1 ($p<0,001$), en sachant que la population totale est relativement âgée avec 47% de plus de 50 ans et majoritairement masculine 67,5%. Cette double tendance est moins marquée dans l'étude française SESMAT (33) qui retrouve respectivement 58,1% de plus de 45 ans et 42,5 % de femme pour un échantillon de 1923 praticiens sélectionnés sur une base de 3196 enquêtés. Par contre la sélection des anesthésistes dans l'étude de comparaison se rapproche de notre population avec 66,7% de plus de 45 ans et 63,6% d'homme.

Ce vieillissement de la population des praticiens hospitaliers est probablement en adéquation avec la pénurie médicale nationale aggravée en Martinique avec de grandes difficultés de recrutement. La féminisation de la profession est un phénomène connue mais aucune indication ne révèle si les femmes sont moins âgées dans l'étude française. Nos faibles effectifs ne nous permettent pas de le déduire.

L'analyse bivariée ne retrouve aucune influence de l'âge sur les facteurs de stress de notre étude, hormis avec l'ancienneté dans l'établissement d'exercice. Ceci est probablement influencé par l'exclusion des juniors de notre sélection ne pouvant nous permettre de conclure.

Le critère de l'âge est pourtant décrit comme un facteur favorisant le stress des médecins comme le montre l'analyse multivariée de l'étude SESMAT. L'étude Allemande (34) retrouve aussi une plus grande tension chez les internes et assistants comme celle de l'équipe de Tyssen (36) qui relie le jeune âge des médecins avec un faible taux de satisfaction de vie. Pour l'amélioration du vécu des jeunes médecins dans un service d'urgences le travail de l'équipe anglaise (37) conclut à une approche éducative de la formation initiale avec des mises en situation réelle et exploration du plan émotionnel.

Le sexe féminin est retrouvé dans les précédentes études comme facilitant le haut niveau de tension au travail. Là encore nous ne pouvons rien apporter avec notre cohorte.

4.3.4 -Statut administratif

Nous avons voulu retenir ce critère, non retrouvé dans la littérature pour le corpus de praticiens hospitaliers, dans la collecte de données car dans l'éventualité d'une restructuration importante avec réduction des effectifs les contractuels sembleraient moins protégés donc probablement plus exposé au stress.

La grande majorité des interrogés est titulaire du poste, 66%, mais le groupe 2 recèle une proportion plus importante de contractuels ($p<0,001$). Ce même groupe est confronté à un plus faible soutien social, avec un soutien de la hiérarchie et des collègues significativement moins marqué que le groupe 1.

Le statut se révèle donc être une caractéristique très intéressante et le choix du groupe projet est judicieux. En effet, être contractuel semble fragilisant sur la reconnaissance au travail, la latitude décisionnelle, et la valorisation salariale par l'intermédiaire de la prime. De façon logique ce statut favorise l'expression de propositions d'amélioration des conditions.

Ce constat peut évoquer plusieurs causes : La première est que le statut de contractuel limite l'expression volontaire du praticien en vue d'une évolution de carrière vers un poste de titulaire, la deuxième est liée à la possibilité d'une fragilité d'emploi avec crainte d'un non renouvellement dans une conjoncture institutionnelle défavorable, la troisième est l'accueil non adapté de la communauté hospitalière aux contractuels en ne les considérant pas comme partie prenante de l'équipe.

Sans tenir compte des améliorations proposées par les intéressés, le contenu de ce malaise doit être pris au sérieux et devra être abordé dans les perspectives futures.

A l'opposé être titulaire expose plus aux troubles musculo-squelettiques. Est-ce du à l'ancienneté du poste qui se traduit par une fatigabilité secondaire à l'engagement des praticiens ? Aucun lien n'a été établi en ce sens.

4.3.5 -Biométrie et pathologies déclarées

De nombreux auteurs décrivent les conséquences sur l'état de santé face à un stress au travail prolongé. Il nous a semblé opportun de relever les déclarations spontanées des praticiens sur leur condition physique afin de constituer un mini baromètre sanitaire de cette population exposée.

La première donnée est l'indice de masse corporelle (IMC) qui présente une valeur moyenne de 23,54 avec 68,5% de la population en dessous du seuil de surpoids. Cet indicateur favorable pour notre cohorte est en dessous des chiffres nationaux (38) qui ne cessent d'augmenter passant de 24,1 en 1997 à 24,8 en 2006.

Une modération doit être apportée dans les faibles poids inférieurs à 18,5 d'IMC qui représentent 6% des enquêtés contre 4,9% sur l'enquête nationale de 2006. En cas de stress intense ou détresse psychologique le comportement alimentaire peut être perturbé avec changement de poids. Dans notre cas nous pouvons nous interroger sur cette constatation qui pourrait être le reflet d'un comportement alimentaire inadapté d'autant que les faibles poids éprouvent un défaut de soutien social. Ce manque de soutien des collègues traduisant probablement une souffrance accrue avec un rapport particulier à la nourriture.

51% des déclarants présentent au moins une pathologie ou addiction. Nous pourrions penser que la population d'âge relativement mûr soit plus marquée par des troubles somatiques ou psychologiques mais l'âge n'a pas de lien significatif dans notre étude avec les autres critères.

Trois grands groupes sont identifiés dans le relevé des pathologies : troubles somatiques, troubles comportementaux, troubles psychologiques. En tête des pathologies somatiques viennent les troubles musculo-squelettiques (TMS), les céphalées et l'hypertension artérielle. La présence de l'ensemble de cette clinique est rapportée par la littérature mais dans notre cas nous ne pouvons pas établir de lien significatif avec l'environnement hospitalier, peut être par le faible échantillon sondé.

La thèse sur le burn out des médecins luxembourgeois rapporte que 60,5% des généralistes se plaignent de troubles somatiques (39) avec les TMS en premières déclarations.

L'étude BELSTRESS, impliquant plus de 16000 hommes et 5000 femmes répartis dans les entreprises Belges, a permis d'établir un lien entre le stress au travail (job strain) et le diabète de type 2 avec une augmentation de sa prévalence alors que les salariés ayant un contrôle de leur activité professionnelle (job control) présentait une prévalence moindre (40). Il est de même pour l'hypertension artérielle (41) et l'hypercholestérolémie (42), cause d'arrêts de travail plus prononcés chez les hommes. Hystad SW et Bye HH (43), associent les TMS à la conjonction de trois circonstances : la contrainte biomécanique du poste, les troubles psycho-sociaux liés au travail et les caractéristiques individuelles. L'analyse de l'équipe romaine sur les infirmières de bloc opératoire (44) implique aussi des influences extérieures au travail dans les TMS comme l'âge et l'effet protecteur d'une activité physique.

Les répercussions de l'environnement du travail sur l'état de santé semblent donc très complexes à établir. Il existe une inégalité individuelle face à la santé comme le décrit le modèle biopsychosocial de Mackenbach (45) qui associe le milieu social dans lequel chaque personne évolue depuis son enfance, les facteurs génétiques et le statut sanitaire infantile. Ainsi chaque travailleur se présente à son poste avec un passé individuel et il est très difficile de définir une limite nette entre ce qui est dû à la profession et à la vie privée. Cette frontière est plus claire dans les maladies reconnues et déclarées professionnelles que dans les troubles psychosociaux.

Si la population médicale semble plus à risque pour les troubles mentaux et suicides que la population générale, la revue de littérature proposée par Tyssen R (46) suggère que l'état somatique des médecins est semblable au reste des citoyens. Seules les femmes médecins éprouvent des problèmes en fin de carrière.

Dans le postulat qu'il faille un stress durable pour engendrer des problèmes sanitaires, une donnée manque dans les différentes publications : les retraités ne sont nulle part explorés. Que devient le médecin après plusieurs années de cessation d'activité. En dehors du cadre stresseur toute personne retrouve un état de bien être

antérieur à l'exposition, hormis le burnout, mais cela n'est pas sûr pour les troubles somatiques.

4.3.6 -Impact du vécu professionnel sur l'état de santé

La perception d'un phénomène et l'objectivation de ce phénomène ne mobilisent pas les mêmes concepts. On perçoit un état comme délétère ou favorable que si celui-ci a des retentissements sur notre quotidien. Etre malade ou en forme ne veut pas dire que nous sommes malades ou en pleine santé mais le sentiment que nous avons de notre situation par rapport à un objectif personnel physique ou psychologique.

Nous voulions recueillir cette subjectivité en l'annonçant ouvertement à l'inverse de ce qui est réalisé par le questionnaire de l'échelle de Cohen qui analyse des situations déjà perçues. Dans la question « Pensez-vous que votre état de santé est impacté par votre vécu professionnel ? » la notion abordée est une réflexion sur une possible perspective d'un lien entre l'environnement hospitalier et les ressources de santé.

Plus des trois quarts des répondants avancent cette possibilité d'impact dont la moitié de façon importante. Cette représentation est en parallèle avec la prévalence des pathologies déclarées sans pour autant préjuger d'une éventuelle relation.

Cette proportion est respectée dans l'étude SESMAT (33) avec un score de santé perçue comme moyen voire médiocre dans 50% des cas.

Une modération doit toutefois être apportée. Les praticiens, de part leur formation initiale, connaissent l'importance des milieux de vie sur la qualité de celle-ci. Ainsi on peut penser que les réponses ont été par excès orientées vers les bornes hautes.

Les réactions enregistrées présentent toutefois des conclusions importantes pour l'avenir. Si nous devions élargir notre champ d'étude soit à des catégories professionnelles autres que le corpus des praticiens ou si nous devions développer des pistes d'actions sur la promotion de la santé au sein des établissements de santé, l'appui d'une telle connaissance est capital. Transmettre un message est la première étape d'un projet de promotion de la santé visant d'éventuels changements de comportements. Or le milieu médical et de surcroit hospitalier semble étanche à la promotion de la santé. Nous avons une catégorie professionnelle dite de santé qui passe son entière réflexion aux soins. Cette vision réductrice de la santé est un obstacle au développement du réseau des hôpitaux promoteurs de santé. Le patient consultant ou alité aspire à recevoir des soins de qualité mais pas seulement : il espère une prise en charge humaine par du personnel « respirant » les valeurs sensées être

dispensées tel le bien être. En regardant l'ambiance d'un service d'un établissement public de santé, nous comprenons vite que nous sommes loin de cet idéal. Ainsi, conscientiser que le milieu dans lequel nous œuvrons de nombreuses heures par jour peut atteindre à l'intégrité de notre santé est la première marche sur laquelle le groupe projet écrira sa future stratégie opérationnelle.

4.3.7 -Vécu du stress

4.3.7.1 -*Echelle de Karasek*

4.3.7.1.1 -Choix de l'échelle

Tout milieu de vie contemporain génère des contraintes de temps, d'espaces, de moyens pour les êtres qui s'y développent. Sans s'engager dans un modèle darwinien, une adaptation biologique et psychologique s'impose pour un vécu compatible avec les aspirations d'évolution individuelle de l'humain.

Le monde du travail allie plusieurs représentations tant positives que négatives influençant le vécu et le perçu du travailleur. Décrire qu'une entreprise est source de malaises sociaux ne peut se faire qu'en prenant des outils scientifiques pouvant l'objectiver et le comparer à d'autres situations.

L'échelle de Karasek permet d'étudier l'environnement psychosocial du travail sur un groupe d'employés. Les résultats obtenus positionnent l'entreprise mais pas l'individu. Des sous groupes peuvent être identifiés mettant en évidence l'ambiance psychosociale dans laquelle ils se trouvent.

Nous avons opté initialement pour cette approche dans le cadre de la future fusion institutionnelle et non pas sur une approche plus centrée sur le professionnel comme les échelles d'évaluation du Burnout. Le Maslach Burnout Inventory (MBI) (47) est une échelle de 22 items qui explore trois dimensions que sont l'épuisement émotionnel, l'accomplissement personnel et la dépersonnalisation. Il n'existe pas de score global mais chaque dimension présente le sien. Il n'est pas nécessaire d'avoir simultanément une atteinte des trois dimensions pour être en burnout. D'autre part les scores ont été définis de façon arbitraire par les auteurs de cette échelle et il n'est donc pas possible de définir avec certitude à partir de quel score une personne est en burnout.

4.3.7.1.2 -Tension au travail

L'échelle de Karasek est un équilibre entre la demande psychologique faite sur l'employé et le contrôle que ce dernier possède sur la réalisation et l'organisation du travail. Le soutien social est la troisième dimension recherchée.

Les bornes fixées par l'auteur pour cet outil sont un score de inférieur à 72 pour la latitude décisionnelle et supérieur à 24 pour la demande psychologique définissant ainsi la tension au travail ou job strain et un score inférieur à 24 pour le faible soutien social.

Notre étude met en évidence une population dite active avec les valeurs moyennes de 76,75 pour la latitude décisionnelle et de 25,64 pour la demande psychologique. Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes mais le groupe 2 semble avoir plus de demande psychologique 26,38 et moins de contrôle 73,38.

Ainsi cette population échappe globalement au job strain par la liberté d'organisation de leur emploi du temps ce qui définit l'essence du métier qui répond à une autonomie d'exercice déontologique.

Néanmoins, en affinant notre recherche nous identifions un peu moins de 21% des enquêtés en situation de job strain sans différence entre les deux groupes. Il existe donc une souffrance clairement objectivée chez ces praticiens à activité publique « multisites ».

L'enquête SUMER 2003 dans les pays de la Loire (48) a permis de classer les catégories professionnelles selon la proportion de salariés en tension au travail. Tous les corps de métier sont impactés mais il existe un gradient en fonction du niveau de qualification. En effet plus le niveau de qualification est élevé plus la demande psychologique augmente mais plus la latitude décisionnelle est importante. Ainsi certains secteurs d'activité économique sont plus exposés à la tension au travail comme l'industrie de biens de consommation (45%), les services aux entreprises (35%), les transports (38%), l'éducation et les métiers intermédiaires de la santé (24%). A l'inverse les secteurs de l'énergie et de l'immobilier ne recensent aucune proportion de salariés en tension au travail. Le diagnostic sur les risques psychosociaux de pôle emploi en 2010 (49) est beaucoup plus pessimiste car retrouve 71,2% des salariés enquêtés en situation de travail type job strain. Dans ces deux enquêtes françaises les praticiens hospitaliers ne sont pas étudiés

La littérature internationale est pauvre dans la recherche de situation de travail pour la profession cible de notre étude. En effet les auteurs s'attachent plus à décrire le burn out, centré sur l'individu. L'épuisement professionnel semble plus important chez les urgentistes que chez les anesthésistes ou médecins (33) en France, confirmé en Croatie par rapport aux praticiens de centre médico-sociaux (35), et en Espagne

par rapport aux infirmières travaillant aux urgences (19). La comparaison inter catégorielle a été faite entre chirurgiens et médecins sur un questionnaire de la qualité de vie (50) en Allemagne et identifie un stress plus marqué dans la première profession. L'organisation sanitaire du pays expliquant peut être ce résultat avec une hiérarchisation très prononcée chez les chirurgiens augmentant un vécu difficile.

Deux publications utilisant le modèle Karasek ont été retrouvées dans le corps médical. En Allemagne (34), les chirurgiens hospitaliers sont dans 22% en situation de tension au travail préférentiellement chez les femmes et jeunes. En Australie (18), l'environnement au travail est plus défavorable pour les infirmières que pour les médecins mais plus délétère encore que dans la situation que nous décrivons avec des valeurs moyennes de latitude décisionnelle de 69,9 pour les médecins et 70,5 pour les infirmières et respectivement de 35,3 et 38,8 pour la demande psychologique. Il est vrai que nous sommes dans le cadre d'un service d'urgences à Melbourne, activité comme nous l'avons montré très impactée par nature.

4.3.7.1.3 -Soutien social

Le soutien social est un concept multidimensionnel (51) qui se définit soit en une aide matérielle (instrumental), soit sous forme de conseils (informationnel) soit en valorisant l'autre (émotionnel). Il existe trois dimensions de ce soutien : le réseau de soutien qui permet une intégration sociale, les comportements du soutien qui sont les formes du soutien reçu et la perception de ce soutien.

De fait, il est considéré comme une ressource protégeant les individus placés dans des situations de stress au travail à condition qu'il ne soit pas imposé car l'effet serait inversé. Chez la femme une modération doit être apportée (52) car le tissu familial peut avoir une influence négative en sollicitant une charge de responsabilité plus importante dans la gestion des tâches domestiques.

Dans le milieu soignant ce soutien émanant du cadre de santé est très attendu d'une équipe (54), ce qui laisse entrevoir des stratégies managériales adaptées, et que nous pouvons extrapoler d'un praticien sur le cadre ou le reste de l'équipe.

Le modèle de Karasek décompose ce soutien en soutien de la hiérarchie et soutien des collègues. Nous avons remarqué qu'il était très difficile aux praticiens de répondre aux items correspondant à cette thématique puisque seuls 45 questionnaires furent complètement remplis et les échanges que nous en avons eu le confirme. En effet, la responsabilité médicale place souvent le praticien comme leader d'un groupe avec une certaine autonomie. Comment interpréter alors les questions qui font référence à la hiérarchie. Certaines remarques allaient dans ce sens : « en tant que chef de pôle, chef de service, quelle est ma hiérarchie ? ». Nous avons essayé de diriger la hiérarchie vers le versant administratif avec une direction générale de l'établissement

mais cela ne résonnait pas à ces praticiens.

Cette dimension explorée paraît donc inadaptée pour des praticiens hospitaliers et représente les limites du modèle sur cette population. Ce qui explique peut être la prise en compte d'échelle du burn out dans les études scientifiques pour ce corps de métier. Néanmoins, tous les intéressés ne sont pas au sommet de la pyramide de responsabilité et nous pouvons ainsi connaître les conditions du travail dans lesquelles ils évoluent voire le management ou la confiance entre confrères.

Le score seuil délimitant le faible soutien social est 24. En dessous de ce chiffre le soutien est défaillant. Notre population se trouve dans ce cas avec un score de 22. Nous retrouvons une différence significative entre les deux groupes pour les deux niveaux du soutien : hiérarchie et collègues. Le groupe 2, d'orientation professionnelle médicale, accuse un défaut de soutien plus prononcé que le groupe d'orientation chirurgicale. Les études françaises ont peu étudié l'activité chirurgicale ne nous permettant pas de faire une démarche comparative. Ce delta entre les activités professionnelles permettra un développement de stratégie managériale ou confraternelle dans le prolongement futur du projet.

4.3.7.1.4 -Situation en iso strain

Être en situation de tension au travail et ne pas bénéficier d'un soutien social signifie la situation la plus à risque, décrit par Karasek comme situation de travail en iso strain. Ainsi 15 % de notre cohorte se trouve dans cette situation, donnée préoccupante s'il en est. Ce chiffre correspondant plus à un emploi de plus faible qualification comme les employés ou ouvriers (20% et 19%), les cadres bénéficiant d'un pourcentage habituellement moins élevé (<5%) (48).

Nous devons retenir qu'un peu moins d'un praticien sur 5 vit une situation de travail très stressante et devra, en urgence, bénéficier d'un programme d'amélioration.

4.3.7.2 -*Siegrist et reconnaissance*

Seul le volet reconnaissance de l'échelle de Siegrist est pris en compte. Ce volet permet d'interroger les enquêtés sur la sécurité de l'emploi, la correspondance de la profession et de la formation initiale, l'estime, les perspectives de promotion, le traitement fait au salarié, la valorisation salariale. Globalement notre cohorte estime avoir une reconnaissance moyenne avec un score de 16,7 sur les 24 au maximum. Le groupe 2 se démarque aussi avec une reconnaissance plus faible que l'autre groupe (14,8 vs 17,3).

D'autre part il existe un lien fort entre la reconnaissance et le statut. Etre contractuel est un critère défavorable pour la reconnaissance au travail.

En associant les critères des deux échelles on constate une situation au travail beaucoup plus délicate pour le groupe 2 et les contractuels. Il serait judicieux d'approfondir ce point en décomposant les items de cette reconnaissance comme dans l'étude de pole emploi (49). Le temps qui nous était dédié étant trop juste pour faire un affinage de l'ensemble de nos données.

L'étude comparative (49) identifie une crainte sur la perte d'emploi (55,8% des situations) et seule une minorité des enquêtés s'estime en situation satisfaisante dans chacun des items explorés (12 à 39%). Mais la profession médicale n'est pas concernée par l'enquête.

Dans la même lignée que le soutien social, la reconnaissance semble être un facteur modérateur du stress au travail et des actions en faveur de son accroissement devraient figurer dans nos objectifs.

4.3.8 -Stress perçu : échelle de Cohen

Être dans une situation de tension au travail ne révèle pas la perception du sujet soumis à cet environnement. Percevoir un stresseur implique des mécanismes de défenses et des ajustements comportementaux individuels. Mais ce vécu est inégalement ressenti.

En effet, le stress perçu est influencé favorablement (54) par l'âge, les revenus financiers, le niveau d'éducation les situations professionnelles et familiales stables.

Après la description des situations de travail de notre population « multisites » nous constatons que 15% des praticiens sont en stress pathologique au-delà de 50 sur l'échelle de Cohen (29) et 54,5% en stress invalidant d'après le classement proposé par l'équipe de Bénichoux F (55). Cette dernière propose de répartir le vécu du stress en trois classes : < 25 (stress léger ou nul), 25-39 (stress irrégulier parfois gênant au quotidien), 40-70 (stress régulier, voire chronique et invalidant).

Le stress est donc largement perçu confirmant les notions abordées précédemment tant sur le plan physique que sur la situation au travail.

Pourtant les sujets répondant au seuil de stress pathologique ne font pas partie de ceux qui se trouvent en situation de job strain et donc en situation d'iso strain. On s'aperçoit qu'il existe donc une distorsion de ressenti entre vivre une situation de travail très stressante et la percevoir. Ce phénomène étant bien identifié dans l'étude SESMAT (33).

Le recul nécessaire pour l'interprétation de ces résultats impose une réflexion opérationnelle. Dans la description du burn out le surinvestissement est une caractéristique prépondérante. Le sujet se trouve objectivement dans une situation où le stress est majeur mais ne se sent pas atteint car il s'adapte à son environnement en

sur-produisant son activité. Ce modèle comportemental peut se traduire par l'expression courante « d'avoir le nez dans le guidon ». Mais cela engendre un sentiment de culpabilité car plus le sujet produit moins l'objectif de réussite semble probable donc plus le sujet se surinvestit (56).

4.3.9 -Verbatim

Les questionnaires précédents permettent de dessiner le climat au travail et la perception de cette ambiance mais ne nous laissent pas entrevoir ce qui peut se cacher derrière.

L'exercice proposé, à travers le relevé de situations à problème suivie de propositions d'amélioration, recourt à la libre expression des enquêtés tout en répondant au deuxième axe de notre objectif principal.

Nous avons identifié une population se positionnant dans des situations au travail tendues avec une perception de stress majeur qui maintenant nous livre les clés de son malaise et les pistes de résolution à mettre en place.

4.3.9.1 -Situations à problème

6 grands thèmes ont été décrits de façon récurrente et génératrice de stress conséquent. Un tiers recense tout le volet humain aussi bien le côté relationnel que son management, suivi par une organisation de fonctionnement défaillante. Sous ces deux principales revendications sonne le glas du management tel qu'il est actuellement dispensé. Dans le cadre d'une fusion d'entreprise ces facteurs sont cruciaux. Une situation socio-économique peut être difficile mais ce que l'on retient au final c'est la façon dont la crise a été gérée.

Cette vision semble être capitale à mesurer pour l'avenir de cette population.

L'étude comparative avec d'autres publications (Tableau X) ne permet pas d'identifier des concepts identiques car le classement est différent ainsi que le public mais indique que le management et l'insécurité de l'avenir font partie des points prioritaires dans l'entreprise en cours de fusion (49). Dans l'audit chez les internes le burn out est traduit par une charge de travail importante avec manque de reconnaissance adoubée d'une formation et tutorat insuffisant (57). Les médecins généralistes du Luxembourg (39) se plaignent, quant à eux, de difficultés professionnelles dont la solitude et l'importante responsabilité de l'exercice libéral.

Étude Martinique		Étude pôle emploi (49)		Étude Grenoble (57)		Étude Luxemboug (39)	
Facteur humain	33,5%	Management organisation locale	49,7%	Charge de travail	31%	Ordre professionnel	63,5%
Organisation	21,5%	Fusion, information, politique générale floue	40,5%	Formation insuffisamment adaptée	24%	Ordre relationnel	34,5%
Charge de travail	18,5%	Évolution de l'emploi	33,8%	Installation future (avenir)	22%	Ordre Personnel	2,5%
Défaillance des moyens	15%	Souffrance, mal être, stress	26,2%	Impact sur vie personnelle et familiale	13%		
Multisites	8%	Évolution du travail incertaine	25,4%	Repos et revalorisation salariale insuffisants	10%		
Autres	4%	Locaux inadaptés	22,3%				
		Charge de travail excessive	22%				
		Matériel Informatique défaillant	16,2%				
		Formation insuffisante	15,6%				
		Tension relationnelle	13,6				

Tableau 5: Etude comparative des verbatim avec la littérature

4.3.9.2 -Propositions d'amélioration

Identifier des problèmes permet dans l'absolu de mettre en face les solutions adaptées.

Notre démarche participative voulait pousser la réflexion et la cohérence des praticiens en les incitants à proposer leurs propres solutions.

Le résultat prouve la cohérence exprimée par les intéressés en reprenant par ordre décroissant les améliorations des ressources humaines, organisationnelles,

moyens et l'arrêt des activités multisites.

4.4 -Limites et biais de l'étude

Il ne peut y avoir d'étude complète ou parfaite. La connaissance des insuffisances permet au contraire de modérer les propos et de les rendre perfectibles (58). Notre étude montre que la communauté médicale impactée par une activité professionnelle sur deux sites hospitaliers rencontre dans 20% des cas une situation de job strain, 15% en isostrain par l'échelle de Karasek et dans 15% un stress décompensé dans l'échelle de stress perçu de Cohen. Mais avant d'extrapoler ces résultats à l'ensemble de la communauté hospitalière il faudra veiller aux biais et limites méthodologiques.

4.4.1 -Biais d'échantillonnage

Nous avons choisi les praticiens exerçant une activité sur deux sites hospitaliers dont un était commun aux deux groupes: le centre hospitalier du Lamentin situé à Mangot-Vulcin. Ont été exclus les praticiens qui avaient une activité sur deux sites appartenant au CHU minorant ainsi la taille de l'échantillon. Certains résultats ne pouvant être exploitables en raison du trop faible taux des effectifs ce choix pouvait donc constituer un biais.

Par ailleurs, le groupe 2 avait une direction unique car attaché administrativement au centre hospitalier du Lamentin alors que le groupe 1 avait deux directions distinctes avec des managements probablement différents. Cela pouvait donc influencer le vécu et le perçu des enquêtés.

4.4.2 -Biais de sélection

La passation du questionnaire se faisait en « face à face » au moment de l'explication de la démarche. Le praticien se retrouvant seul pour le remplir.

La difficulté rencontrée par l'enquêtrice psychologue du travail du CHU a obligé le promoteur du projet à intervenir en jouant de la relation confraternelle et en augmentant ainsi le taux de participation. Ce mode opératoire pouvait aussi influencer les réponses donc être un biais.

4.4.3 -Biais d'investigation

La période choisie de l'enquête s'est trouvée confrontée à un mouvement syndical des médecins. Ce syndicat nouvellement né, dans les 12 mois précédent, avait

l'objectif de créer une unité de réflexions et d'actions tout en mettant en place une vigilance quant au déroulement de la fusion. Celui-ci a mobilisé, par la messagerie interne, les praticiens induisant un climat d'opposition dans les relations avec l'administration et provoquant un risque de rupture de confiance intra-confraternelle. L'enquête soumise à cette ambiance a pu être induite négativement dans les réponses apportées.

4.4.4 -Biais d'analyse

La période dédiée au traitement des données était très courte et au moment de la rédaction du présent mémoire toutes nos analyses n'ont pu être restituées. Des liens statistiques ont pu être omis.

4.4.5 -Limites

Le choix des supports a été réducteur en raison d'une contrainte temporelle de la durée de l'enquête et de la disponibilité des praticiens. Les questionnaires ont donc amputé la possibilité de renseignements complémentaires sur plusieurs thématiques. N'ont pu être exploré :

- la satisfaction au travail, qui aurait put permettre d'avoir un rôle modérateur des résultats, par l'intermédiaire d'échelle validée avec des questions de type « globalement ma vie professionnelle correspond tout à fait à mes idéaux »,
- le statut marital et familial permettant d'identifier l'importance du soutien familial,
- le lien ou l'impact vie privée et professionnelle. Les tâches domestiques relevant plus de la sphère féminine dans notre culture, il est démontré que la femme perçoit un stress plus important que l'homme, révélant le soutien familial comme facteur de fragilité sociale (59).

4.5 -Perspectives

La profession de soignants est considérée comme très exposée au stress au travail de part les contraintes professionnelles et le relationnel avec le public. Si ce professionnel se sent relativement fier de sa fonction (60), son faible soutien psychologique associé à des perspectives de travail limitées et des compétences sous utilisées l'amène à envisager de quitter son travail dans 44% des cas.

Nous avons pointé à travers notre projet des situations de tension au travail

concernant une population médicale avec une activité sur deux sites hospitaliers. La réorganisation hospitalière du département prévoit une refonte profonde du système sanitaire avec des bouleversements structurels et humains. Les perspectives incertaines de l'avenir des différentes activités professionnelles ajoutent le trouble à la présente situation. La programmation de la réduction des effectifs paramédicaux et médicaux devrait s'échelonner sur quelques années mais la confiance, face à l'outil de travail, semble s'effriter.

La construction de ce projet a été annoncée comme une succession d'étapes dont la première est cet état des lieux et approche des améliorations. Son extension sera la mise en œuvre des propositions en intégrant l'ensemble de la communauté hospitalière car on ne peut stigmatiser une catégorie professionnelle au profit des autres.

Ce sujet ne pourra être abordé qu'avec les concepts de la promotion de la santé.

Pour cela l'opportunité nous est offerte de mobiliser la notion de l'hôpital promoteur de santé. Le CHU de Fort-de-France a intégré le réseau national coordonné par l'INPES dans le courant des années 2009-2010. Ses valeurs doivent donc être le socle des futures démarches à travers toutes les instances en cours d'élaboration dont la nouvelle commission médicale d'établissement. Cette instance médicale est la seule représentative de la communauté des praticiens par une élection démocratique dans la loi HPST. Le directoire ayant en effet tous pouvoirs avec la nomination de chefs de pôle médicaux, prenant le statut involontaire de directeurs.

Une crise de cette ampleur tant financière que structurelle est historique et ne verra son salut dans la valorisation de ses ressources humaines que par la voie d'une démarche participative.

CONCLUSION

La Martinique traverse une de ses plus importantes crises hospitalières de son histoire. Conséquence d'un heurt entre un rôle modérateur social et la tarification à l'activité, les trois principaux établissements de santé publique sont contraints de mutualiser et rationaliser leurs gestions en réalisant une fusion institutionnelle à marche forcée dans un projet médical de territoire.

Dans ce climat de tension sociale doit naître une nouvelle organisation sanitaire régionale, fruit de compromis administratifs et médicaux.

L'impact que peut générer cette pression sur une communauté professionnelle soumise au quotidien à un stress au travail est certainement un risque accru de troubles psychosociaux.

Le monde de la santé doit par essence aspirer à des représentations de bien être, de qualité des soins, de prévention et de respect. Ces valeurs sont difficilement transmises auprès des usagers et de leur famille si la structure d'accueil est en pleine souffrance et ses messagers dans l'incapacité de satisfaire leur mission à la personne malade par manque de valorisation, de reconnaissance et de soutien social.

Chaque société écope de turbulences structurelles paroxystiques témoins d'une évolution naturelle. Sa maturité se fait connaître par les dispositifs qu'elle met en place pour s'en sortir sur la base de l'expérience acquise. Le changement des règles se doit alors d'être une opportunité pour parvenir à son développement, parfois vital, mais pas au profit de l'individualisme et du narcissisme statutaire. L'objectif doit être centré sur un point fédérateur accepté par la communauté professionnelle et ses usagers. Dans le cas de la création du futur « Grand CHU de la Martinique » la mire peut se révéler être une culture d'entreprise épanouissante.

La recherche de compétences et de ressources en son sein se doit d'être la première action avant l'élaboration de projet.

La démarche participative, base de la promotion de la santé, en est la clé de voûte. Faire vivre l'homme dans son espace de vie professionnelle pour son prochain n'est pas une utopie mais une réalité qui doit prendre forme au plus vite dans cette région d'Outre-mer.

Notre projet d'état des lieux du stress au travail sur une population cible médicale et l'élaboration de propositions d'amélioration se veut être le déclencheur d'une réflexion prolongée. Pour se faire, l'appui à un réseau national d'hôpitaux promoteurs de santé semble un passage recommandé. Ce concept dérivé de l'organisation mondiale de la santé défend 5 grandes normes transposables dont la responsabilité d'établir des conditions pour le développement de l'hôpital comme un lieu de travail sain, l'écriture d'une politique d'établissement de promotion de la santé, et la transversalité des approches (61).

INDEX DES TABLES

Tableau 1 : Interprétation de l'indice de masse corporelle selon l'organisation Mondiale de la santé.....	19
Tableau 2 : Niveau de la composante de reconnaissance de Siegrist.....	27
Tableau 3 : Relevé des situations à problème.....	30-31
Tableau 4 : Propositions d'amélioration.....	32-33
Tableau 5 : Etude comparative des verbatim avec la littérature.....	48

INDEX DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Modèle « demandes-contrôles » du stress au travail de Karasek.....	17
Figure 2 : Modèle « efforts-récompense » de Siegrist.....	18
Figure 3 : Répartition des effectifs en fonction de l'âge.....	22
Figure 4 : Ancienneté des enquêtés dans leur établissement.....	23
Figure 5 : Pathologies déclarées.....	25
Figure 6 : Ressenti de l'impact du vécu professionnel sur l'état de santé de actuel.....	26
Figure 7 : Le soutien social au travail : comparaison entre les sous groupes et l'ensemble des enquêtés.....	27
Figure 8 : Répartition du stress perçu selon l'échelle de Cohen.....	28
Figure 9 : Niveau de stress ressenti et fréquence des situations à problème.....	29

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Fradin J, Fradin F. La psycholophysio-analyse. Paris : Institut de médecine environnemental;1992.
- (2) Fronteira I, Ferrinho P. Do nurses have a differential physical health profile? A systematic review of experimental and observational studies on nurses' physical health. *J Clin Nurs.* 2011; 20: 2404–24.
- (3) Weng HC, Hung CM, Liu YT, Cheng YJ, Yen CY, Chang CC, Huang CK. Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction. *Med Educ.* 2011 Aug; 45(8):835–42.
- (4) Gorreri S, Cannet L. L'absentéisme dans la fonction publique. Un absentéisme deux fois plus élevé dans le public que dans le privé. Société Civile. Février 2006, n°55 (consulté le 25/04/12). Disponible sur le site internet : <http://www.ifrap.org>
- (5) Battesti M. Absentéisme : de la nécessité de lutter contre un tabou hospitalier [Mémoire de Directeur d'hôpital]. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ; 2009.
- (6) Livre blanc « Stress au travail ». Edition Etudes de performance sociale. Paris : SRM Consulting SAS ; 2008.
- (7) Organisation mondiale de la santé : santé et bien être social Canada. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : une conférence internationale pour la promotion de la santé, vers une nouvelle santé publique. Association canadienne de santé publique. 1986 nov 17–21 Ottawa :sn. Canada.
- (8) WHO. The Budapest declaration of Health Promotion Hospitals. Copenhagen. 1991. (page consultée le 14/05/12) Disponible sur internet: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99801/E90777.pdf
- (9) WHO. Initiation of international network of Health Promotion Hospitals at WHO-EURO. Vienna. 1990. (Page consultée le 14/05/12). Disponible sur internet: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/99827/E86220.pdf
- (10) Plan santé au travail 2010–2014. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Disponible sur internet : http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PST_2010-2014.pdf
- (11) Haute autorité de Santé (page consultée le 23/04/2012). Manuel de certification V2010 révisé 2011 [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1037211/manuel-de-certification-v2010-revise-2011

- (12)LOI n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. Disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- (13)Plan santé outre mer 2009. Ministère de la santé et des sports. Disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_sante_outre-mer-2.pdf
- (14)Hospimedia. Martinique : Xavier Bertrand annonce une revalorisation du coefficient géographique. (page consultée le 02/05/12). 2012 fev 28. Disponible sur internet : http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20120228_xavier_bertrand_annonce_une_revalorisation_du_coefficient_geographique
- (15)Le projet médical de territoire : Etat d'avancement du projet. ARS Martinique. 2011 Jan. Disponible sur internet : <http://www.ars.martinique.sante.fr/Le-Projet-Medical-de-Territoir.105556.0.html>
- (16)Société Française de Santé Publique. Développement social et Promotion de la santé. La démarche communautaire. Collection santé et société. Nancy. France. 2000 :9 ;30.
- (17)Westphalen MA, Libaert T. La communication des organisations : définition, enjeux et métiers. In : Communicator : Toute la communication d'entreprise. 5th ed. Paris : Dunod ; 2010. p. 5-47.
- (18)Rugless MJ, Taylor DM. Sick leave in the emergency department: Staff attitudes and the impact of job designation and psychosocial work conditions. *Emerg Med Australas.* 2011; 23:39-45.
- (19)Escribà-Agüir V, Martin-baena D, Pérez-Hoyos S. Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *Int Arch Occup Envirn Health.* 2006 May 20; 80:127-33.
- (20)Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign. *Admin Sci Quart.* 1979 :24 ;285-308.
- (21)Karasek RA, Brisson C, Kawakami N, Houman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCB) : an instrument for international comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol.* 1998 ; 3 :322-55.
- (22)Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psych.* 1996: 1(1);27-41.
- (23) Vézina M. L'évaluation des facteurs de risques psychosociaux en entreprise. Colloque IRSST. 18 oct 2007, Montréal, Quebec.
- (24)Pelfrene E, Clays E, Moreau M, Mak R, Vlerick P, Kornitzer M, De Backer G. The job content questionnaire: methodological considerations and challenges for future research. *Arch Public Health.* 2003; 61:53-74.

- (25)Guignon N, Niedhammer I, Sandret N. Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003. DARES : Premières synthèses. 2008 Mai ; 22.1
- (26)Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF, Goldberg M, Leclerc A. Etude des qualités psychométriques de la version française du modèle du déséquilibre Efforts/Récompenses. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2000 ; 48 :1483-99.
- (27)Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I,, Marmot M, Niedhammer I, Peter R. The measurement of effort-reward imbalance at work : European comparisons. Social Science and médecine. 2004 ; 58 :1483-9
- (28)Giorgio MT. Mesure du stress professionnel : questionnaire de Karasek. 24 mai 2011. (page consultée le 24/04/2012). [en ligne]. <http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/stress-professionnel-questionnaire-karasek/>
- (29)Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure or perceived stress. J Health Soc Behav. 1983 ; 24 :385-96.
- (30)Organisation mondiale de la santé (page consultée le 01/05/2012). Principaux faits sur l'obésité [en ligne]. <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/fr/index.html>.
- (31)Cloetta B, Spörri-Fahrni A, Spencer B, Ackermann G, Broesskamp-Stone U, Ruckstuhl B. Outil de catégorisation des résultats de projets promotion de la santé et de prévention. Berne. 2005 Jul. 2^{ème} version reçue et corrigée . Adaptée pour la France par L'INPES. 2007 Jan. Disponible sur internet : http://www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/V6%20guide_fr.pdf
- (32)Noyé D, Piveteau J. Guide pratique du formateur : concevoir, animer, évaluer une formation. INSEP Consulting éditions. 10^è édition. Paris, 2009 :p220
- (33)Doppia MA, Estryn-Behar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T et al. Burnout in French doctors: A comparative study among anaesthesiologists and other specialists in French hospitals (SESMAT study). Ann Fr Anesth. 2011 Nov; 30(11) :782-94.
- (34)Knesebeck O, Klein J, Frie KG, Blum K, Siegrist J. Psychosocial stress among hospital doctors in surgical fields. Results of a nationwide survey in Germany. Dtsch Arztbl Int. 2010; 107(14):248-53.
- (35)Gregov L, Kovacevic A, Sliskovic A. Stress among Croatian physicians: comparison between physicians working in emergency medical service and health centers: pilot study. Croat Med J. 2011 Feb; 52(1):8-15.
- (36)Tyssen R, Hem E, Gude T, Gronvold NT, Ekeberg O, Vaglum P. Lower life satisfaction in physicians compared with a general population sample A 10-year longitudinal, nationwide study of course and predictors. Soc Psych Psych Epid. 2009 Jan; 44(1):47-54.

- (37) Tallentire VR, Smith SE, Skinner J, Cameron HS. Understanding the behaviour of newly qualified doctors in acute care contexts. *Med Educ*. 2011 Oct; 45(10):995–1005.
- (38) Inserm, TNS Healthcare Sofres, Roche. Obépi: enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. 2006. Neuilly sur seine. Roche. Disponible sur internet : http://www.ac-lille.fr/informations/sante_nutrition/download/6_enquete_obepi_2006.pdf
- (39) Mangen MH. Etude du Burn out chez les médecins généralistes luxembourgeois [thèse de Doctorat en médecine]. Paris 6 : Université Pierre et Marie Curie, faculté de médecine Pierre et Marie Curie ; 2007.
- (40) Leyne F, Moreau M, Pelfrene E, Clays E, De Backer G, Kornitzer M. Job stress and prevalence of diabetes: results from the belstress study. *Arch Public Health*. 2003; 61: 75–90.
- (41) Clays E, Leynen F, De Bacquer D, Kornitzer M, Kittel F, Karasek R, De Backer G. High job strain and ambulatory blood pressure in middle-age men and women from the belgian job stress study. *J Occup Environ Med*. 2007 Apr; 49(4):360–7.
- (42) Leynen F, De Backer G, Pelfrene E, Clays E, Kittel F, Moreau M, Kornitzer M. Increased absenteeism from work among aware and treated hypertensive and hypercholesterolaemic patients. *Eur J Cell Biol*. 2006 Apr; 13(2):261–7.
- (43) Hystad SW, Bye HH. Dispositional pessimism but not optimism is related to sickness absence cause by musculoskeletal symptoms. *Pers Indiv Differ*. 2012; 52:207–12.
- (44) Moscato U, Trinca D, Rega ML, Mannocci A, Chiaradia G, Greco G, Ricciardi W, La Torre G. Musculoskeletal injuries among operating room nurses: Results from a multicenter survey in Rome, Italy. *J Public Health*. 2010; 18(5):453–9.
- (45) Kittel F, Casini A. Santé et bien être au travail. Université de printemps francophone en santé publique. 2011 Avril 11–15, Bruxelles, Belgique.
- (46) Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: A review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind Health*. 2007 Oct; 45(5):599–610.
- (47) Kalliath TJ, O'Driscoll MP, Gillespie DF, Bluedorn AC. A test of the Maslach Burnout Inventory in three samples of healthcare professionals. *Work Stress*. 2000; 14(1):35–50.
- (48) François A, Waltisperger D, François S, Fanello S, Roquelaure. Exposition aux contraintes psychosociales en milieu de travail : résultats de l'enquête SUMER 2003 dans les Pays-de-la-Loire. *Arch Mal Prof Enviro*. 2011; 72(4):333–40.
- (49) Diagnostic sur les risques psychosociaux. Rapport. Réunion du 5 janvier 2010. Isast. Commandité par le pôle emploi. Disponible sur internet : http://ddata.over-blog.com/xxxxyy/1/02/36/32/NEGO/RISQUES-PS/P-le_emploi_Rapport_final_VMA-reunion_5_janvier_10-2-.pdf

- (50)Bohrer T, Koller M, Schlitt HJ, Bauer H. Workload and quality of life of surgeons. Results and implications of a large-scale survey by the German Society of Surgery. *Langenbeck Arch Chir.* 2011 Apr 15; 396:669–76.
- (51)Beauregard L, Dumont S. La mesure du soutien social. *Service social.* 1996 ; 45(3) :55–76.
- (52)Casini A, Clays E, Godin I, De Backer G, Kornitzer M, Kittel F. The differential impact of job isostrain and home-work interference on indicators of physical and mental health in women and men. *J Occup Environ Med.* 2010 Dec; 52(12):1236–44.
- (53)Ruiller C. Construction d'une échelle de la perception du soutien social : premiers résultats d'une étude de cas sur un centre hospitalier [doctorante, CREM, CNRS UMR 6211] (page consultée le 23/04/2012) [en ligne]. <http://www.unifr.ch/rho/agrh2007/Articles/pages/papers/Papier107.pdf>
- (54)Quintard B. Concepts, stress, coping. *Recherche en soins infirmiers.* 2011 ; 67 : 46–67.
- (55)Bénichoux F, Dutheil N [fondatrices de la société Better Human Cie]. (page consultée le 26/04/12). Disponible sur le site internet : <http://www.meteostress.com>
- (56)De Cia J. Le diagnostic du burnout. Université de printemps francophone en santé publique. 2011 Avril 11–15, Bruxelles, Belgique.
- (57)Le Tourner A, Komly V. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine [thèse de Doctorat en médecine]. Grenoble : Université Joseph Fourier, Faculté de Médecine ; 2011.
- (58)Leguéré JP, Laurent-Beq A, Alla F, Douiller A, Ferron C, Lavielle C, Méheust C, Cormand MF. Ecrire en santé publique. Guide d'aide à la rédaction en promotion de la santé. Editions SFSP. Paris. 2006 :p208 chapitre 13 :59–61
- (59)Lourel M, Gana K, Wawrzyniak S. L'interface “vie privée-vie au travail”: adaptation et validation française de l'échelle SWING (survey work-home interaction-Nijmegen). *Psycho Trav Organ.* 2005 ; 11 :227–39.
- (60)Estryn-Behar M, Ben-Brik E, Le Nezet O, Affre A, Arbieu P, Bedel M et al. La situation des soignants des établissements publics et privés en France en 2002. Analyse des résultats de la première partie de l'étude PRESST-NEXT. *Arch Mal Prof.* 2004 ; 65(5) :413–37.
- (61)WHO. Standards for health promotion in hospital. Barcelona. 2004. (page consultée le 14/05/12). Disponible sur internet: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/99762/e82490.pdf

ANNEXE I

1Présentation de l'enquête et paramètres biométriques

SANTE AU TRAVAIL

Etude du stress des médecins hospitaliers

Depuis 2007 le comité prévention éducation santé du CHU de Fort-de-France s'est attaché à inscrire l'établissement de santé dans une démarche d'hôpital promoteur de santé.

A ce titre, la santé au travail est un axe fort de cette approche.

La thématique mobilise de nombreux acteurs des différents établissements de santé de Martinique et un groupe projet s'est constitué afin de réaliser un état des lieux du stress au travail des médecins hospitaliers. Seuls les médecins appartenant aux services intervenant sur les deux établissements de santé PZQ et MV sont inclus dans l'étude.

Un des objectifs de ce projet est de mesurer les causes de dysfonctionnements organisationnels ou individuels générant du stress afin de proposer des pistes d'amélioration des conditions d'exercice.

Ce travail sera la base d'un mémoire de master 2 de santé publique.

Les questionnaires sont anonymes.

La passation ne vous prendra que quelques minutes.

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

Âge : < 30 ans 30-40 ans 40-50 ans 50-60 ans > 60 ans

Sexe : F M

Ancienneté dans l'établissement : < 5 ans 5-10 ans 10-15 ans 15-20 ans

> 20 ans

Poids :

Taille :

Antécédents médicaux :

- HTA
- Maladie cardio-vasculaire
- Diabète
- Troubles musculo-squelettiques
- Céphalées
- Anxiété - Angoisse
- Carcinologie
- Tabac

Autres :

Pensez-vous que votre état de santé **ACTUEL** est impacté par votre vécu professionnel ?

Pas du tout Un peu Moyennement

Beaucoup

2 Questionnaire 1 : Echelle de Karasek-Siegrist

QUESTIONNAIRE 1:

Diverses questions vont vous être posées ci-après. Elles concernent les caractéristiques de votre travail et de votre entourage professionnel.

N'essayer pas de compter le nombre de fois où vous vous êtes senti(e) ainsi, mais indiquez plutôt la réponse qui vous paraît la plus proche de la réalité actuelle.

Entourez le chiffre qui correspond à la réponse de la question.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Q1. Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles	1	2	3	4
Q2. Dans mon travail j'effectue des tâches répétitives	1	2	3	4
Q3. Mon travail me demande d'être créatif	1	2	3	4
Q4. Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même	1	2	3	4
Q5. Mon travail me demande un haut niveau de compétence	1	2	3	4
Q6. Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail	1	2	3	4
Q7. Dans mon travail j'ai des activités variées	1	2	3	4
Q8. J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail	1	2	3	4
Q9. J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles	1	2	3	4
Q10. Mon travail me demande de travailler très vite	1	2	3	4
Q11. Mon travail demande de travailler intensément	1	2	3	4
Q12. On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive	1	2	3	4
Q13. Je dispose du temps nécessaire pour effectuer correctement mon travail	1	2	3	4
Q14. Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes	1	2	3	4

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Q18. Attendre le travail de collègues ralentit souvent mon propre travail	1	2	3	4
Q19. Mon supérieur se sent concerné par le bien être de ses subordonnés	1	2	3	4
Q20. Mon supérieur prête attention à ce que je dis	1	2	3	4
Q21. Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien	1	2	3	4
Q22. Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés	1	2	3	4
Q23. Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents	1	2	3	4
Q24. Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt	1	2	3	4
Q25. Les collègues avec qui je travaille sont amicaux	1	2	3	4
Q26. Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien	1	2	3	4
Q27. On me traite injustement dans mon travail	1	2	3	4
Q28. Ma sécurité d'emploi est menacée	1	2	3	4
Q29. Ma position professionnelle actuelle correspond à ma formation	1	2	3	4
Q30. Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite	1	2	3	4
Q31. Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes	1	2	3	4
Q32. Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant	1	2	3	4

Vos remarques éventuelles :

3 Questionnaire 2 : Echelle de Cohen, relevé de situations à problème et proposition d'amélioration

QUESTIONNAIRE 2:

Diverses questions vont vous être posées ci-après. Elles concernent vos sensations et pensées pendant le mois qui vient de s'écouler. A chaque fois nous vous demandons d'indiquer comment vous vous êtes senti(e) le mois dernier.

N'essayer pas de compter le nombre de fois où vous vous êtes senti(e) ainsi, mais indiquez plutôt la réponse qui vous paraît la plus proche de la réalité.

Entourez le chiffre qui correspond à la réponse de la question.

« **Au cours du mois**,

Ces 4 dernières semaines	Jamais	Rarement	Parfois	Assez Souvent	Très souvent
Q1...avez-vous été dérangé(e) par un événement inattendu?	1	2	3	4	5
Q2...avez-vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie?	1	2	3	4	5
Q3...Vous êtes-vous senti (e) nerveux(se) ou stressé(e)?	1	2	3	4	5
Q4...avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens?	5	4	3	2	1
Q5...avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie?	5	4	3	2	1
Q6...avez-vous senti(e) confiant(e) dans vos capacités de prendre en main vos problèmes personnels?	5	4	3	2	1
Q7...avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez?	5	4	3	2	1
Q8...avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire?	1	2	3	4	5
Q9...avez-vous été capable de maîtriser votre énervement?	5	4	3	2	1
Q10...avez-vous senti que vous dominiez la situation?	5	4	3	2	1
Q11...avez-vous senti(e) irrité(e) parce que les événements échappaient à votre contrôle?	1	2	3	4	5
Q12...avez-vous surpris(e) à penser à des choses que vous deviez mener à bien ?	1	2	3	4	5
Q13...avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps?	5	4	3	2	1
Q14...avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient	1	2	3	4	5

QUESTIONNAIRE 1 :

Dans le cadre de votre travail, citez trois « situations problématiques » auxquelles vous vous êtes confronté. Pour chaque situation décrite, indiquez :

a) **La mesure de stress** que vous ressentez en général, et cela à l'aide de l'échelle suivante :

Pas du tout (1), un peu (2), moyennement (3), beaucoup (4)

b) **La fréquence** avec laquelle cette situation problématique se produit et cela à l'aide de l'échelle suivante : **rarement (1), parfois (2), régulièrement (3), toujours ou presque toujours (4)**

1.	Mesure du stress ressenti	1	2	3	4
	Fréquence	1	2	3	4
2.	Mesure du stress ressenti	1	2	3	4
	Fréquence	1	2	3	4
3.	Mesure du stress ressenti	1	2	3	4
	Fréquence	1	2	3	4

Quelles mesures d'amélioration proposeriez-vous ? :

Ne pas supprimer cette page ni ce cadre qui n'est pas imprimé

RÉSUMÉ

Diagnostic de la santé au travail et plan d'amélioration de l'environnement professionnel dans un établissement de santé

Introduction : L'exposition durable à des conditions de travail stressantes peu impacter la santé des travailleurs à travers des pathologies somatiques ou des troubles psychosociaux. A la veille d'une réorganisation sanitaire historique des trois principaux hôpitaux publics de la Martinique, une enquête est réalisée afin d'établir un état des lieux de l'environnement professionnel et proposer des pistes d'amélioration.

Méthodologie : Un groupe projet a sélectionné, comme population cible, les praticiens hospitaliers ayant une activité sur deux sites hospitaliers. Un questionnaire a été élaboré avec des critères biométriques, médicaux, administratifs, l'échelle des situations de stress de Karasek et de reconnaissance de Siegrist, l'échelle de la perception de stress de Cohen, un relevé de situations à problème et les propositions d'amélioration. La passation s'est faite en « face-à-face » durant le mois de mars 2012.

Résultats : 53 praticiens ont participé (taux de réponse de 90%). 2 sous groupes ont été identifiés avec des orientations professionnelles différentes (chirurgicale et médicale). 51% déclarent avoir une pathologie. 76% pensent que le vécu professionnel peut impacter l'état de santé. 20% sont en situation de tension au travail, le soutien social est faible surtout pour le groupe médical définissant 15% de la cohorte en situation d'iso strain selon l'échelle de Karasek. Les enquêtés présentent un défaut de reconnaissance et 15% sont en stress pathologique selon l'échelle de Cohen. 136 situations à problèmes, collectées sous 6 thèmes, ont été rapportées et 78 propositions d'amélioration, colligées sous 5 thèmes, ont été recensées.

Conclusion : Créer des espaces sains au travail répond aux préoccupations du réseau international des hôpitaux promoteurs de la santé et doit prendre toute sa place dans la restructuration à venir.

MOTS CLEFS : TRAVAIL, STRESS, HÔPITAL, MÉDECIN, PROMOTION, SANTÉ

ABSTRACT

Diagnostis of occupational health at work and plan to improve the professional environment in a health establishment.

Aim : The long standing exposure to stressful working conditions may impact the health of workers through somatic disorders or psychosocial problems. On the brink of historic sanitary organization of three main hospitality complexes in Martinique, an investigation is carried out to draw up an inventory of the business environment and suggest possible improvements.

Methodology : a working group selected as target population, general practitioners with activity on 2 hospital sites. A questionnaire developed with biometric criteria, medical, administrative, karasek's job content questionnaire and siegrist's recognition, cohen's scale perception, a statement of problem situations and proposals improvements. The drawing up was made « face to face » during the month of march 2012.

Results : 53 practitioners participated (reponse rate of 90%). 2 subgroups were identified with different professional orientation (surgical and medical). 51% of them say they have a disease. 76% think that professional experience can impact health status. 20% are in job strain at work. Social support is low especially for medical group. 15 % of target population in iso strain situation according to karasek scale. Interviewees show a lapse in recognition and 15% are pathological stress according to Cohen scale. 136 problems situations, gathered in 6 subjects, were reported and 78 suggestions for improvement collected in 5 themes were identified.

Conclusion : creating healthy spaces at work meets international network concern of hospitals health promoters, and must take its place in the forthcoming restructuring.

KEYWORDS : WORK, STRESS, HOSPITAL, MEDICAL, PROMOTION, HEALTH

INTITULÉ ET ADRESSE DU LABORATOIRE OU DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL : CENTRE HOSPITALIER DU LAMENTIN, CITÉ MANGOT-VULCIN. ROUTE DU VERT PRÉ. 97232 LAMENTIN, MARTINIQUE (FWI)